

Міністерство освіти і науки України
Державний вищий навчальний заклад
«Ужгородський національний університет»
Кафедра хірургічної стоматології та клінічних дисциплін

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

для підготовки до практичних занять з хірургічної стоматології

(для викладачів)

для підготовки фахівців другого (магістерського) рівня вищої освіти галузі
знань 22 «Охорона здоров'я» спеціальності 221 «Стоматологія»

факультет, курс: стоматологічний, V

Змістовий модуль «Субординатура»

Ужгород – 2022

Мочалов Ю. О., Гелей В. М., Гелей Н. І. Методичні рекомендації для підготовки до практичних занять з хірургічної стоматології (для викладачів) для підготовки фахівців другого (магістерського) рівня вищої освіти галузі знань 22 «Охорона здоров'я» спеціальності 221 «Стоматологія» факультет, курс: стоматологічний, V. Змістовий модуль «Субординатура». Ужгород: ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; 2022. 252 с.

Автори:

Ю. О. Мочалов – д.мед.н., доц., професор кафедри хірургічної стоматології та клінічних дисциплін ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

В. М. Гелей – к.мед.н., доц., доцент кафедри хірургічної стоматології та клінічних дисциплін ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Н. І. Гелей – д.ф., старший викладач кафедри хірургічної стоматології та клінічних дисциплін ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Рекомендовано до друку Вченою радою стоматологічного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет», протокол № 6 від 22 вересня 2022 р.

З М І С Т

1. Принципи організації хірургічної стоматологічної та щелепно-лицевої допомоги населенню. Загальна і спеціальна підготовка хворого до амбулаторної операції та післяопераційного періоду. Наркоз, премедикація, вибір методу знеболення при хірургічних втручаннях в умовах стаціонару, поліклініки.
2. Провідникове знеболення верхньої, нижньої щелепи і прилеглих м'яких тканин. Аплікаційне та інфільтраційне знеболення тканин щелепно-лицевої ділянки (ШЛД). Серцево-легенева реанімація. Фізіотерапія ускладнень, пов'язаних із знеболенням.
3. Клініка, діагностика, рентген-діагностика, класифікація періодонтитів. Хірургічні методи лікування. Типові та атипові оперативні втручання при видаленні зубів. Ускладнення під час та після оперативного втручання. Оперативні втручання при періодонтитах: резекція верхівки кореня, гемісекція, ампутація, реплантація, коронаро-радикулярна сепарація.
4. Хвороби прорізування зубів – ретенція, дистопія: клініка, діагностика, лікування. Перікороніт, періостит щелеп: етіологія, класифікація, клініка, діагностика, лікування.
5. Остеомієліт щелеп: етіопатогенез, класифікація, клініка, діагностика, диф. діагностика, консервативні та хірургічні методи лікування.
6. Одонтогенний гайморит: етіопатогенез, класифікація, клініка, діагностика, диф. діагностика, консервативні та хірургічні методи лікування. Усунення ороантральних сполучень.
7. Специфічні захворювання - актиномікоз, туберкульоз, сифіліс, СНІД: етіопатогенез, класифікація, клініка, діагностика, консервативні та хірургічні методи лікування.
8. Артрити, артрози, синдром больової дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба. Анкілози СНЩС. Пластика СНЩС. Контрактури і вивихи нижньої щелепи. Діагностика, хірургічне та фізіотерапевтичне лікування.
9. Гострий і хронічний неспецифічний сіалоаденіт (некалькульозний і калькульозний). Діагностика та комплексне лікування сіалоаденітів. Сіалози.
10. Загальна характеристика запальних процесів щелепно-лицевої ділянки. Лімфаденіти, аденофлегмони. Абсцеси обличчя, піднебіння, щелепно-язикового жолобка, під'язикової ділянки. Фізіотерапія в лікуванні запальних процесів ЩЛД.
11. Флегмони підщелепної, підпідборідної ділянки, крилоподібно-щелепної ділянки. Флегмона орбіти. Флегмони виличної, жувальної, привушної ділянки. Флегмони крило-піднебінного простору, підскроневої та скроневої ямки.
12. Приглоткова флегмона. Флегмона дна порожнини рота, язика та шиї, ангіна Жансуля-Людвіга. Ускладнення та їх профілактика. Принципи лікування запальних процесів ЩЛД.
13. Доброякісні пухлини і кісти слинних залоз. Пластичне усунення слинних нориць. Доброякісні пухлини м'яких тканин. Судинні пухлини і родимі плями. Імунологічна концепція розвитку пухлин.
14. Доброякісні пухлини та пухлиноподібні новоутворення м'яких тканин ЩЛД (папілома, фіброма, ліпома, гемангіома, атерома, нейрофіброматоз, дермоїдна та епідермальна кісти, кіста шиї серединна та бічна, брахіогенні кісти і нориці): етіологія, патогенез, класифікація, гістологічна будова, клініка, диференційна діагностика, лікування та профілактика ускладнень.
15. Доброякісні одонтогенні пухлини щелеп (амелобластома (адамантинома), одонтома, цементома). Доброякісні неодонтогенні пухлини щелеп (остеобластома, остеокластома,

остеома, остеоїд-остеома, хондрома, гемангіома, фіброма, епулід): класифікація, гістологічна будова, клініка, диференційна діагностика, принципи і методи лікування, профілактика ускладнень.

16. Кісти щелеп (одонтогенні та неодонтогенні, епітеліальні та неепітеліальні). Одонтогенні кісти щелеп (радикулярна, фолікулярна, підокісна, парадентальна, ретромолярна, первинна, кіста прорізування). Остеогенні пухлиноподібні новоутворення щелеп (фіброзна остеодисплазія, паратиреоїдна остеодистрофія, хвороба Педжета, еозинофільна гранульома): етіологія, патогенез, класифікація, гістологічна будова, клініка, диференційна діагностика, особливості лікування, ускладнення, профілактика.

17. Рак, саркома м'яких тканин порожнини рота і обличчя, кісток лицевого черепа. Пластичне усунення дефектів щелеп та м'яких тканин ЩЛД. Рентгенодіагностика злоякісних пухлин, диференційна діагностика, лікування.

18. Вогнепальні, невогнепальні пошкодження м'яких тканин ЩЛД. Опіки і комбіновані пошкодження. Пластика м'яких тканин. Фізіотерапія в комплексному лікуванні травм ЩЛД.

19. Вогнепальні, невогнепальні пошкодження кісток лицевого скелета. Ренгендіагностика пошкоджень лицевого скелета. Комплексне лікування пошкоджень щелеп. Регенерація тканин ЩЛД. Поєднані та комбіновані травматичні ушкодження щелепно-лицевої ділянки. Травматична хвороба: особливості клінічних проявів, діагностика, лікування.

20. Підсумковий модульний контроль.

1. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 1.1. Дати визначення що таке принципи організації хірургічної стоматологічної допомоги.
- 1.2. Аналізувати критерії загальної і спеціальної підготовки хворого до операції.
- 1.3. Запропонувати план обстеження хворого для амбулаторних операцій і оперативних втручань в стаціонарі.
- 1.4. Дати визначення що таке наркоз.
- 1.5. Дати класифікацію загального знеболення.
- 1.6. Дати визначення що таке премедикація, її види.
- 1.7. Перерахувати свідчення і протипоказання до проведення загального знеболення.
- 1.8. Перерахувати ускладнення після проведення загального знеболення.
- 1.9. Запропонувати алгоритм надання допомоги при лікуванні пацієнтів з ускладненнями після проведення загального знеболення.

2. БАЗОВИЙ РІВЕНЬ ПІДГОТОВКИ.

Назва попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Загальна гігієна і екологія, соціальна медицина	1. Гігієнічні вимоги до приміщень амбулаторних і стаціонарних медичних закладів. 2. Принципи організації медичної допомоги населенню. 3. Види медичних установ і об'єм медичної допомоги, яка надається ними.
2. Загальна хірургія	1. Устаткування і інструментарій, необхідний для організації роботи кабінету загально-хірургічного профілю. 2. Поняття про хірургічне втручання: планові і непланові операції.
3. Пропедевтика хірургічної стоматології	1. Поняття про наркоз і загальне знеболення в поліклініці і стаціонарі. 2. Особливості проведення загального знеболення в клініці щелепно-лицьової хірургії.
4. Клінічна фармакологія.	1. Знати механізм дії основних груп препаратів для проведення анестезіологічного посібника.

3. ОРГАНІЗАЦІЯ ЗМІСТУ УЧБОВОГО МАТЕРІАЛУ

Організація стоматологічної допомоги населенню, включаючи хірургічну, є комплексом заходів, спрямованих на створення лікувально-профілактичних закладів і координацію їх діяльності за поданням медичних послуг, оздоровленню (санації) порожнини рота шляхом проведення профілактичних і лікувальних заходів.

Систему стоматологічної служби України утворюють: обласні, міські, районні стоматологічні поліклініки (дитячі, дорослі, об'єднані), госпрозрахункові (платні) стоматологічні поліклініки, стоматологічні відділення при територіальних (багатопротильних) поліклініках, лікувально-профілактичні заклади різноманітних міністерств і відомств, стоматологічні відділення клінік виш і науково-дослідних інститутів, щелепно-лицьові відділення лікарень, стоматологічні кабінети в лікарнях, амбулаторіях, диспансерах, жіночих консультаціях, в дошкільних і шкільних закладах, вищих і середніх учбових закладах, в здоров'ю пунктах підприємств, будівельних організацій і т. д., організовані на основі підприємництва стоматологічні кабінети (центри, асоціації, фірми і т. п.).

Основний об'єм (98,5-99%) стоматологічної допомоги опиняється в поліклініці (амбулаторно).

ПОЛІКЛІНІЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА ДОПОМОГА (схема)

Республіканська стоматологічна поліклініка	Хірургічне відділення	Хірургічний кабінет
Обласна стоматологічна поліклініка	Хірургічне відділення	Хірургічний кабінет
Міська (районна) стоматологічна поліклініка	Хірургічне відділення	Хірургічний кабінет
Стоматологічне відділення багатопротильної поліклініки	Стоматологічний кабінет Хірургічний кабінет	Змішаний прийом Хірургічний прийом

Центральна районна лікарня	Стоматологічний кабінет	Змішаний прийом
Приватні стоматологічні кабінети і клініки		Змішаний прийом

Штатна чисельність персоналу в стоматологічних поліклініках:

- 4 посади лікарів стоматологів по терапевтичній і хірургічній стоматології (сумарно) на 10000 чоловік дорослого населення міста (з населенням понад 25000 чоловік), в якому розташована поліклініка;

- 2,5 посади сумарно на 10000 чоловік дорослого сільського населення і 2,7 посади сумарно на 10000 чоловік дорослого населення інших населених пунктів.

На 20 лікарських посад стоматологічного профілю передбачається 1 посада лікаря анестезіолога

На 25 лікарських посад стоматологічного профілю передбачається 1 посада лікаря рентгенолога.

СЕРЕДНІЙ МЕДИЧНИЙ ПЕРСОНАЛ

На 1 посаду лікаря хірургічного прийому встановлюється 1 посада медичної сестри.

МОЛОДШИЙ МЕДИЧНИЙ ПЕРСОНАЛ

Встановлюється 1 посада санітарки на 1 посаду стоматолога-хірурга.

КАТЕГОРИЙНОСТЬ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПОЛІКЛІНІК

Категорії стоматологічних поліклінік, потужності, що характеризують їх

Категорія стоматологічної поліклініки	Кількість лікарських посад
Внекатегорійная	Понад 40
I	30-40
II	25-29
III	20-24
IV	15-19
V	10-14

У стоматологічних поліклініках першої категорії за наявності 2-3 ставок хірургів-стоматологів виділяється 1 посада завідувача відділенням.

Посади завідувачок стоматологічними відділеннями встановлюються на кожні 12 лікарських посад, але не більше 3 посад на стоматологічну поліклініку.

У внекатегорійних стоматологічних поліклініках за наявності більше 4 ставок хірургів-стоматологів виділяється 1 посада завідувача відділенням.

У внекатегорійних і стоматологічних поліклініках I категорії, де організовується відділення хірургічної стоматології має бути не менше п'яти приміщень:

- кімната очікування для хворих з розрахунку 1,2 м² на одного хворого, але не менше 6 м² загальною площею;

- передопераційна не менше 10 м² загальною площею;

- операційна з одним стоматологічним кріслом не менше 23 м², а при установці кожного наступного крісла (столу) повинно додаватися 10 м²;

- стерилізаційна не менше 8 м²;

- кімната тимчасового перебування хворих після операції з розрахунку 2 кушетки на одне крісло, але не менше 12 м².

У стоматологічних поліклініках друго-третьої категорії за наявності 2 ставок хірургів-стоматологів виділяється 1 посада завідувача відділенням.

У стоматологічних поліклініках четвертої-п'ятої категорії хірург-стоматолог входить до складу лікувального відділення і проводить диференційований хірургічний прийом.

У хірургічному відділенні стоматологічної поліклініки II - V категорій окрім хірургічного кабінету має бути не менше трьох приміщень:

- кімната очікування для хворих з розрахунку 1,2 м² на одного хворого, але не менше 6 м² загальною площею;

- кімната для стерилізації інструментів, підготовки матеріалу, підготовки персоналу (миття рук, переодягання) площею не менше 10 м²;

- операційна площею 14 м², і 10 м² на кожне наступне крісло для видалення зубів і інших амбулаторних операцій.

У ЛІКАРНЯХ:

1 посада стоматолога на 250 ліжок і додатково 1 посаду на кожні наступні 300 ліжок. У лікарнях обладнаних стоматологічним кабінетом, з фондом менше 250 ліжок може бути виділені 0,5 ставок стоматолога.

У туберкульозних лікарнях з кількістю ліжок від 75 до 200 стоматологічних кабінетів встановлюються з розрахунку 0,5 ставок стоматолога, а при кількості ліжок понад 200 - одна посада лікаря-стоматолога.

Стоматологічні кабінети, які входять до складу стоматологічної поліклініки або стоматологічних відділень іншої поліклініки, можуть бути організовані на промислових підприємствах і будівельних організаціях з кількістю працюючих 1500 і більше, а також в усіх вищих і середніх учбових закладах, де є 800 і більше учнів або студентів.

Усі оперативні втручання об'єднують в дві групи: непланові (екстрені, ургентні) і планові.

НЕПЛАНОВИМИ операціями називають оперативні втручання, які виконуються у будь-який час при зверненні хворого в поліклініку.

До них відносять:

- операція типового і атипового видалення зуба при дистопії, ретенції або полуретенції);
- операції з приводу гострих і хронічних запальних процесів: операція розкриття гнійного вогнища при гострому періоститі, остеомієліті, а в деяких випадках - і при флегмонозних процесах, коли немає можливості госпіталізувати хворого і зволікання може привести до важких ускладнень;
- операції при гострій травмі м'яких тканин і (чи) деяких кісток щелепно-лицьової області : накладення швів на рани м'яких тканин, вправлення відламків, шинування при переломах щелеп, вправлення вивихів нижньої щелепи.

ПЛАНОВІ оперативні втручання передбачають попередню підготовку (обстеження) пацієнта і призначаються на певний операційний день. У поліклінічному відділенні може бути проведений цілий ряд планових оперативних втручань :

- реплантація, трансплантація, імплантація зубів, резекція верхівки кореня;
- видалення невеликих доброякісних новоутворень м'яких і кістковою тканин щелепно-лицьового області;
- узяття тканини для біопсії;
- операції з приводу кіст щелеп,;
- операції із приводу слюнокаменної хвороби;
- пластичні операції з приводу рубцевих деформацій м'яких тканин і деформацій кісткової тканини (переважно альвеолярного відростка);
- секвестрэктомия;
- видалення сторонніх тіл, що залягають поверхнево;
- оперативне лікування захворювань пародонту.

СТАЦІОНАРНА ХІРУРГІЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА ДОПОМОГА

Певна частина (1-1,5 %) стоматологічних хворих потребує надання стаціонарної стоматологічної допомоги. Існують також такі захворювання щелепно-лицьового області, при яких хворі мають бути госпіталізовані в терміновому порядку службою швидкої допомоги. Хірургічні стоматологічні стаціонари організуються, як правило, у складі спеціалізованих лікувально-профілактичних закладів. У усіх обласних лікарнях, а також при одній або декількох багатопрофільних міських лікарнях у великих містах і промислових центрах окрім поліклінічних закладів організують стаціонарні відділення хірургічної стоматології і щелепно-лицьової хірургії, в яких надають висококваліфіковану спеціалізовану стоматологічну допомогу хворим хірургічного і терапевтичного профілю, а також проводять складне щелепне протезування за свідченнями.

Структура закладів стаціонарної хірургічної стоматологічної допомоги

Республіканська клінічна лікарня	Стаціонар щелепно-лицьової хірургії	
Обласна клінічна лікарня	Стаціонар щелепно-лицьової хірургії	
Міська клінічна лікарня	Стаціонар щелепно-лицьової хірургії	
	Хірургічне відділення загального профілю	Ліжка для щелепно-лицьових хворих
Центральна районна лікарня	Хірургічне відділення загального профілю	Ліжка для щелепно-лицьових хворих

СТАЦІОНАР складається з наступних підрозділів:

Операційний блок:

- операційна (дві "чиста" і "септична");
- передопераційною; стерилізаційною; наркозною;
- апаратною;
- інструментальною;
- кабінету хірурга;
- матеріальною;
- гипсовочной;
- душовій.

Перев'язувальні.

Лікувальний кабінет.

Кабінет лікаря-ортопеда.

Спеціальні бокси.

Палати стоматологічного відділення (чоловічі і жіночі). Число палат визначається кількістю ліжок (1,7 ліжок на 100000 міського населення і 1,6 ліжок - для сільського). Доцільно передбачати 60 % палат 4 ліжок, 20 % - на 2 і 20 % - на 1 ліжко. У багатомісних палатах норма площі на 1 ліжко - 7 м² в післяопераційних - 10 м². Палата на 1 ліжко повинна мати площу 9 м². Палати стоматологічного відділення як правило не потребують спеціального устаткування.

Дві післяопераційні палати - жіноча і чоловіча. Число ліжок визначається характером і об'ємом роботи стаціонару.

У відділенні щелепно-лицьової хірургії також передбачаються кабінет завідувача, ординаторська, кімната старшої медсестри і інші.

Площа допоміжних приміщень повинна дорівнювати площі палат або бути більше.

Медична документація хірургічного стоматологічного відділення, кабінету.

Назва документу	Значення і призначення цього документу	Примітка
1	2	3
Медична карта стоматологічного хворого (Ф. № 043/у)	Юридичні документи, в яких відображені відомості про хворого і усіх маніпуляції, які проведені хірургом і медичною сестрою	Потрібна точність і чіткість запису в цих документах
Медична карта стаціонарного хворого Ф. № 003/у		
Листок лікарських призначень Ф. № 003-4/у		
Листок щоденного обліку роботи лікаря-стоматолога (Ф. № 037/у)	Для реєстрації кількості хворих і об'єму виконаної роботи хірурга-стоматолога	Потрібний для обліку роботи хірурга і відділення в цілому
Щоденник обліку роботи лікаря стоматолога (Ф. № 039-2/у)	Для реєстрації кількості хворих і об'єму виконаної роботи хірурга-стоматолога за місяць	---//---
Журнал запису амбулаторних операцій Ф. № 069/у	Для детального запису ходу операцій, виконаних хірургом, а також результатів операції	Для аналізу роботи хірурга-стоматолога і відділення в цілому
Напрямок на консультацію і допоміжні кабінети Ф. № 028/у	Для фіксації відомостей про хворого, спрямованого на консультацію або госпіталізацію	---//---
Контрольна карта диспансерного	У хірурга-стоматолога має бути картотека хворих з дефектами шпарок особи, природженими і придбаними деформаціями щелепно-лицьової області, хронічними одонтогенними запальними процесами щелеп, захворюваннями слинових залоз,	Відбір на диспансерне спостереження проводиться під час профілактичних оглядів, поліклінічного прийому, по направленнях хворих із

спостереження Ф. № 030/у	нервів щелепно-лицьового області, передпухлинними і пухлиноподібними процесами особи і щелеп	стаціонарних відділень
Журнал для запису консультацій	Організовується запис хворих певними, спеціально виділеними днями консультацій, які проводять хірурги-стоматологи з наукових і учбових закладів	Великі стоматологічні (I - III категорії) поліклініка звичайно є консультативно-методичними центрами
Рецептурний бланк Ф. № 107/у	Для пропису медикаментозних засобів	Потрібна ретельність і чіткість виписування рецепту
Клінічний аналіз крові Ф. № 224/у	Для постановки кінцевого діагнозу, обстеження хворих, яким планується оперативне втручання під наркозом	Напрями на імунологічні дослідження заповнюються у відповідних лабораторіях, згідно з діючими стандартами.
Біохімічний аналіз крові Ф. № 228/у		
Аналіз сечі загальний Ф. № 210/у		
Аналіз сечі на глюкозурический профіль Ф. № 213/у		
Листок непрацездатності	Підтверджує тимчасову непрацездатність громадян	Видається згідно інструкції відповідно до статті 51 Закону України "Про загальнообов'язкове державне страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності і витратами, обумовленими народженням і похованням"
Довідка Ф. № 095/у	Підтверджує непрацездатність студентів вищих, середніх і професійно-технічних учбових закладів	Може бути видана в довільній формі громадянам, які шукають роботу, особам що проходять обстеження за напрямом військових комісаріатів, особам, що самостійно звернулися по консультативну допомогу
Акт про нещасний випадок на виробництві Ф. Н-1	Для реєстрації нещасного випадку, заходів по усуненню його наслідків, відшкодування витрат та ін.	Складається в п'яти екземплярах

Наркоз - цей стан зворотного гальмування центральної нервової системи, при якому відсутні свідомість і реакція на больові подразники і супроводжується пригнібленням усіх життєво важливих функцій організму.

ТЕОРІЯ НАРКОЗУ

Ліпоїдна теорія заснована на розчинності наркотичних засобів в ліпоїдних клітинних мембранах з порушенням їх функції.

Теорія граничного натягнення полягає в тому, що наркотичні речовини, які застосовуються для загального знеболення, осідаючи на клітинних мембранах, змінюють граничне натягнення між мембраною і рідиною, яка оточує клітину, і вільно проникають в клітину.

Теорія порушення окислювальних процесів пояснює, що анестетик блокує ферменти, які регулюють

окислювально-відновні процеси в клітині.

Коагуляційна теорія стверджує, що загальні анестетики викликають зворотну коагуляцію протоплазми нервових клітин, з подальшим настанням наркотичного сну.

Теорія водних мікрокристалів. Відповідно даних цієї теорії молекули наркотичних речовин і бічні ланцюги білкових молекул, з'єднуючись, утворюють стійкі водні мікрокристали, які знижують хімічні реакції в організмі, електричну активність мозку, блокують передачу імпульсів з синапсу на синапс.

Клініка наркозу

При введенні в організм наркотичних препаратів спостерігається закономірна стадійність у відповідних реакціях його органів і систем, які наочно можна продемонструвати на анестезуючій речовині, яка стала класичною, - ефірі.

Існує декілька класифікацій ефірного мононаркозу. Найбільш поширені класифікації Гведела і И.С.Жорова. Відмінність між ними лише в трактуванні четвертої стадії наркозу. По Гведелу четверта стадія - агональная, по И.С.Жорову - стадія пробудження (клінічний підхід). Приводимо класифікацію Гведела.

Перша стадія - анальгезія (звикання, засипання). Тривалість її 3-8 хв. Охоплює період від початку вдихання пари ефіру до втрати свідомості. Свідомість і больова чутливість в першій стадії втрачаються і вимикаються в його кінці.

Друга стадія - збудження (розгальмування), настає услід за втратою свідомості. Підкірка у цей момент виходить з-під контролю кори. Артеріальний тиск підвищується, пульс частий, глотковий і блювотний рефлекс підвищені.

Третя стадія - хірургічна. Характеризується згасанням процесів збудження внаслідок насичення органів і тканин парами ефіру. У цій стадії можна проводити хірургічні втручання. Залежно від глибини наркозу Гведел виділяє в ній чотири рівні, які значаться в анестезіології як 31, 32, 33, 34. На першому рівні хірургічної стадії наркозу (3-1) збудження згасає. Хворий поглиблюється в спокійний сон, дихання спокійне і глибоке. Очні яблука роблять повільний рух по колу або фіксовані ексцентрично. Зіниця звужена до нормальних меж, добре реагує на світло. Зберігаються рогівки і горлово-глотковий рефлекс. Пульс і артеріальний тиск (АТ) в нормі, м'язовий тонус зберігається.

На другому рівні хірургічної стадії наркозу (3-2) очні яблука припиняють рух, зіниці трохи розширені, реакція на світло слабка. Горловий і глотковий рефлекс відсутні. Рефлекс рогівки зникає до кінця рівня 32, дихання трохи частішає. АТ в нормі, пульс трохи прискорений, м'язовий тонус понижений.

На рівні 32 добре проводити операції на черевній порожнині.

На третьому рівні хірургічної стадії наркозу (3-3) починає проявлятися токсична дія ефіру на життєво важливі органи і центри. Зіниці розширені, на світло не реагують, очі стають сухими, втрачають блиск. Дихання порушується, стає поверхневим, асинхронним. АТ падає, пульс прискорений. М'язовий тонус сильно знижується. Це гранично допустимий рівень (на короткий час, не більше 10-15 хв.).

На четвертому рівні хірургічної стадії наркозу (3-4) зіниці гранично розширені, реакція на світло відсутня, рогівка тьмяна і суха, повний параліч міжреберних м'язів, зменшення скорочення діафрагми, прискорений пульс, низьке АТ, параліч сфінктерів. Підтримка або поглиблення наркозу на цій стадії може привести до летального результату. Цей граничний стан між життям і смертю.

Четверта стадія агональная - кінцева стадія наркозу, яка характеризується зупинкою дихання, зникненням пульсу, не вимірюється ПЕКЛЮ. З'являється холодний піт, мимовільне відділення сечі і калу. Через 3-5 хв. зупиняється серце і настає клінічна смерть.

Оптимальним режимом для проведення операцій є 3-1 і 3-2 рівні, в цих межах анестезіолог і повинен працювати. Наркоз в умовах клініки не можна доводити до глибоких і надглибоких рівнів. У клініці розглядається ще одна стадія наркозу, стадія виходу з нього або пробудження.

Стадія пробудження настає після припинення введення наркотичних речовин, починається їх виведення з організму через легені або бруньки залежно від виду наркозу.

Загальне знеболення - наркоз, ділиться на інгаляційний, неінгаляційний і нейролептанальгезію (НЛА).

Інгаляційний наркоз

Ефект досягається вдиханням наркотичних газів або пари летких наркотиків. Для проведення потрібні три неодмінні умови по Б.С.Уварову (1973) : забезпечення у вдихуваній суміші відповідні концентрації наркотика, достатня кількість в ній кисню, адекватне виведення кислоти з легенів.

Наркотична суміш може подаватися через маску, воздуховод або ендотрахеальну трубку.

Розрізняють чотири види наркотизації : 1) по відкритому контуру, коли повітря поступає при вдиху з атмосфери і повертається в неї; 2) по напіввідкритому контуру, коли наркотик поступає з балона в суміші з киснем і наркотичною сумішшю, видихається в атмосферу цілком; 3) по напівзакритому контуру, коли частина повітря, що видихається, виділяється в атмосферу, частину його, пройшовши через поглинач вуглекислоти, повертається до хворого; 4) за закритим типом, коли система рециркуляції газів в апараті цілком ізольована від атмосфери.

Масочный наркоз пов'язаний в основному із застосуванням ефіру і хлороформу. Ефір або хлороформ краплинним шляхом наносився на маску і при вдиханні відбувалася наркотизація хворого за відкритим типом. Регулювати концентрацію анестетика при такому способі подання дуже важко. З появою сучасних апаратів для масочного наркозу і великого вибору наркотичних речовин з'явилася можливість дозування анестетика і здійснення штучної вентиляції легенів, тому зараз можна рекомендувати його в широку анестезіологічну практику.

Ендотрахеальний наркоз. При ендотрахеальному наркозі анестезуючі речовини вводяться в організм шляхом інгаляції через інтубаційну трубку. Основними перевагами ендотрахеального наркозу є: виключення такого грізного ускладнення під час операції, як аспірація крові і слини в дихальні шляхи хворого, усунення небезпек, пов'язаних з порушенням і зупинкою дихання, забезпечення нормального газообміну і вентиляції легенів, управління найважливішими функціями організму шляхом застосування таких засобів, як міорелаксанти, гангліолітики, нейроплектики гангліонарного блоку без гіпотонії.

Під час інтубації трахеї анестезіолог ізолює дихальні шляхи хворого від порожнини рота, що забезпечує вільне дихання при оперативному втручанні в щелепно-лицьовій області.

До особливостей ендотрахеального наркозу відноситься і вибір методу інтубації трахеї. Якщо при операціях в загальній хірургії інтубація робиться через рот під контролем прямої ларингоскопії, то при операціях в щелепно-лицьовій хірургії такий метод використовується рідко і у тих хворих, які добре відкривають рот і не мають патологічних процесів в порожнині рота і глотці, і якщо інтубаційна трубка не заважає роботі хірурга в даній області. У інших випадках застосовують інші методи інтубації трахеї (через ніс, трахеостому).

Засоби для інгаляційного наркозу

Закис азоту (Nitrogenium oxydatum) Безбарвний газ, важче за повітря. Застосовується тільки в суміші з киснем в співвідношенні 3:1. Закиснув азоту - слабкий анестетик, тому застосовується в комбінації з сильнішими анестетиками. У хірургічній стоматології застосовується в основному при короткочасних оперативних втручаннях (розкритті абсцесів і флегмон).

Переваги: має виражені анальгетичні властивості, не спалахує, малотоксичний, володіє швидким введенням в наркоз і пробудженням, не викликає подразливої дії на органи дихання і слизові оболонки, рідко виникає нудота і блювота.

Недоліки: виникнення гіпоксії, судорожне сипання м'язів, слабка наркотична сила.

Протипоказання: не має.

Фторотан (Phthorothanum). Безбарвна прозора рідина із слабким солодкуватим запахом. Володіє сильною наркотичною дією, не дратує дихальні шляхи, сильніший за ефір в три рази. У з'єднанні з іншими сумішами не є вибухонебезпечним, не горить, а позитивні наркотичні властивості дозволили йому зайняти головне місце в анестезіології. Фторотан - сильний анестетик. Для наркотизації застосовується випарник фторотек, що має дві шкали, одна передбачає подання по напіввідкритому, інша - за напівзакритим типом.

Переваги: не викличе роздратування верхніх дихальних шляхів, можливість застосування в амбулаторній практиці, спазмолітична дія на гортань і бронхи, не спалахує в чистому вигляді і в сумішах, швидкість введення в наркоз і пробудження, хімічна стабільність, можливість використання високих концентрацій кисню, поліпшення мікроциркуляції.

Недоліки: можливість ушкодження печінки при повторному введенні, передозування, у міру поглиблення анестезії - пригніблення дихання, кардіотоксичність, зменшення серцевого викиду, зниження скорочувальної здатності міокарду, дилатація посудин, сенсibiliзація серця до катехоламінів.

Протипоказання: хворим із захворюваннями печінки.

Ефір для наркозу (Aether pro narcosi) - летка, з різким запахом, безбарвна, прозора рідина, яка легко випаровується. Ефірні пари добре горять, в сумішах вибухонебезпечні, що обмежує його застосування зараз в анестезіології. Володіє вираженою терапевтичною широтою, наркотичними і

знеболюючими властивостями.

Переваги: можливість використання для мононаркозу, стимулює органи дихання без пригнічення серцево-судинної системи, є сильним анестетиком з достатнім діапазоном між терапевтичною і токсичною дозами, можливість застосування без складної наркозної апаратури, безпечно при застосуванні анестезіологом з невеликим досвідом.

Недоліки: вогнєнебезпечний, вибухонебезпечний, тривале введення в наркоз і виражений період збудження, нудота і блювота, порушення процесів метаболізму в організмі, подразлива дія на слизові оболонки, ларингоспазм.

Протипоказання: гострі запальні захворювання дихальних шляхів і легких, хронічні захворювання печінки і бруньок, недостатність надниркових залоз.

Трихлоретилен (Trichloroethylenum), трилен, Наркоген. Прозора, безбарвна рідина із специфічним запахом, не розчинна у воді. Пари його в різних сумішах не є вибухонебезпечними і не горять.

Застосовується тільки по відкритій і напіввідкритій системі, оскільки його не можна використати з хімічним поглиначем вуглекислоти у зв'язку з тим, що при розкладанні трихлоретилена виходить отруйна речовина фосген. Застосовується в стоматології при короткочасних амбулаторних операціях, видаленні зубів, а також для аутоаналгезії.

Переваги: не вогнєнебезпечний, виражений анальгетичний ефект, відсутність подразливої дії на слизову оболонку, швидке отримання анальгетичного ефекту і швидкий вихід з нього.

Недоліки: неможливість досягнення хірургічної стадії наркозу, токсичний вплив на серце і печінку, повільне виведення з організму, можливість розкладання на складові частини, неможливість використання з адсорбентом.

Протипоказання: захворювання серця, печінки, нирок.

Метоксифлуран (Methoxyfluranum). Безбарвна, прозора рідина, з характерним запахом яблук. Особлива властивість - низький тиск пари, який вимикає можливість отруєння ним при вдиханні суміші. Показання до застосування такі ж, як в трихлоретилена. Не горить і не вибухонебезпечний. Потужний анестетик, який володіє сильним анальгетичним ефектом.

Переваги: миорелаксація, висока міра аналгезії і анестезії, хімічна стабільність, не викликає серцевих аритмій, відсутність дратівливої дії на слизові оболонки, не горючість.

Недоліки: тривале введення в наркоз зі збудженням, тривале пробудження, головний біль в післянаркозний період, токсична дія на печінку і нирки, пригнічення дихання, висока розчинність в жирах і повільне виведення з організму.

Протипоказання: хвороби нирок і печінки, гіпотонія, захворювання міокарду.

Хлороформ (Chloroform), трихлорметан. Безбарвна, прозора рідина з солодкуватим запахом. Пари хлороформу не вибухонебезпечні і не горять. Хлороформ - потужний анестетик, подання його здійснюється за допомогою маски Есмарха або точних випарників. У зв'язку з тим, що відмінність між терапевтичною і токсичною дозами у нього невелика, наркоз повинен проводитися досвідченим і кваліфікованим анестезіологом, який користується точною дозуючою апаратурою. Через сильну подразливу дію на шкіру і слизову оболонку і вираженого токсичного ефекту зараз застосовується рідко.

Переваги: швидке введення в наркоз, можливість простого застосування без складної апаратури, не вогнєнебезпечний, хімічна стабільність, хороша миорелаксація.

Недоліки: токсична дія на органи дихання і серце, нудота і блювота в післянаркозному періоді, подразлива дія на слизові оболонки і шкіру, маленький діапазон між терапевтичною і летальною дозами, виражені метаболічні порушення.

Протипоказання: хвороби серцево-судинної системи, діабет, захворювання печінки і бруньок, хвороби органів дихання.

Азеотропна суміш по своїй дії сильніша від ефіру, але слабкіша від фторотана. Суміш складається з двох об'ємних частин фторотана і однієї об'ємної частини ефіру.

Циклопропан (Cyclopropanum), триметилен. Безбарвний горючий газ із запахом нафти. Вибухонебезпечний. Циклопропан в організмі не руйнується і швидко виводиться через легені. Органи дихання не дратує. Широкого застосування не отримав через високу вартість і виникнення аритмій.

Циклопропан - потужний наркотичний засіб, застосовується в суміші з киснем в різних

концентраціях. Для наркозу використовується закритий і напівзакритий контур.

Переваги: великий розрив між терапевтичною і летальною дозами, швидке і спокійне введення в наркоз, хороша керованість наркозом, легке досягнення апное, що полегшує проведення ШВЛ, швидке пробудження.

Недоліки: вибухонебезпека, виникнення серцевих аритмій, ларингоспазм під час ввідного наркозу і після пробудження, пригнічення дихання, апное, нудота, гіперкапнія з наступним метаболічним ацидозом, циклопропанова гіпотензія, гострі післянаркозні психози, висока вартість.

Циклопропан використовується для ввідного або основного наркозу при тривалих операціях або як засіб для посилення дії інших анестетиків, а також для проведення поверхневого наркозу з м'язовими міорелаксантами.

Протипоказання: неможливий у разі застосування електроагуляції і електроножа через вибухонебезпеку, в хворих з лабільним серцем, тиреотоксикозом, коли використовуються препарати адреналіну і норадреналіну.

Неінгаляційний наркоз

Неінгаляційні анестетики застосовуються для внутрішньовенного, внутрішньом'язового і ректального введення.

Засоби для неінгаляційного наркозу

Гексенал (hexenalum). Синоніми - эвипан натрію, гексобарбитал натрію, циклобарбитал. Є білою пенообразною, гіроскопічною масою, гіркою на смак. Добре розчиняється у воді, піддається гідролізу, розкладається на світлі. Вводиться внутрішньовенно не більше 1 р. Застосовується в основному як засіб для ввідного наркозу. У дозі від 200 до 500 міліграма настає наркоз. У дітей застосовується внутрішньом'язово і ректально.

Переваги: швидкість введення в наркоз і пробудження, відсутність неприємних відчуттів. При застосуванні невеликих доз відсутність блювоти і нудоти.

Недоліки: пригнічення дихання, тяжкість управління наркозом, можливість виникнення ларингоспазму, депресивна дія на міокард і вазомоторний центр, недостатня міорелаксація, відсутність анальгезирующего ефекту, подразлива дія на шкіру.

Протипоказання: бронхіальна астма, захворювання печінки і брунчок, серцева декомпенсація, гіпотонія, шок, порушення прохідності верхніх дихальних шляхів.

Тиопентал-натрій (Thiopentalum natrium, Natrii Carbonate). Суха пориста маса жовтуватого кольору, гіроскопічна, добре розчинна у воді. Розчини нестійкі і розкладаються впродовж години, тому повинні використовуватися свіжоприготованими (1-2-5% розчини). Тривалість дії 15-30 хв., застосовується для ввідного наркозу, в стоматологічній практиці для короткочасних амбулаторних операцій так само, як і гексенал. Вводиться внутрішньовенно, засипання відбувається в дозі 200-500 міліграм. Відмінність від гексенала швидше настання сну і пробудження. У анестезіології тиопентал натрію використовується з тими ж осторожностями, що і гексенал.

Переваги, недоліки і протипоказання до введення ті ж, що і в гексенала. Присутність у складі атома сірки робить препарат спазмотогенним. На відміну від гексенала, тиопентал-натрій володіє ще і ваготонічною дією.

Віадріл (Viadril), передіон, пресурен, гідроксидіон. Стероїдний препарат, позбавлений активних гормональних властивостей. Є білим кристалічним порошком, добре розчинним у воді. Для розчинення застосовують глюкозу, новокаїн, дистильовану воду, ізотонічний розчин хлориду натрію. Вводиться препарат внутрішньовенно на відміну від барбітуратів швидко, але вводиться з будь-якою швидкістю.

Хірургічна стадія наркозу настає в дозі 15-20 міліграм/кг малотоксичний, летальних наслідків в літературі не описано. У поліклінічній стоматології не застосовується через маленьку придатність для короткочасного наркозу.

Переваги: швидке і спокійне введення в наркоз, не викликає ларинго- і бронхоспазми, маленька токсичність, пригнічення блювотного і кашельного центрів.

Недоліки: хворобливість при введенні у вену, розвиток флебітів, некерованість наркозом, гіпотензія, зниження ударного об'єму серця, відсутність анальгезирующего ефекту, рефлексорний вагоспазм.

Протипоказання: захворювання вен, протипоказаний дітям.

Зараз препарат самостійно використовується рідко, в основному в з'єднанні із закисом азоту для

підтримки базисного наркозу і комбінованого з місцевими анестетиками, може бути використаний для ввідного наркозу. Хороша його комбінація з таламоналом і фентанілом, що доповнюють його слабкий анальгезуючий ефект.

Альтезин (Althesin) СТ-1341. Стероїдний препарат-анестетик із слабким анальгезуючим ефектом. Форма випуску в ампулах по 5-10 мл, вводиться внутрішньовенно, розбавляється будь-яким ізотонічним розчином. Втрата свідомості настає від 10 до 15 хв. Застосовується для ввідного наркозу і короткочасних операцій в поліклінічній хірургії і хірургічній стоматології.

Переваги: мала токсичність, велика терапевтична широта, швидкість метаболізму, швидкий вихід з наркозу, відсутність дратівливого ефекту на судинну стінку.

Недоліки: слабкий анальгезуючий ефект, короткочасні порушення в післянаркозному періоді (кашель, гикавка, підвищена саливація, тремор).

Протипоказання: тривалі хірургічні втручання.

Натрій оксибутират (Natrii oxybutyras) - білий, гігроскопічний, жовтуватого кольору кристалічний порошок, добре розчинний у воді і спирті, а також у фізіологічному розчині. Посилює дію анестетиків і анальгетиків, викликаючи загальну анестезію. Вводиться внутрішньовенно 70-200 міліграм/кг Углиб в дозі 100-150 міліграм/кг. Препарат розводиться в 5% розчині глюкози або в 50-100 мл ізотонічного розчину хлориду натрію. Введення повільне, краплинне упродовж 10-15 хв. або багатократне фракційне. Швидке введення усієї дози препарату небажане через короткочасні ускладнення: брадикардію, посилену саливацію, нудоту, блювоту, порушення ритму дихання, рухового збудження. Оксибутират натрію використовується для ввідного наркозу, мононаркозу, для базис наркозу в об'єднанні з іншими анестетиками.

Для базис наркозу доза препарату складає 100-200 міліграм/кг, для мононаркозу 150-200 міліграм/кг з тривалістю наркозу 2-3 ч. Для введення в наркоз необхідна доза 50-90 міліграм/кг, при цьому створюється сприятливий фон, коли ефір, закиснув азот, фторотан діють значно сильніше, забезпечуючи довгу і стійку анестезію.

Переваги: маленька токсичність, велика терапевтична широта, протисудомна дія, посилення дії інших анестетиків, підвищення стійкості до гіпотермії, стабільність гемодинаміки.

Недоліки: слабкий анальгезуючий ефект, ГОМК застосовується в умовах стаціонару досвідченими кваліфікованими анестезіологами, некерованість глибиною наркозу в ході операції, тривалий період пробудження, тяжкість контролю по глибині наркозу.

Протипоказання: амбулаторно-поліклінічна практика.

Пропанідид (Propanididum) эпонтол, сомбревин є маслянистою рідиною ясно-жовтого кольору, погано розчинною у воді. Вводиться внутрішньовенно 7-10 міліграм на 1 кг ваги 2,5% або 5% розчин, який розводиться ізотонічним розчином хлориду натрію. Швидкість введення 20-30с хворої засинає дуже швидко.

Переваги: маленька токсичність, швидке настання сну і пробудження, можливість застосування в амбулаторній практиці, виражений анальгезуючий ефект, достатня миорелаксація.

Недоліки: виникнення флебітів, через подразливу дію на судинну стінку, викликає тахікардію і гіпотонію, гіповентиляцію, і апное, збільшує тиск в правому шлуночку і легеневій артерії, викличе алергічні реакції.

Протипоказання: гіповолемічний шок, декомпенсована серцева і печінкова недостатність, алергічні захворювання, гемолітична анемія. Не можна застосовувати без апаратури штучної вентиляції легенів (ІВЛ).

Кетамін (Ketaminum), кеталар, кетанест, калипсол - анестетик, який вибірково діє на центральну нервову систему. Кетамін - біла кристалічна речовина, добре розчинна у воді. Вводиться внутрішньовенно в дозі 1-3 міліграми на 1 кг ваги і внутрішньом'язово 6-8 міліграм/кг зі змістом в 1 мл від 10 до 50 міліграма кетаміну. Наркоз при внутрішньовенному введенні настає через 15-20 з, внутрішньом'язово через 2-4 хв., триває 15-20 хв. в амбулаторних умовах, а в умовах стаціонару підтримується до 6-7 ч. Кетаміновий наркоз застосовується в різних варіантах: внутрішньовенний мононаркоз, внутрішньом'язовий мононаркоз, внутрішньовенний кетаміновий наркоз в об'єднанні з релаксантами і ІВЛ, внутрішньовенний або внутрішньом'язовий ввідний наркоз і наркоз в комбінації з іншими анестетиками.

Переваги: швидке введення в наркоз, сильну анальгезующее дію, відносна безпека наркозу, не виражена дія на гемодинаміку і дихання. Є єдиним анестетиком, при якому можна досягти хірургічного рівня наркозу (3-1 і 3-2) шляхом внутрішньом'язового введення.

Недоліки: викликає тахікардію, нудоту, блювоту, тривалу післяопераційну депресію, гіпертонус жувальних м'язів, іноді психічні порушення (марення, галюцинації), підвищує АТ і тиск ліквору.

Протипоказання: гіпертонічна хвороба, хворі з екламписією і в змозі преекламписи.

Наркоз в умовах стоматологічної поліклініки

Зараз наркоз в умовах поліклініки застосовується досить часто, і показання до його застосування розширюються. Переваги лікування і видалення зубів, проведення малих оперативних втручань під наркозом в деяких випадках очевидно. Знімаються не лише емоційна напруга, страх, але і створюються сприятливі умови для лікарської роботи;

Вимоги до загального знеболення в поліклініці:

- наркоз має бути простим і абсолютно безпечним;
- наркоз повинен швидко наставати, досягати достатньої глибини за короткий час;
- пробудження після наркозу має бути швидким: з повним відновленням функцій;
- у час і після наркозу побічні явища мають бути відсутніми або бути мінімальними;
- хворий через короткий час повинен самостійно піти додому.

Усі ці вимоги пред'являються до наркозу в поліклініці, оскільки амбулаторний хворий не може бути ретельно обстежений на відміну від стаціонарного і повинен після наркозу повернутися додому у нормальному стані.

Свідчення: страх перед лікуванням і видаленням зубів, непереносимість анестетиків, високе психоемоційне збудження захворювання центральної нервової системи, бронхіальна астма.

Протипоказання: гостра респіраторна інфекція, гостре порушення кровообігу, порушення згортання крові, виражена анемія.

Для проведення наркозу в поліклініці користуються масочним, внутрішньовенним, рідко ендотрахеальним. Ендотрахеальний наркоз застосовується:

- у хворих з порушенням носового дихання і деформацією середньої і нижньої зон особи;
- коли розслаблення жувальної мускулатури за рахунок дії фторотана призводить до ускладненого дихання;
- у тих випадках, коли можна чекати сильну кровотечу.

Ускладнення наркозу

Найбільш небезпечні ускладнення, пов'язані з пригнобленням дихального і судинорухового центрів. У рідкісних випадках можливі ушкодження периферичних нервів. Слід виділити ускладнення, пов'язані з порушенням насичення крові киснем. По частоті перше місце займають гіпоксії внаслідок механічних порушень прохідності дихальних шляхів, викликані спазмом гортані, западненням мови, надгортанника, аспірацією сторонніх тіл в дихальні шляхи.

Спазм гортані. При спазмі гортані відбувається зімкнення голосових зв'язок. Хворий не може вдихнути повітря, проте видих не ускладнений. При неповному спазмі виникає характерний звук при видиху. Під час наркозу спазм є наслідком місцевого роздратування або має рефлексорний характер. На початку наркозу спазм може настати при вдиханні холодної пари ефіру у високій концентрації, роздратування гортані слизом, харчовими масами, інтубаційною трубкою. Особливо легко спазм гортані виникає при барбітуратовому наркозі.

Рефлексорний спазм може виникнути при хірургічному втручанні на рефлексогенних зонах, а конкретно при маніпуляції на сонячному сплетенні. Для профілактики спазму гортані вводять атропін, міорелаксанти. При спазмі в I стадії наркозу потрібно припинити подання ефіру на 10-15 с. і збільшити приплив кисню. Для ліквідації рефлексорного спазму роблять місцеву анестезію рефлексогенних зон і тимчасово припиняють хірургічні маніпуляції.

Стійкий і повний спазм гортані призводить до зупинки серця у здорової людини через 10 хв., а при зміненому сердечному м'язі - значно раніше. Якщо спазм гортані не вдається купірувати медикаментозними засобами, доводиться прибїгати до екстреної трахеостомії.

Набряк гортані. Виникає при невдалих спробах введення інтубаційної трубки в трахею. Клінічно набряк схожий на спазм гортані, але розвивається поступово. При огляді голосових зв'язок виявляють гіперемію, набряк і зменшення голосової щілини. Частіше це ускладнення виникає в післянаркозному періоді. При набряку під час наркозу проводять інтубацію, а після операції - зігриваючі компреси, інгаляції. У разі швидкого наростання набряку і асфіксії показана трахеостомія.

Западнення мови і надгортанника. Западення мови можливо в результаті розслаблення м'язів при глибокому наркозі. Корінь мови притискається до задньої стінки глотки, цілком або частково перекиваючи шлях для вступу повітря. При нахилі голови вперед мова западає більше і корінь щільніше притискається до задньої стінки глотки. Виникає хрипляче дихання, а при повній

обструкції дихальних шляхів розвивається ціаноз. Виявивши западение мови, анестезіолог повинен нахилити голову хворого назад. Якщо це не допомагає, то потрібно висунути вперед нижню щелепу. Ефективно введення воздуховода через рот або ніс. У рідкісних випадках доводиться витягати мову язикотримачем або прошивати її нитками і фіксувати ззовні. Штучне дихання неефективне, якщо западение не зміщене.

При глибокому наркозі може спостерігатися западение надгортанника в результаті розслаблення м'язів. Надгортанник притискається до входу в гортань, створюючи клапан, який пропускає повітря тільки в одному напрямі, - з легенів. При частковому впаданні надгортанника виникають звуки, які нагадують коротке гикання. У разі повного западения розвивається асфіксія, дихання не прослуховується і хворий може померти. Для ліквідації цього ускладнення досить витягнути мову хворого вперед - надгортанник підтягується і відкриває вхід в трахею.

Аспірація блювоти. Це небезпечне і важке ускладнення. Затікання вмісту шлунку в трахею і бронхи може привести до асфіксії, а надалі до розвитку пневмонії, ателектаза легенів. У трахею можуть також затікати слина, кров.

Особливо небезпечна регургітація при екстрених операціях в хворих, яким не випорожнили шлунок до наркозу. Як правило, блювота виникає при недостатньо глибокому наркозі. Тому при найменших натяках на блювотні рухи слід поглибити наркоз. При наркозі ефіром, фторотаном може бути блювота у момент пробудження хворого на операційному столі. Якщо у хворого виникла регургітація, а трахеальні рефлекси придушені, шлунковий вміст затікає в трахею і бронхи. Зменшує ризик аспірації введення зонду в шлунок після початку наркозу. Якщо блювота все ж виникла, слід негайно зняти маску, опустити головний кінець столу, видалити рідкісний вміст отсасувачами, а тверді шматки їжі - марлевими тумферами або пальцем, нахилити голову хворого убік. Після звільнення дихальних шляхів слід продовжити дачу наркозу. Якщо блювота виникла на самому початку наркозу, операцію краще відкласти.

Закупорка дихальних шляхів може настати також при попаданні шматків марлі або тампонів в трахею при неправильній тампонаді ротової порожнини.

Порушення прохідності виникає в результаті перегину або закупорки інтубаційної трубки слизом. Для ліквідації асфіксії необхідно швидко замінити трубку або надати їй правильне положення.

Зупинка дихання (апноє). Передозування наркотичної речовини призводить до пригнічення і паралічу дихального центру. Клінічно цей стан виявляється припиненням дихання і ціанозом. При недостатньому досвіді затримку дихання на початку наркозу можна прийняти за передозування анестетика.

У разі паралічу дихального центру необхідно відключити подання наркотика, зробити інтубацію і почати штучне дихання. Релаксанти не вводять, оскільки м'язи дуже розслаблені. Штучне дихання роблять за допомогою мішка наркотичного апарату. При довгому штучному диханні підключають распираторы різних моделей. За допомогою апарату можна встановити необхідний об'єм і частоту дихання. За відсутності спеціальних пристосувань і апаратури необхідно почати дихання за типом рот в рот.

Лікарські стимулятори дихання потрібно застосовувати з обережністю, оскільки реакція на них при важкій гіпоксії може бути збочена або отсутствующая. Штучне дихання слід продовжувати до повного відновлення дихання і зникнення ціанозу.

Порушення серцево-судинної діяльності. Найбільш грізним ускладненням є зупинка серця. Вона може статися у будь-який момент наркозу. Під час ввідного наркозу вона виникає в результаті рефлекторних впливів і раптової важкої гіпоксії. У кінці наркозу і при виході з нього зупинка серця може бути пов'язана з важкою інтоксикацією міокарду наркотичними речовинами, пригніченням судинного центру, зменшенням об'єму циркулюючої крові.

Необхідно своєчасно помітити і попередити погіршення серцевої діяльності, не припустити зупинки серця, передвісниками якого є різке почастішання або, навпаки, уповільнення пульсу - аритмія, холодний піт, блідість шкірних покривів, падіння артеріального тиску. У цей період зменшення глибини наркозу, введення кровозамінників гемодинамічної дії, серцевих і судинних засобів (ефедрин, кордіамін, адреналін) допомагають нормалізувати серцеву діяльність і уникнути асистолії. Слід пам'ятати, що до зупинки серця схильні хворі з гіпертонією, вадами серця, і хворі, які перенесли інфаркт міокарду.

4. ПЛАН І ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА УЧБОВОГО ЗАНЯТТЯ ПО ДИСЦИПЛІНІ.

№ з/п	Етапи заняття	Распределение	Види контролю	Засоби навчання
-------	---------------	---------------	---------------	-----------------

		часу		
1.	Підготовчий етап	15мін	Усне опитування по переліку питань. Письмове тестування.	Комп'ютер (ноутбук). Мультимедійні методичні розробки. Анатомічні муляжі. Відео- і фотоматеріали. Електронні довідники. Рентгенограми, ортопантомограми, томограми. Набір інструментарію. Результати лабораторних, цитологічних і гістологічних досліджень.
1.1	Організаційні питання			
1.2	Формування мотивації			
1.3	Контроль початкового рівня підготовки (стандартизовані засоби контролю)			
2.	Основний етап (вказати усі види робіт, які виконують студенти під час цього етапу).	60хв.	Практичний тренінг. Рішення клінічних завдань. Створення алгоритмів лікарських дій, професійний тренінг.	
3.	Завершальний етап	15мін	Тестування. Практичні завдання. Ситуаційні і нетипові завдання. Усне опитування.	
3.1	Контроль кінцевого рівня підготовки			
3.2	Загальна оцінка учбової діяльності студента			
3.3	Інформування студентів про тему наступного заняття			

4.5. Види самостійної роботи студентів.

1. Вивчити такі питання ($\alpha=1$) :

- Принципи організації хірургічної стоматологічної допомоги. Види стоматологічних лікувальних установ.
- Устаткування і оснащення хірургічних відділень стоматологічної поліклініки залежно від їх категорійності.
- Устаткування і оснащення відділень щелепно-лицьової хірургії лікарні.
- Санітарно-гігієнічні вимоги до облаштування хірургічного відділення (кабінету) стоматологічної поліклініки.
- Лікарські штати і нормативи обслуговуючого медичного персоналу (медсестри, санітарки) хірургічного відділення стоматологічної поліклініки залежно від їх категорійності.
- Непланові і планові операції, які проводяться в хірургічному відділенні (кабінеті) стоматологічної поліклініки.
- Обов'язкова медична документація хірургічного стоматологічного відділення (кабінету).
- Характеристика організації і роботи стоматологічного відділення стаціонару.
- Порядок оформлення медичної карти стоматологічного хворого.
- Порядок оформлення медичної карти стаціонарного хворого.
- Основні завдання анестезіологічної допомоги.
- Показання до загального знеболення в умовах стоматологічної поліклініки.
- Показання до загального знеболення в умовах щелепно-лицьового стаціонару.
- Особливості загального знеболення при операціях на обличчі і в порожнині рота.
- Переваги і недоліки загального знеболення при операціях в щелепно-лицьовій області.
- Види загального знеболення, які застосовуються в стоматологічній поліклініці і стаціонарі.
- Підготовка хворого до загального знеболення: особливості обстеження, премедикації.
- Стадії наркозу.

19. Лікувальні засоби, які застосовуються для інгаляційного і неінгаляційного наркозу.
20. Особливості ведення післяопераційного періоду після операції на обличчі і в порожнині рота.
21. Види ускладнень наркозу, їх причини і профілактика.
22. Основні етапи реанімаційних заходів при різних видах ускладнень.
2. Тестові завдання з однією правильною відповіддю ($\alpha=II$):
- 2.1. 1. Для зменшення збудження при наркозі треба призначати:
- A. Анальгетики.
 - B. Барбітурати.
 - C. М'язові релаксанти.
 - D. Гіпотензивні засоби.
 - E. М-холінолітики.
- (Правильна відповідь: B)
2. Які препарати розслабляють скелетні і дихальні м'язи?
- A. Анальгетики.
 - B. Барбітурати.
 - C. Аналептики.
 - D. Релаксанти.
 - E. Антигістамінні препарати.
- (Правильна відповідь: D)
3. Свідченням до проведення операції видалення зуба під наркозом є:
- A. Різко виражений біль при перкусії причинного зуба.
 - B. Компенсована стадія ецефалопатії.
 - C. Непереносимість хворим місцевих анестетиків.
 - D. Шийний остеохондроз.
 - E. Алкоголізм.
- (Правильна відповідь: C)
4. Після проведення внутрішньовенного наркозу кеталаром хворого можна відпустити додому:
- A. Відразу по закінченню операції.
 - B. Через 30 хв. після пробудження.
 - C. За годину після пробудження.
 - D. Через 2 години після пробудження.
 - E. Через 6 годин після пробудження.
- (Правильна відповідь: D)
5. При ускладненнях, пов'язаних з передозуванням гексанала (пригноблення дихання, порушення серцевої діяльності) вводиться :
- A. Бемегрид і хлорид кальцію.
 - B. Нейролептики і анальгетики.
 - C. Дроперидол і седуксен.
 - D. Мепробомат.
 - E. Атропин.
- (Правильна відповідь: A)
6. Положення Тренделенбурга - це коли:
- A. Голова знаходиться нижче, ніж ноги (у горизонтальному положенні).
 - B. Сидячи в кріслі, голову хворого нахиляють вперед.
 - C. Хворої лежить на боці.
 - D. Хворий стоїть з витягнутими перед собою руками.
 - E. Правильної відповіді немає.
- (Правильна відповідь: A)
7. Які препарати призначаються для зменшення секреції слини при наркозі?
- A. Адреналін або норадреналін.
 - B. Атропін або метацин.
 - C. 1% р-н пілокарпіну.
 - D. Анальгетики.
 - E. Саліцилати.
- (Правильна відповідь: B)
8. Для премедикації при фторотановом наркозі треба використати:
- A. Адреналін.

- В. Норадреналін.
- С. Мезатон.
- Д. Атропін.
- Е.Бемегрид.

(Правильна відповідь: В)

3. Тестові завдання з множинним вибором:

3.1. Стадії наркозу :

- А. аналгезії;
- В. збудження;
- С. хірургічного сну;
- Д. керована гіпотонія;
- Е. усі відповіді правильні.

(Правильна відповідь: А, В, С)

3.2. До планових оперативних втручань відносяться:

- А. реплантація, трансплантація, імплантація зубів, резекція верхівки кореня;
- В. видалення невеликих доброякісних новоутворень м'яких і кістковою тканин щелепно-лицьового області;
- С. узяття тканини для біопсії;
- Д. операції з приводу кіст щелеп;
- Е. операції із приводу слюнокаменної хвороби.

(Правильна відповідь: А, В, С, Д, Е)

3.3. Ускладненнями наркозу є:

- А. спазм гортані;
- В. западение мови і надгортанника;
- С. аспірація блювотних мас;
- Д. апное;
- Е. порушення серцево-судинної діяльності.

(Правильна відповідь: А, В, С, Д, Е)

4. Завдання для самоконтролю:

4.1. ЗАВДАННЯ № 1.

У хворого 24 років, з інтактним зубним рядом верхньої щелепи, після падіння стався травматичний вивих 11, 21 зубів. Де треба надавати допомогу хворому?

- а) в хірургічному кабінеті стоматологічної поліклініки;*
- б) в стоматологічному відділенні стаціонару.

ЗАВДАННЯ № 2.

У хворого 40 років є папілома (доброякісна пухлина) на слизовій оболонці щоки розміром 0,3(0,5 см П'ять місяців тому хворий переніс двосторонню пневмонію, три роки тому - апендектомію.

Де треба оперувати хворого?

- а) в операційній хірургічного відділення стоматологічної поліклініки;*
- б) в операційній стаціонару.

Який характер носить операція?

- а) планова;*
- б) непланова.

ЗАВДАННЯ № 3.

У поліклініці, де працюють 45 лікарів-стоматологів, один лікар-рентгенолог, 2 анестезіологи, 5 хірургів, 2 з яких виконує усі планові і непланові операції, мають фіксовані операційні дні. Ці хірурги закінчили клінічну ординатуру по хірургічній стоматології.

Чи укомплектовані штати?

- а) так;*
- б) немає.

До якої категорії належить ця поліклініка?

- а) I категорії;
- б) II категорії;
- в) III категорії;
- г) вьнекатегорійная.*

ЗАВДАННЯ №4.

У хірургічний кабінет стоматологічної поліклініки звернувся хворий з приводу санації порожнини рота з метою протезування. Хворий дуже емоційний, легко збудливий. До лікаря стоматологові не звертався із-за боязні болю. При огляді порожнини рота - багато зруйнованих зубів, які підлягають видаленню.

Під яким видом знеболення доцільне проведення санації порожнини рота (видалення зубів)?

- A. Ін'єкційне знеболення.
- B. Масочний наркоз.
- C. Внутрішньовенний наркоз.
- D. Електрознеболення.
- E. Знеболення за допомогою безыгольного ін'єктора.

ЗАВДАННЯ № 5.

У хірургічний кабінет стоматологічної поліклініки звернувся хворий з приводу хронічного періодонтиту 26,27 зубів. При знайомстві з хворим лікар з'ясував, що у хворого раніше відзначалися алергічні реакції на новокаїн, лідокаїн і деякі антибіотики. Окрім цього хворий має компенсовану ваду серця.

Який вид знеболення доцільно застосувати при видаленні зубів у цього хворого?

- A. Місцеве ін'єкційне знеболення.
- B. Електрознеболення.
- C. Масочний наркоз.
- D. Внутрішньовенний наркоз.

4.6. Перелік індивідуальних завдань (не передбачено робочою учбовою програмою по дисципліні).

4.8. Перелік теоретичних питань до підсумкового модульного контролю.

1. Принципи організації хірургічної стоматологічної допомоги. Види стоматологічних лікувальних установ.
2. Устаткування і оснащення хірургічних відділень стоматологічної поліклініки залежно від їх категорійності.
3. Устаткування і оснащення відділень щелепно-лицьової хірургії лікарні.
4. Санітарно-гігієнічні вимоги до облаштування хірургічного відділення (кабінету) стоматологічної поліклініки.
5. Лікарські штати і нормативи обслуговуючого медичного персоналу (медсестри, санітарки) хірургічного відділення стоматологічної поліклініки залежно від їх категорійності.
6. Непланові і планові операції, які проводяться в хірургічному відділенні (кабінеті) стоматологічної поліклініки.
7. Обов'язкова медична документація хірургічного стоматологічного відділення (кабінету).
8. Характеристика організації і роботи стоматологічного відділення стаціонару.
9. Порядок оформлення медичної карти стоматологічного хворого.
10. Порядок оформлення медичної карти стаціонарного хворого.
11. Основні завдання анестезіологічної допомоги.

4.9. Перелік практичних завдань і робіт до підсумкового модульного контролю (з типової учбової програми).

1. Провести опитування пацієнта і на його основі зробити запис в історії хвороби.
2. Визначити показання до проведення певного виду знеболення.
3. Обрати препарати, необхідні для проведення наркозу.

6. ЛІТЕРАТУРА.

Основна література.

1. Бернадский Ю. І. Основи щелепно-лицьової хірургії і хірургічної стоматології. - М.: Медична література, 2000.- 404 с.
2. В. І. Митченко, А. І. Панькевич. Пропедевтика хірургічної стоматології. - Вінниця: НОВА КНИГА, 2004 р. - 272 с.
3. Тимофєєв А. А. Керівництво по щелепно-лицьовій хірургії і хірургічній стоматології. - До.: «Червона-Рута-Турс», 2002. - 1024 с.
4. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2 т. -- Т. 1 / В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін. - До.: ЛОГОС, 2011. - 672 с.
5. Основи стоматології: підручник / В. О. Маланчук, А. В. Борисенко, Л. В. Харків та ін.; за ред. В. О. Маланчука. - До.: Медицина, 2009. - 592 с.

6. Хірургічна стоматологія: Підручник / Під ред. Т. Г. Робустовой. - М.: Медицина, 1990. - 576 с.
7. Оперативна хірургія і топографічна анатомія. Під ред. Кульчицкого К.И., Бобрика И.И., До. : Вища школа, 1989., с.57-82; 89-92; 102-117.
8. Патологічна фізіологія. Під ред. Ада А.Д., М., 1980.

Додаткова:

1. Заусаев В. І., Наумов П. В., Новоселів Р. Д. та ін. Хірургічна стоматологія. - М.: Медицина, 1981. - 544 с.
2. Керівництво по хірургічній стоматології під ред. проф. А.И. Євдокимова, М., 1972, с. 47-48.
3. А. Е. Верлоцкий. «Хірургічна стоматологія», М., 1960, с.55-70.
4. Старобинский І. М. Хірургічна стоматологія поліклінічного лікаря. М., 1977, с. 5-17.
5. Тимофеев А.А. Керівництво по щелепно-лицьовій хірургії і хірургічній стоматології. Т. 1., До. : "Червона-Рута-Турс". 1997 - с.70-76.
6. Борошнозовів І.Н. Наркоз і реанімація в щелепно-лицьовій хірургії. Медицина. : Ленінградське відділення., 1972. -с. 238.
7. Козлов В. А. Хірургічна стоматологічна допомога в поліклініці. Г.: Медицина, - 1985.- с.48-51, 66-72.

№ 2. Провідникове знеболення верхньої, нижньої щелепи і прилеглих м'яких тканин. Аплікаційне та інфільтраційне знеболення тканин щелепно-лицьової ділянки (ШЛД). Серцево-легенева реанімація. Фізіотерапія ускладнень, пов'язаних із знеболенням.

1. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

1. Аналізувати можливості вибору певного методу проведення місцевого знеболення.
2. Пояснювати механізм болю і знеболення.
3. Запропонувати визначення поняття «Місцеве знеболення».
4. Класифікувати види місцевого знеболення.
5. Тракувати методики проведення місцевого знеболення в клініці хірургічної стоматології.
6. Малювати схему механізму дії місцевих анестетиків.
7. Проаналізувати дію місцевих анестетиків різних хімічних груп.
8. Скласти план проведення серцево-легеневої реанімації.
9. Класифікувати ускладнення, що виникають при проведенні місцевого знеболення.
10. Запропонувати методи фізіотерапії, вживані для лікування пацієнтів з ускладненнями місцевого знеболення.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, УМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Етика і деонтологія.	Встановити психологічний контакт з пацієнтом.
2. Нормальна анатомія	Застосовувати знання іннервації щелепно-лицьової області при проведенні місцевого знеболення.
3. Фармакологія	Описувати фармакокінетику і фармакодинаміку, свідчення і протипоказання до премению місцевих анестетиків, особливості сучасних препаратів для місцевого знеболення.
4. Патологічна фізіологія.	Описувати механізми виникнення болю і переривання больової імпульсації.
5. Пропедевтика внутрішніх хвороб.	Написати схему серцево-легеневої реанімації.

4. ОРГАНІЗАЦІЯ ЗМІСТУ УЧБОВОГО МАТЕРІАЛУ

Найбільш вдалі наукові визначення болю належать П. До. Анохину (воно представлено у Великій медичній енциклопедії) і С. Ф. Грицук :

- біль - цей своєрідний психологічний стан людини, що визначається сукупністю фізіологічних процесів в ЦНС, викликаних яким-небудь надсильним або руйнівним подразником (П. До. Анохин і співавт., 1976);
- біль включає складний комплекс фізіологічних і психологічних реакцій, чутливості і свідомості духу людини в конкретний момент, звичок, виховання, культури (С. Ф. Грицук, 1998).

Біль - неприємне сенсорне і емоційне переживання, обумовлене існуючим або потенційним ушкодженням тканин, або випробовуване під час такого ушкодження (Дональд А. Фелейс, 1999).

Дональд А. Фелейс (1999) виділяє біль гострий і хронічний; соматичну, нейропатическую і психогенну; поверхневу і глибоку (мышечного-скелетная, вісцелярна).

Больові дії викликають різні відчуття, що характеризують ознаки болю : сенсорна якість болю (гостра, тупа), її інтенсивність (високій інтенсивності - сильний біль, низькій інтенсивності - слабкий біль), її локалізація (локалізована, така, що іррадіює). Емоційні і рухові (моторні) прояви болю відразу помітні у пацієнта.

Біль, з урахуванням анатомічних критеріїв, класифікується як рецепторна (поверхнева, глибока); проточна (деаферентационная, коренева, сплетенева, каузальгическая, фантомна, невралгія); центральна, органічна (таламическая, кіркова) і функціональна (психогенна). У зарубіжній літературі біль ділиться на дві групи: ноцицептивна і нейропатична (С. Ф. Грицук, 1998).

У структурі болю виділяють п'ять основних компонентів:

- перцептуальний компонент, що дозволяє визначити місце ушкодження;
- емоційно-афективний компонент, що відбиває психоемоційну реакцію на ушкодження;
- вегетативний компонент, пов'язаний з рефлекторною зміною тону симпато-адреналовой системи;
- руховий компонент, спрямований на усунення дії ушкоджуючих стимулів;
- когнітивний компонент, що бере участь у формуванні суб'єктивного відношення до болю, що відчувається в даний момент, на основі накопиченого досвіду (В. Н. Бобырев і співавт., 2003).

У стоматології враховуються клініко-фізіологические основи анестезіології, тому виділяються два чинники болю : фізіологічний і психологічний.

Психогенна катехоламинемія лежить в основі психологічного чинника болю, який залежить від психологічних і соціальних чинників, що оточують пацієнта (емоційний стан особи, навколишня ситуація). Психогенний біль - феномен, утворений інтеграцією анатомічного, фізіологічного, психологічного компонентів, кожен з яких має власну структуру (Г. До. Кассиль, 1975; Ю. М. Лиманский, 1986;

R. Sternbach, 1978; A. Melzack, 1981).

Залежно від причини виникнення існує три види фізіологічного болю

(С. Ф. Грицук, 1998) : 1) біль, що локалізується в області шкіри і слизової оболонки і виникає у відповідь на зовнішній подразник; 2) біль, що локалізується від внутрішніх патологічних процесів; 3) біль, що локалізується і поширюється з пошкодженої нервової системи і її аферентного апарату (фантомний біль, невралгія, каузальгія). Існують симптоматичні болі (соматалгія, симпаталгія), які виникають при різних патологічних станах в органах і тканинах у зв'язку з роздратуванням чутливих волокон (соматичних і вегетативних). Згідно з гіпотезою Г. Лабора (1970), зубний біль, можливо, формується за участю серотоніна за схемою: надпорогове роздратування тканин зуба призводить до виникнення нервового імпульсу, вивільнення серотоніна, спазму судин мозку (короткочасне оборотне погіршення кровопостачання локальної ділянки мозку), церебральної гіпоксії і, нарешті, до болю, який виникає у пацієнта (Н. М. Кабилов, 1972).

Зубний біль - одна з більше труднопереносимих, що обумовлено змішаною іннервацією (соматичною і вегетативною) зубів. Характер зубного болю залежить від глибини запального процесу і стадії його розвитку, тривалості перебігу захворювання і його причини.

Дональд А. Фелейс (1999) диференціює зубний біль на одонтогенну (пульпитная, періапикальна, гетеротопическая) і неодонтогенну (біль, обумовлений патологією верхньощелепної пазухи і слизової оболонки; миофасциальная; нейропатическая; судинна; кардіальна; психогенна).

За даними С. А. Рабиновича і Е. В. Зорян (2000), особливості зубного болю визначаються характером патологічного процесу, а характер болю при поразці твердих тканин зуба залежить від глибини процесу. При поверхневому карієсі (коли дефект неглибокий) біль короткочасний (виникає під впливом температурних і хімічних подразників); при середньому карієсі (коли вражається дентин) біль триваліший (зникає після усунення дратівливого чинника); при глибокому карієсі (шар дентину, що покриває пульпу зуба, стає дуже тонким) можуть приєднуватися явища пульпіту.

А. ж. Петрикас (2009) в клініці зубного болю виділяє три види болі, які відповідають трьом тканинам, розташованим на трьох поверхнях зуба : дентинний біль, пульповая (пульпитная) і периодонтовая (периодонтитная). На думку автора, дентинний біль несильний, викликається прямим осматическим (солодке), термічною (холод) і механічною (тиском щільним предметом - зонд, їжа) дією на відкритий дентин.

Пульпитную біль (глибока, соматична, вісцелярна) складніше визначити, чим періапикальну або періодонтальну (глибока, соматична, м'язово-скелетна), яка може бути локалізована точніше (Дональд А. Фелейс, 1999).

Для періодонтиту характерний постійний біль, інтенсивність якого залежить від стадії запального процесу. Гострий періодонтит супроводжується сильним гострим болем, що часто локалізується в ураженому зубі. За даними С. А. Рабиновича і Е. В. Зорян (2000), біль виникає при тому, що накушує на зуб, іноді пальпуються збільшені і хворобливі поднижнечелюстные лімфатичні вузли.

При хронічному періодонтиті спостерігається постійний розпираючий біль в області ураженого зуба, деякі форми періодонтиту протікають безсимптомно. Проте хронічний періодонтит у стадії загострення по клінічній картині має подібність з гострого періодонтиту.

Періодонтальний біль розвивається на основі імпульсів, які поступають з періапикальної області, де локалізуються механорецептори. У іннервації періодонта беруть участь нервові волокна великого діаметру з механорецепторами, у яких низький поріг чутливості; механорецептори, іннервируемые тонкими миєлиновими (А) волокнами; вільні нервові закінчення. Тому періодонт сприймає больові і тактильні відчуття з точною просторовою локалізацією. Періостальний біль виражений при глибокій підокісній анестезії. Ці болі пояснюються особливістю іннервації окістя, яке має багато ноцицептивних нервів. Такого характеру болу можуть іноді призводити до виникнення загальних ускладнень місцевого знеболення (непритомність, колапс, гіпертонічний криз), особливо коли розчин анестетика помилково вводиться під окістя, наприклад, при гострому гнійному періоститі альвеолярного відростка на верхній або нижній щелепі.

Слизова оболонка порожнини рота також містить ноцицептори з тонкими миєлиновими волокнами, тому вкол голкою завжди хворобливий.

Місцева анестезія припускає знеболення тканин операційного поля без виключення свідомості пацієнта, коли дія здійснюється на периферичні механізми сприйняття і проведення больового роздратування, тобто на периферичні відділи нервової системи (Т. Г. Робустова і співавт., 2003).

Адекватна місцева анестезія і широке застосування премедикації знижує емоційний стрес у пацієнта і ефективно впливає на чотири компоненти больової реакції : сенсорний, емоційний, вегетативний і руховий (А. В. Вальдман, Ю. Д. Ігнатов, 1976). Психофізіологічний комфорт, створений лікарем для пацієнта, заснований на сучасних технологіях і вдосконаленні знеболення в стоматології.

Місцева анестезія в стоматології отримала широке поширення і вирішує одну з головних проблем медицини - боротьбу з болем.

Протистояння болу - це первинний моральний борг будь-якого лікаря, прагнучого полегшити страждання пацієнта (В. Д. Федоров, 2003).

У стоматології ефективність місцевого знеболення останніми роками зросла до 90-97%, знизилася кількість місцевих і загальних ускладнень завдяки їх профілактиці, а також застосуванню сучасних засобів і способів анестезії (S. F. Malamed, 1997).

Місцевим знеболенням називаються заходи, за допомогою яких досягається виключення больової чутливості на певній ділянці тіла (у місці оперативного втручання) при повному збереженні свідомості хворого.

Механізм місцевого знеболення. Відповідно до класичних представлень М.Е. Введенського місцеві анестетики впливають на функціональний стан чутливих нервових закінчень і провідників, змінюючи їх збудливість і провідність. При цьому в нервовій тканині розвивається зворотний процес парабиотичного гальмування, яке перешкоджає проходженню по ньому імпульсів.

На сьогодні існує два найбільш адекватних пояснення механізмів місцевої анестезії :

- фізико-хімічний механізм пояснює порушення проникності натрієвого каналу тим, що вільна основа анестетика проникає в ліпідний шар нервової мембрани. Після того, як достатня кількість вільної основи накопичується в ній, виникає бічна деформація натрієвого каналу;
- рецепторний механізм пояснює цей процес тим, що вільна основа проникає крізь мембрану всередину клітини, де настає її дисоціація з утворенням катіонної форми. Остання проникає в натрієвий канал, де вступає в контакт з рецепторами. При цьому натрієвий канал закривається, виникає порушення його проникності.

Сприйнятливості нейронів до дії місцевих анестетиків неоднакова. До цих препаратів найбільш чутливі немієлінізовані і тонкі мієлінізовані нервові волокна. Чим товще нервовий ствол, тим гірше він піддається знеболенню. В результаті анестетики викликають зворотну тимчасову втрату відчуття болю, холоду, тепла і, в останню чергу, тиски. Мієлінізовані волокна, які йдуть до скелетних м'язів, тактильних рецепторів і пропріорецепторів, стійкі до дії місцевих

анестетиків. Цим пояснюється відчуття тиску на тканині під час операції навіть при добре проведеному місцевому знеболенні.

Для поверхневої анестезії використовуються місцеві анестетики, які добре проникають в тканини і діють на чутливі нервові закінчення. Через неушкоджені шкірні покриви ці препарати не проникають, тому поверхнєве знеболення використовується для анестезії раневих поверхонь і слизових оболонок. З цією метою можна застосовувати дикаїн, пиромекаїн, анестезин, лідокаїн. Кокаїн зараз в стоматологічній практиці не використовують у зв'язку з високою токсичністю і можливістю розвитку медикаментозної залежності від нього.

У стоматологічній практиці для термінальної і провідникової анестезії використовують новокаїн, тримекаїн, лідокаїн, мепивакаїн, прилокаїн, бупивакаїн, етидокаїн, артикаїн в концентрації 1-4%, в невеликих об'ємах. Для проведення анестезії методом тугого повзучого інфільтрату потрібні великі об'єми розчинів місцевих анестетиків маленької (0,25-0,5%) концентрації.

Для проведення інтралигаментарної анестезії потрібні маленькі об'єми (0,2-0,3 мл) анестетиків, але при цьому застосовують найбільш активні препарати: лідокаїн, мепивакаїн, артикаїн.

За свідченнями перед місцевою анестезією пацієнтові проводиться алергічна проба на чутливість до місцевого анестетика.

Кожен з місцевих анестетиків, має свої особливості дії, яку лікар повинен враховувати при їх застосуванні.

Класифікація місцевих анестетиків :

Складні ефіри бензойної кислоти (кокаїн, бенкаїн).

Складні ефіри пара-амінобензойної кислоти (новокаїн).

Складні ефіри амінобензойної кислоти і бензойною кислот (дикаїн).

Амиди гетероциклічної і ароматичної кислот (совкаїн, новокаинамид).

Амиди ароматичних амінов-анилиди (лідокаїн, бупивакаїн, мепивакаїн).

Нині найширше використовуються дві групи місцевих анестетиків - ефіри (новокаїн, дикаїн) і амиди (лідокаїн, бупивакаїн, ропивакаїн).

Місцевоанестезуючі засоби по хімічній структурі розділяють на дві групи: складні ефіри і амиди.

I. Складні ефіри:

1. Новокаїн
2. Анестезин
3. Дикаїн

II. Амиди:

1. Лідокаїн
2. Тримекаїн
3. Мепивакаїн
4. Артикаїн
4. Прилокаїн
5. Бупивакаїн
6. Етидокаїн

Анестетики групи складних ефірів, порівняно з анестетиками групи амидів, швидше піддаються гідролізу в тканинах, оскільки ефірні зв'язки нестійкі. У крові гідроліз їх прискорюється псевдохолінестеразой. Анестетики цієї групи діють коротко.

Головними перевагами анестетиків групи амидів є те, що вони краще дифундують в тканині в місці ін'єкції, швидше діють, мають велику зону анестезії і тіснішу взаємодію з тканинами, які перешкоджає вступу місцевого анестетика в кров. Місцеві анестетики групи амидів повільніше інактивуються в організмі, не руйнуються холінестеразой крові, мають тривалішу дію.

Важливою характеристикою анестетиків є тривалість дії препарату, яка має бути достатньою для виконання різних стоматологічних втручань.

За тривалістю дії анестетики діляться на: короткої дії (хлоретил, фарматил, пиромекаїн, анестезин); нетривалої дії (новокаїн, тримекаїн); середній тривалості (прилокаїн, лідокаїн, мепивакаїн, артикаїн); долгодействующие (бупивакаїн, етидокаїн).

Стоматолог повинен завжди прагнути досягнення ефективного знеболення, використовуючи мінімальну кількість анестетика.

Перед проведенням місцевої анестезії необхідно зібрати наступні анамнестичні дані:

- застосовувалася раніше місцева анестезія;
- чи були ускладнення місцевої анестезії;
- **чи були алергічні реакції на місцеві анестетики.**

Вазоконстриктори.

Упродовж усієї історії місцевої анестезії дослідники намагалися знайти способи її подовження і поглиблення, без збільшення міри ризику. Найбільш популярними стали методи додавання вазоконстрикторів до місцевих анестетиків.

У такій густо васкуляризованій області, як порожнину рота судинорозширювальний ефект більшості місцевих анестетиків з одного боку прискорює їх всмоктування з місця ін'єкції, а з іншої - збільшує

небезпеку кровотечі. Тому майже одночасно з вивченням місцевих анестетиків розвивалося і вчення про способи посилення і пролонгації їх дії.

З судинозвужувальних препаратів в місцевоанестезуючих розчинах, застосовуються:

- 1) адреналін - гормон мозкового шару надниркових залоз;
- 2) норадреналін - медіатор симпатичного відділу вегетативної нервової системи;
- 3) левонордефрин - синтетичний адреномиметический препарат, який впливає на альфа-адренорецептори;
- 4) Вазопресин - гормон задньої частини гіпофіза;
- 5) фелипресин - синтетичний аналог Вазопресину.

Противоказання до застосування судинозвужувальних засобів в анестезуючих розчинах при наступних станах:

- у хворих з декомпенсованими формами серцево-судинної патології;
- з ендокринною патологією (тиреотоксикоз, цукровий діабет);
- у пацієнтів, які приймають інгібітори MAO, трициклическі антидепресанти, гормони щитовидної залози, засоби, які блокують бета-адренорецептори;
- у осіб з супутньою патологією (серцево-судинна, ендокринна та ін.) їх використовують після премедикації з дотриманням усіх профілактичних заходів проти внутрішньосудинного введення і в мінімальній концентрації (1:300000, 1:200000).

Побічні ефекти вазоконстрикторів посилюються в тих випадках, коли препарат швидко поступає в кровоносне русло. Внутрішньосудинна ін'єкція 15-20 мкг адреналіну стабільно і значно збільшує частоту серцевих скорочень (ЧСС) до 90-120 ударів в 1 хв. У зв'язку з цим при лікуванні хворих з відносними протипоказаннями до застосування вазоконстрикторів потрібне обов'язкове проведення аспіраційної проби. Оскільки аспіраційна проба, на жаль, не являється 100% надійним тестом, препарат слід вводити повільно.

Внутрішньокісткове і інтралигаментарне введення також може призводити до швидкого вступу вазоконстриктора в кров, що робить його застосування у хворих з серцево-судинними захворюваннями проблематичним.

Майже усі побічні ефекти дії вазоконстрикторів пов'язані з їх дозуванням. Єдиного стандарту, відносно дози судинозвужувальних препаратів для усіх пацієнтів і клінічних ситуацій, не існує.

Таким чином, вазоконстриктори можуть бути використані у складі розчинів для місцевої анестезії:

- при необхідності пролонгації і поглиблення анестезії (препарування твердих тканин, депульпірування зуба, втручання на запалених тканинах);
- у осіб з супутньою патологією (серцево-судинною, ендокринною та ін.) після премедикації з дотриманням усіх профілактичних заходів проти внутрішньосудинного введення;
- у мінімальних концентраціях (1:300.000, 1:200.000).

Застосування місцевоанестезуючих розчинів з додаванням вазоконстриктора ex tempore часто супроводжується помилками в дозуванні вазоконстриктора. При використанні офіційних розчинів анестетиків (у карпулах, ампулах), які виготовляються в заводських умовах без порушення технології, виникнення побічних ефектів і ускладнень зустрічається значно рідше.

Премедикація. Нерідко знеболення проводиться без урахування психоемоційного стану пацієнта і супутньої соматичної патології. За статистичними даними 84% пацієнтів відчувають непереборний страх, боязнь болю при проведенні стоматологічного втручання. Значну частину подібних випадків складають особи з супутніми загальними захворюваннями. Тому, очевидні переваги комбінованих способів знеболення.

Премедикація - це введення одного або декількох медикаментів в передопераційному періоді з метою полегшення анестезії або анальгезії і зменшення можливих ускладнень. Завдання премедикації, як компонента знеболення, - забезпечення седативного і потенцірованого ефекту, гальмування небажаних рефлекторних реакцій, пригнічення секреції слизової оболонки дихальних шляхів.

Найбільш поширеними і широко живаними в якості седативних засобів для премедикації в амбулаторній стоматології є транквілізатори бензодіазепієвого ряду : Діазепам (седуксен, сибазон, реланіум) - 0,005-0,01; оксазепам (газепам) - 0,01; феназепам - 0,0005-0,001; елениум - 0,01. В деяких випадках використовуються їх комбінації. Ці препарати малотоксичні, швидко всмоктуються і швидко виводяться з організму бруньками, не даючи тривалої післядії.

Чутлива іннервація зубів, щелеп, м'яких тканин ротової порожнини і особи здійснюється майже повністю трійчастим нервом. Він змішаний по функції. Перші чутливі нейрони знаходяться в трійчастому вузлі (ganglion trigemini s. Gasseri), розміщеному на передній поверхні кам'янистої частини скроневої кістки в дуплікатурі твердої мозкової оболонки. Їх аксони складають чутливий

корінець трійчастого нерва (*radix sensoria*), який входить в середній частині моста. Тут волокна чутливого корінця Т-образно розділяються, утворюючи висхідну і низхідну гілочки.

Від півмісяцевого вузла (*gangl. semilunare*), розташованого в *impressionses trigemini* в середній черепній ямці на піраміді скроневої кістки відходять три гілки трійчастого нерва :

- 1) орбітальний нерв (*n. ophthalmicus*) - чутливий;
- 2) верхньощелепний нерв (*n. maxillaris*) - чутливий;
- 3) нижньощелеповий нерв (*n. mandibularis*) - змішаний.

Друга гілка трійчастого нерва - верхньощелепний нерв (*n. maxillaris*) - виходить з порожнини черепа через круглий отвір (*foramen rotundum*). Далі йде через верхній відділ крилопіднебінної ямки (*fossa pterygopalatina*) де віддає від свого верхнього краю вилицюватий нерв (*n. zygomaticus*) і трохи наперед від свого нижнього краю крилопіднебінні нерви (*nn. pterygopalatini*). Далі він проходить криво вперед і назовні, спрямовуючись через нижню орбітальну щілину (*fissura orbitalis inferior*) в підочнямковий жолоб (*sulcus infraorbitalis*).

У області підочнямкового жолоба і каналу (*canalis infraorbitalis*) гілка називається вже підочнямковим нервом (*n. infraorbitalis*). Підочнямковий нерв, вийшовши з підочнямкового отвору в кльквовій ямці, розділяється на свої кінцеві гілочки, утворюючи малу гусячу лапку (*pes anserinus minor*). Ці гілочки розгалужуються в області відповідної половини верхньої губи (шкіри і слизової оболонки), нижнього століття, крил носа і шкірної частини перегородки носа.

Ще в крилопіднебінній ямці, перед самим входом підочнямкового нерва в орбіту, від нього у кількості двох-трьох, рідше чотирьох, гілочок відходять верхні задні альвеолярні гілки (*rami alveolares superiores posteriores*). Вони йдуть по горбу верхньощелепної кістки (*tuber maxillare*) вниз і вперед, проходять через наявні тут отвори в товщу верхньої щелепи і разом з іншими гілками беруть участь в утворенні заднього відділу верхнього зубного сплетення.

У задньому відділі підочнямкового жолоба від підочнямкового нерва відділяється від 1 до 3 верхніх середніх альвеолярних гілок (*rami alveolares superiores medius*). Звідси вони проходять в кістковому каналці в товщі зовнішньої стінки верхньої щелепи вниз і вперед і беруть участь в утворенні середнього відділу верхнього зубного сплетення.

У крилопіднебінній ямці від верхнього відділу верхньощелепного нерва, раніше альвеолярних гілочок, відходить вилицюватою нерв (*n. zygomaticus*), який через нижню очноямкову щілину потрапляє в очну ямку і проходячи крізь *foramen zygomatico - orbitale* розділяється далі на скуло-лицеву (*n. zygomatico - facialis*) і скуло-височну (*n. zygomatico - temporalis*) гілочки. Вилично-лицева гілочка виходить крізь однойменний отвір на передню поверхню вилицюватої кістки, віддає гілочки до зовнішнього кута ока, шкіри верхньої частини щоки. Скуло-скронева гілочка виходить з очної ямки через однойменний отвір, проходить крізь скроневий м'яз і її фасцію іннервує шкіру скроневої і задньої частини лобовою областей.

Від нижньої поверхні верхньощелепного нерва також в крилопіднебінній ямці відходять крилопіднебінні нерви (*nn. pterygopalatini*), які йдуть вниз до крилонебному вузлу (*ganglion pterygopalatinum*) і складають його чутливий корінець. Значна ж частина волокон лише проходить по зовнішній поверхні вузла, не перериваючись в нім.

Крилопіднебінний вузол має форму трикутника. У його складі, окрім чутливого, є ще руховий і симпатичний корінці.

Парасимпатичні волокна у складі верхнього великого кам'янистого нерва (*n. petrosus superficialis major*) відходять від колінного вузла (*ganglion geniculi*) лицьового нерва (*n. facialis*). Симпатичні волокна йдуть у складі глибокого кам'янистого нерва (*n. petrosus profundus*), який відходить від симпатичного сплетення внутрішньої сонної артерії. Проходячи по крилоподібному каналу, обидва ці нерви з'єднуються, утворюючи нерв крилоподібного каналу (*n. canalis pterygoidei*) і у такому вигляді входять у вузол.

Від крилопіднебінного вузла відходять орбітальні нерви (*nn. orbitales*), задні носові нерви (*nn. nasales posteriores*) і піднебінні нерви (*nn. palatini*). Здебільшого ці гілки є продовженням основнонебних нервів, які відходять від верхньощелепного нерва, лише посилені певною кількістю волокон від самого вузла.

Верхні задні носові гілки (*rami nasales superiores posteriores*) входять в порожнину носа через основнонебное отвір (*foramen sphenopalatinum*) і розділяються на зовнішні гілки (*rami laterales*), які розгалужуються в слизовій оболонці верхньою і середньою носових раковин, і внутрішні гілки (*rami mediales*), що іннервують слизову оболонку заднього відділу перегородки носа. Найбільша з цих гілок - носопіднебінний нерв (*n. nasopalatinus*) йде по носовій перегородці вниз і вперед до

різцевого каналу, в каналі анастомозує з таким же нервом протилежної сторони і виходячи на тверде небо, іннервує слизову оболонку в передньому його відділі.

ЦЕНТРАЛЬНЕ (СТВОЛОВЕ) ПРОВІДНИКОВЕ ЗНЕБОЛЕННЯ ДРУГОЇ ГІЛКИ ТРИЙЧАСТОГО НЕРВА (N. MAXILLARIS) В КРИЛОПОДІБНО-ПІДНЕБІННІЙ ЯМЦІ (КРИЛОПІДНЕБІННА АНЕСТЕЗІЯ).

Цільовий пункт: крилоподібно-піднебінна ямка.

Анатомічні передумови: крилоподібно-піднебінна ямка лежить в глибині між верхньою щелепою і крилоподібним відростком клиновидної кістки (os sphenoidale), кнутри від підскроневої ямки. З підскроневою ямкою вона з'єднується широкою вгорі і вузькою знизу криловидно-небною або серповидною вирізкою (fissura semilunare).

Передню стінку крилоподібно-піднебінної ямки утворює медіальний край поверхні тіла верхньої щелепи і очноямковий відросток піднебінної кістки. Внутрішньою стінкою крилопіднебінної ямки є зовнішня поверхня вертикальної пластинки піднебінної кістки. Згори вона прикрита нижньою поверхнею тіла і великим крилом основної кістки, яка відходить від нього.

Крилопіднебінна ямка має вигляд воронки, яка спирається широкою своєю частиною на зовнішню основу черепа, а вузькою - спрямовується донизу і переходить у великий піднебінний канал.

Крилопіднебінна ямка з'єднується спереду через нижню очноямкову щілину з порожниною очної ямки, а через підочноямкові борозну, канал і отвір - з передньою поверхнею лицьового черепа. У верхньому відділі задньої стінки відкривається круглий отвір, який сполучає крилопіднебінну ямку з порожниною черепа. Через великий піднебінний канал і великий піднебінний отвір крилопіднебінна ямка з'єднується з ротовою порожниною, а через серповидну щілину - з підскроневою ямкою.

У крилопіднебінній ямці верхньощелепний нерв ділиться на гілки, кожна з яких розподіляється в тій або іншій частині верхньої щелепи.

Для проведення анестезії біля круглого отвору використовують 6 шляхів:

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------|
| а) піднебінний (палатинальний); | б) горбковий (туберальний); |
| в) очноямковий (орбітальний); | г) підвлично-криловидний; |
| д) надвличний; | е) підвличною. |

При центральному знеболенні верхньощелепного нерва анестезуючий розчин доцільно доводити не до круглого отвору, а тільки в крилоподібно-піднебінну ямку тому, що крилоподібно-піднебінна ямка значно більше, чим круглий отвір і, природно, доступніша для ін'єкційної голки. Проникнення голки в крилоподібно-піднебінну ямку значно безпечніше, ніж проходження голки до круглого отвору.

Піднебінний (палатинальний) шлях крилопіднебінної анестезії по Карреа.

Анатомічні передумови. Через великий піднебінний канал і великий піднебінний отвір крилоподібно-піднебінна ямка з'єднується з ротовою порожниною. Великий піднебінний отвір знаходиться біля поперечного піднебінного шва (sutura transversa palatina) в місці з'єднання медіальної стінки альвеолярного відростка верхньої щелепи з твердим небом. Проекція великого піднебінного отвору на слизову оболонку твердого неба знаходиться на перетині двох ліній. Трансверзальна лінія проходить на рівні середини коронки третього моляра, а при його відсутності - назад від другого моляра, або на 0,5 см наперед від заднього краю твердого неба. За відсутності зубів орієнтуються на межу між твердим і м'яким небом. Відстань від неї до великого піднебінного отвору дорівнює 0,5 см Парасагітальна пряма проходить на 0,5-0,7 см медіальнее осі альвеолярного відростка верхньої щелепи. У проекції великого піднебінного отвору є невелика втягнута на слизовій оболонці м'якого неба.

Перед проведенням анестезії слизову оболонку в місці вкола голки обробляють розчином антисептика. При закиненні назад голові і широко відкритому роті хворого голку завдовжки 5 см вводять в ділянку на 1 см наперед і всередину (тобто, відступивши до середньої лінії) від проекції великого піднебінного отвору на слизову оболонку м'якого неба. Голка просувається в напрямі від низу до верху, попереду назад, зсередини назовні, потрапляє у великий піднебінний отвір і переміщається через нього за струменем анестетика у великий піднебінний канал на глибину 2,5-3 см, де випускається 1,5-2 мл знеболюючого розчину. Через 10-15 хвилин настає анестезія в усій області іннервації верхньощелепного нерва. За даними С. Н. Вайсблата великий піднебінний канал в 6% непрохідний.

Ускладнення: можливість внесення інфекції, поранення посудин і нервів, поломка голки.

Туберальний шлях (по Матасу-Брауну) крилопіднебінної анестезії.

Для проведення крилопіднебінної анестезії позаротовим методом туберальним шляхом справа, голову хворого повертають вліво, а при операції ліворуч - управо. Розчин анестетика слід довести до середини висоти серповидної щілини крилоподібно-піднебінної ямки. Щоб точніше встановити цю

точку, треба орієнтуватися на висоту вилицюватої кістки між її передньо-нижнім кутом і нижньо-зовнішнім краєм очної ямки.

Перш ніж просувати голку від верхньощелепного горба до місця цільового пункту при ін'єкції з правого боку вказівний палець лівої руки підводиться на латеральну половину нижнього краю очної ямки, а великий палець - до нижнього вилицюватого кута. При проведенні ін'єкції з лівого боку великий палець підводиться до латеральної половини нижнього краю очної ямки, а вказівний - до нижньо-вилицюватого кута і таким чином встановлюється висота вилицюватої кістки між цими пунктами. При цьому верхня межа вказує на рівень круглого отвору, а нижня межа - на нижній відділ крилоподібно-піднебінної ямки. Довжина голки має бути 6-8 см

Шкіру в місці вкола голки обробляють розчином антисептика.

Вкол голки здійснюють ззаду нижнього кута вилицюватої кістки. Голку просувають увесь час в тісному контакті із задньою поверхнею верхньої щелепи спереду-назад, знизу-вгору і снаружи-кнутри. На глибині 5-6 см голка проходить через серповидну щілину і потрапляє в крилоподібно-піднебінну ямку. Для успішного і безпечного проведення анестезії цим шляхом необхідно, щоб гострий кінець голки біля цільового пункту знаходився в проекції середини висоти вилицюватої кістки. Зріз голки має бути спрямований до кістки.

Ускладнення: можливість внесення інфекції, поранення посудин і нервів, поломка голки.

Очноямковий (орбітальний) шлях крилопіднебінної анестезії по Вайсблату С. Н.

Вказівним пальцем лівої руки намагаються нижній край очної ямки і фіксують місце вкола голки, яке знаходиться на 2-3 мм медіальнее середини нижньоочноямкового краю. Шкіру в місці вкола обробляють розчином антисептика. Проколюють шкіру над кістковою ділянкою передньої поверхні нижньоочноямкового краю і випускають невелику кількість анестезуючого розчину. Потім кінець голки піднімаючи вгору, огинає нижній край очної ямки і просувається углиб очні ямки. При цьому шприц піднімають вгору, відсовуючи вгору очне яблуко і судинно-нервовий пучок і примушують голку ковзати уздовж кістки по нижньої стінки очної ямки, випускаючи невеликими порціями місцевий анестетик. Голку просувають лише до крилоподібно-піднебінну ямку. Голку в орбіту занурюють на 3-3,5 см, і вводять 2-3 мл знеболюючого розчину.

Ускладнення: можливість внесення інфекції, поранення посудин і нервів, поломка голки, двоїння в очах.

Подскуло-крилоподібний шлях крилопіднебінної анестезії по Вайсблату С. Н.

Крилоподібно-піднебінна ямка розташована в одній сагітальній площині і попереду від зовнішньої пластинки крилоподібного відростка клиновидної кістки. На цій підставі для визначення місця вкола голки запропоновано користуватися трагоорбітальною лінією.

Трагоорбітальну лінію будують за допомогою великого і вказівного пальців лівої руки. Цими пальцями щільно охоплюють нижненааружний кут очної ямки і переднижний кут вилицюватої кістки і сполучають ці пункти прямовисною лінією. Стерильну лінійку кладуть уздовж лінії, яка сполучає основу козелка вуха з серединою побудованої прямовисної лінії. Визначають довжину і середину цієї відстані, яка завжди співпадає не лише з проекцією крилоподібного відростка крилоподібної кістки, але і з нижнім краєм вилицюватої дуги.

У місці вкола голки шкіру обробляють розчином антисептика. Голку завдовжки 6-8 см з міткою у вигляді стерильного шматочка гуми (марлі, вати, паперу, пробки) уколюють посередині трагоорбітальної лінії під нижнім краєм вилицюватої дуги. Гострий кінець голки доводять до зовнішньої пластинки крилоподібного відростка клиновидної кістки. Глибина цього пункту фіксується міткою. Потім голку наполовину висувають назовні і, повертаємо в її гострий кінець наперед на 15-200, знову занурюючи її углиб на відмічену відстань до контакту голки з міткою на шкірі.

Ускладнення: можливість внесення інфекції, поломка голки.

Надскулової шлях анестезії крилопіднебінної анестезії по Вайсблату С. Н.

Будують трагоорбітальну лінію, місце вкола обробляють розчином антисептика. Голку завдовжки 6-8 см з міткою уколюють посередині трагоорбітальної лінії над верхнім краєм вилицюватої дуги з нахилом на 15-200 донизу. Гострий кінець голки доводять до зовнішньої пластинки крилоподібного відростка. Глибина цього пункту фіксується міткою. Потім голку висувають на половину назовні і, повернувши її гострий кінець наперед на 15-200, знову просувають углиб на відмічену відстань на голці до контакту голки і мітки з шкірою, де вводять 2 мл розчину анестетика .

Ускладнення: можливість внесення інфекції, поломка голки.

Зона знеболення : уся верхня щелепа, зуби верхньої щелепи, і м'які тканини, прилеглі до неї, стінки верхньощелепної пазухи.

У передньому відділі підчонамкового каналу, до виходу нерва на передню поверхню верхньої щелепи, від підчонамкового нерва відходять верхні передні альвеолярні гілки (rami alveolares superiores anteriores). Вони йдуть вниз в товщі передньої стінки верхньої щелепи і беруть участь в утворенні переднього відділу верхнього зубного сплетення.

Задні, середні і передні гілочки, що проходять в товщі зовнішньої і передньої стінки верхньої щелепи, анастомозують між собою і утворюють верхнє альвеолярне, або зубне сплетення (plexus alveolaris s. dentalis superior), анастомозуюче з таким же сплетенням іншої сторони. Від верхнього зубного сплетення відходять гілочки до верхніх зубів (rami dentalis superiores), до ясен верхньої щелепи (rami gingivales superiores), до слизової оболонки і кісткових стінок верхньощелепної пазухи. Гілочки, які от-ходять від заднього відділу зубного сплетення, розгалужуються в області моля-ров, від середнього відділу - в області премолярів і від переднього - в області ікла і різців.

Піднебінні нерви (nn. palatini) йдуть вниз через крилопіднебінний канал (canalis pterygopalatinus) і піднебінні канали (canales palatini) і розпадаються на три гілки.

Передній піднебінний нерв (n. palatinus anteriores major) найбільший з них виходить на тверде небо через великий (переднє) піднебінний отвір (foramen palatinum majus), йде вперед, іннервує залози і слизову оболонку твердого і м'якого неба, а також піднебінну поверхню ясен. У передньому відділі твердого неба він анастомозує з гілками носопіднебінного нерва.

Середній піднебінний нерв (n. palatinus medius) виходить через малий піднебінний отвір (foramen palatinum minus) і іннервує слизову оболонку м'якого неба і ділянку мигдалин.

Задній піднебінний нерв (n. palatinus posterior) виходить через один з малих піднебінних отворів, йде назад і іннервує слизову оболонку заднього відділу м'якого неба. Задній піднебінний нерв містить рухові волокна, що іннервують м'яз, що піднімає м'яке небо (m. levator veli palatini) і непарний м'яз язичка (m. levator uvulae s. m. azygos), що йдуть від лицьового нерва до крилопіднебінного вузла у складі верхнього великого кам'янистого нерва.

ПЕРИФЕРИЧНА ПРОВІДНИКОВА АНЕСТЕЗІЯ НА ВЕРХНІЙ ЩЕЛЕПІ

Знеболення біля горба верхньої щелепи (туберальна анестезія)

Цільовий пункт: foramina alveolaria posteriora, що знаходяться на задньозовнішній поверхні горба верхньої щелепи на рівні середини або заднього краю третього верхнього моляра і на 18-25 мм вище від краю його лунки.

Анатомічні передумови. У середньому відділі бічної поверхні верхньої щелепи знаходиться скуло-альвеолярний гребінь (crista zygomatico - alveolaris), що починається в області першого великого корінного зуба і переходить у вилицювату відросток. Від цього місця починається перегин бічної стінки верхньої щелепи в задню. Ця поверхня тіла верхньої щелепи (її ще називають підскроневою) опукла, утворює горб верхньої щелепи, на якому і знаходяться задні луночкові отвори. Гребінь є розпізнавальним пунктом для визначення місця вкола при виконанні туберальної анестезії. Виходячи з того, що скуло-альвеолярний гребінь розташовується безпосередньо над першим верхнім моляром, його можна намацати або визначити на око.

Необхідно також зважати на існування двох варіантів будови неба, яке відіграє важливу роль при виборі місця вкола : укороченою і подовженою. Конфігурацію верхньої щелепи легко визначити при огляді ротової порожнини.

При укороченій формі неба треті верхні моляри відсутні. Від скуло-альвеолярного гребеня йде крутий підйом по верхньощелепному горбу до крилоподібно-піднебінної ямки. Відстань від гребеня до крилоподібно-піднебінної ямки складає 2 см Природно, що при такій довжині неба вкол можна провести безпосередньо за першим верхнім моляром (вкол над першим верхнім моляром виключається, тому що для просування голки далі, слід обійти гребінь).

При подовженій формі неба треті верхні моляри, і навіть ділянка альвеолярного відростка за цими зубами. Відстань від скуло-альвеолярного гребеня до крилоподібно-піднебінної ямки, більше ніж 2 см В цьому випадку вкол безпосередньо за першим верхнім моляром змусить вести голку на більшу відстань: над другим і третім верхніми молярами і ділянкою альвеолярного відростка за ними. Знеболення буде успішнішим, якщо вкол здійснити над другим або між другим і третім верхніми молярами.

Таким чином, відстань від місця вкола до місця входу задніх верхніх лункових нервів в кістку дорівнює приблизно 2 см, а з урахуванням товщини м'яких тканин, які проколюються, - 2,5 см

Внутрішньоротовий спосіб. Анестезію виконують при напіввідкритому роті хворого. Кут рота з відповідної сторони відтягують шпательом. Вкол голки проводять в слизову оболонку на 0,5 см нижче зведення передня порожнини рота позаду скуло-альвеолярного гребеня на рівні другого верхнього

моляра зрізом до кістки.

Голку просують одночасно спереду назад, від низу до верху і зовні всередину під кутом 450, огинаючи опуклу частину верхньої щелепи в області її горба. На усьому шляху просування голки, слід випускати трохи знеболуючого розчину для розсовування тканин і уникнення ушкодження посудин, які зустрічаються в цій області. При розташуванні гострого кінця голки на глибині 10-15 мм необхідно провести аспіраційну пробу, щоб запобігти утворенню гематоми. Для проведення проби поршень шприца дещо витягується (якщо посудина поранена, то в шприці з'явиться кров). При зануренні голки углиб на 18-25 мм вводять 2 мл знеболуючого розчину. Анестезія настає через 7-8 хвилин.

Цей спосіб описаний в усіх підручниках. Проте з появою одноразових шприців і голок значно збільшилася кількість ускладнень - забугорних гематом, обумовлених, в першу чергу, гостротою скосу і завтовшки голок типу "Рекорд". У зв'язку з цим ми рекомендуємо для виконання інтраоральної туберальної анестезії користуватися лише голками для карпульних шприців. Вкол голки слід робити на рівні третіх верхніх молярів в межу між нерухою і рухливою слизовою оболонкою оболонкою і просувати голку до горба щелепи не більше ніж на 8-10 мм (при цьому анестетик упорскує в тканини при легкому натисканні на шток поршня). Запропонована методика значно зменшує ризик ускладнення.

Позаротова туберальна анестезія. При виконанні цієї анестезії голову пацієнта слід повернути в протилежну сторону. При ін'єкції з правого боку вказівним пальцем лівої руки намагаються передню поверхню скуло-альвеолярного гребеня, а великим кут, який утворюється нижнім краєм вилицюватої кістки і скуло-альвеолярним гребенем і задню поверхню гребеня. При виконанні анестезії ліворуч великим пальцем намагаються передню поверхню скуло-альвеолярного гребеня, а вказівним кут, який утворюється нижнім краєм вилицюватої кістки і скуло-альвеолярним гребенем і задню поверхню гребеня. Фіксують м'які тканини. Вкол голки здійснюється під передненижнім кутом вилицюватої кістки. Голку просують до горба верхньої щелепи - догори, назад і всередину, під кутом 450 до сагітальної площини і 900 до франкфуртської горизонталі (лінія, яка сполучає козелок вуха з основою крила носа) на глибину 2-2,5 см

Зона знеболення : моляри верхньої щелепи, альвеолярний відросток і м'які тканини із зовнішнього боку альвеолярного відростка в області цих зубів, стінки верхньої щелепи в області горба. Необхідно пам'ятати, що іноді передня межа закінчується в області середини першого верхнього моляра, а в деяких випадках доходить до середини першого премоляра, що залежить від анастомозів з середньою верхньою альвеолярною гілкою.

Ускладнення: можливість внесення інфекції, поранення посудин і нервів, поломка голки.

Знеболення біля підчочномкового отвору (інфраорбитальна анестезія).

Цільовий пункт: підчочномковий отвір - foramen infraorbitale.

Анатомічні передумови. Нерви, провідність яких слід перервати, починаються від n. infraorbitalis в самому canalis infraorbitalis, а саме: n.n. alveolares superiores anteriores - в передній частині каналу, n.n. alveolares superiores medii - в задній частині каналу.

Вводячи знеболуючу речовину в підчочномковий отвір, переривають провідність верхніх передніх альвеолярних гілок, а також здебільшого верхній середній альвеолярний гілці. В той же час вимикаються волокна нерва, особи, що виходять з підчочномкового отвору і розгалужуються в м'яких тканинах.

Розташування підчочномкового отвору визначають, користуючись певними розпізнавальними пунктами. На відстані близько 0,5 см медіальнее середини нижнього краю орбіти можна намацати невелике підвищення або нерівність, яка утворюється на місці з'єднання верхньої щелепи з вилицюватою кісткою. На 0,4-1,3 см нижче від нього знаходиться підчочномковий отвір.

Для знаходження отвору можна керуватися його розташуванням у відношенні до зубів. Цей отвір розміщений на вертикальній лінії, проведеній через другий верхньою премоляр на 0,4-1,3 см нижче нижнього краю орбіти.

Іншим методом отвір знаходять на вертикальній лінії, проведеній через зіницю ока, що дивиться вперед на 0,4-1,3 см нижче нижньоочномкового краю.

Оскільки передні верхні альвеолярні гілки відходять від інфраорбитального нерва і проникають в товщу передньої стінки верхньої щелепи на відстані 7-8 мм від переднього отвору підчочномкового каналу, а середня гілка - зазвичай в середньому або задньому його відділі, то для переривання в них больових імпульсів необхідно вводити анестетик безпосередньо в підчочномковий канал. Для вірного виконання анестезії слід враховувати, що вісь переднього відрізка каналу спрямована вперед, кнутри

і вниз і перетинає вісь каналу протилежної сторони трохи вище за ясенний сосочок між центральними різцями.

Знеболюючу речовину вводять в підчочномковий канал внутрішньоротовим або внеротовим шляхами.

Внутрішньоротовий метод. За розпізнавальними пунктами визначають розташування гирла каналу. У цьому місці вказівним пальцем лівої руки притискають до кістки м'які тканини. Великим пальцем в той же час відтягують вгору і назовні верхню губу. Потім голку завдовжки 4-5 см уколюють на рівні *fornix vestibuli* (зведення передня ротової порожнини) між центральним і бічним різцями. Вкол слід проводити не дуже близько до альвеолярного відростка, а трохи чимдалі від нього - в м'які тканини губи (біля одного сантиметра від альвеолярного відростка). Голку просують, ковзаючи по кістці в напрямі спереду назад, від низу до верху і зсередини назовні, до підчочномкового отвору. Для безболісного виконання анестезії в тканині на усьому шляху просування голки вводять невелику кількість анестетика. Досягнувши голкою ділянки кістки під вказівним пальцем, гострим кінцем знаходять підчочномковий отвір, вводять голку в канал на глибину 7-10 мм і упорскують туди близько 0,5-0,75 мл розчину знеболюючої речовини. Введення голки в підчочномковий отвір і її просування в каналі зазвичай викликають появу больових відчуттів, які поширюються по ходу розгалужень підчочномкового нерва.

У тих випадках, коли патологічний процес, що розвивається в області верхніх передніх зубів, перешкоджає проведенню анестезії вказаним методом, голку можна колоти на рівні ікла, першого або навіть другого верхнього премоляру і звідти просувати її до гирла каналу. Знеболення відповідної ділянки і в цих випадках досягається завдяки дифузії анестезуючої речовини через отвір підчочномкового каналу і через кісткову стіну в області клькочової ямки. Проте результати знеболення не завжди задовільні.

Позаротовий метод. Технічно простіше являється введення знеболюючої речовини в підчочномковий отвір позаротовим методом. Він показаний при ряду патологічних процесів, наприклад запальних, які захоплюють широкі ділянки альвеолярного відростка верхньої щелепи в зоні передніх і бічних зубів. Для цієї мети можна застосовувати невелику тонку голку завдовжки близько 2-3 см

Визначивши положення підчочномкового отвору, відступивши від місця його проекції на шкіру на 0,5 см донизу і до середньої лінії, голку уколюють через шкіру у напрямі до гирла каналу, тобто знизу догори, спереду назад і зсередини назовні і, дійшовши до передньої стінки верхньої щелепи, вводять невелику кількість знеболюючого розчину. Після цього обережно намагаються кінцем голки отвір каналу, вводять у нього голку на глибину 7-10 мм і упорскують близько 0,5-0,75 мл знеболюючого розчину. В деяких випадках при правильному виборі місця шкірного вкола і вірному напрямі голки, вона проходить безпосередньо в канал.

Анестезія настає впродовж 2-5 хвилин.

Межі поширення знеболення. Різці, ікла і обидва премоляри, кісткова тканина альвеолярного відростка, вестибулярна поверхня слизової оболонки в області цих зубів, а також передня і передньо-бічна поверхня верхньої щелепи і відповідна поверхня слизової оболонки гайморової пазухи. Проте наявність анастомозів *nn. alveolares superiores anteriores* з протилежного боку, що переходять через середню лінію тіла щелепи, а також анастомозів від *nn. alveolares superiores posteriores*, у разі проведення оперативного втручання біля меж зони цієї анестезії вимагає додаткового уприскування сюди по перехідній складці 1-2 крапель знеболюючого розчину.

В деяких випадках зона знеболення значно звужується, доходить попереду до середини медіального різця, а позаду - лише до середини першого верхнього премоляру. Бувають випадки збільшення зони знеболення - від середньої лінії до проміжку між першим і другим верхніми моляром.

Ускладнення. Частішим ускладненням є утворення гематоми в результаті поранення посудин під час просування голки через м'які тканини до підчочномкового отвору або ж під час входу голкою в канал. Іноді відзначається ішемія обмеженої ділянки шкіри в інфраорбитальній області.

Іноді знеболюючий розчин потрапляє через стінку каналу в орбіту і викликає парез гілочок, що іннервують м'язи орбіти і призводить до нетривалої диплопії. Таке відбувається при глибокому просуванні голки в канал або ж при незначній довжині каналу, коли він виражений лише упродовж декількох міліметрів від зовнішнього отвору, а далі назад не має верхньої стінки. При дотриманні асептики попадання знеболюючого розчину в орбіту надалі не викликає ускладнень.

Знеболення переднього піднебінного нерва біля великого піднебінного отвору.

Цільовий пункт: великий піднебінний отвір - *foramen palatinum majus*.

Анатомічні передумови. По В. П. Воробйову, горизонтальні пластинки піднебінних кісток в задньому відділі латерального краю піднімаються догори, утворюючи тут з жолобом верхньої щелепи великий піднебінний отвір. Ззаду нього знаходяться одне або два малі піднебінні отвори.

Великий піднебінний отвір знаходиться біля поперечного піднебінного шва (*sutura transversa palatina*) в місці з'єднання медіальної стінки альвеолярного відростка верхньої щелепи з твердим небом. Проекція великого піднебінного отвору знаходиться на перетині двох прямих. Трансверзальна лінія проходить на рівні середини коронки третього моляра, а при його відсутності - назад і всередину від другого моляра, або на 0,5 см наперед від заднього краю твердого неба. Сагітальна пряма проходить на 0,5-0,7 см медіальнее осі альвеолярного відростка. За відсутності зубів орієнтуються на межу між твердим і м'яким небом. Відстань від неї до великого піднебінного отвору дорівнює 0,5 см В проекції отвору є невелика втягнута на слизовій оболонці.

Передній піднебінний нерв, вийшовши через цей отвір у складі судинно-нервового пучка, розміщується далі головною своєю масою в кутку, утвореному альвеолярним і піднебінним відростками верхньої щелепи, і оточений разом з судинами, супроводжуючих його, невеликою кількістю рихлої сполучної тканини.

Для знеболення цього нерва визначають розташування отвору і при широко розкритому роті хворого голку уколюють на відстані близько 1 см наперед і досередини від отвору. Голку направляють від низу до верху і спереду назад при невеликому нахилі від середньої лінії назовні, і просують до контакту з належною кісткою і упорскують близько 0,5 мл знеболюючого розчину. Знеболююча речовина, поширюється в наявній тут рихлій сполучній тканині. Час, необхідний для знеболення 3-5 хвилин. При видаленні зубів досить ввести розчин анестетика в клітковину, розташовану в кутку між альвеолярним і піднебінним відростками в проекції зуба, що видаляється.

Зона знеболення слизова оболонка твердого неба від середньої лінії до гребеня альвеолярного відростка і наперед до рівня середини ікла. При звуженні меж розгалуження переднього піднебінного нерва знеболення вперед не поширюється далі проміжку між першим і другим верхніми премолярами.

Ускладнення: тимчасовий парез м'якого неба, можливість внесення інфекції, поранення посудин і нервів, некроз м'яких тканин і кістки твердого неба і слизової оболонки носа.

Знеболення носопіднебінного нерва (різцева анестезія).

Анатомічні передумови. Носопіднебінний нерв (*n. nasopalatinus*) йде по носовій перегородці вниз і вперед до різцевого каналу. У каналі анастомозує з таким же нервом протилежної сторони і виходить через різцевий отвір на тверде небо.

Внутрішньоротовий метод.

Цільовий пункт: різцевий отвір (*foramen incisivum*). Різцевий отвір знаходиться на місці перетину серединного піднебінного шва з лінією, що сполучає дистальні краї іклів. Для знаходження отвору можна керуватися його розміщенням у відношенні до зубів або альвеолярного відростка. Різцевий отвір знаходиться на серединному піднебінному шві на 8 мм назад від ділянки альвеолярного відростка між медіальним верхніми різцями, або на 10 мм назад від місця контакту цих зубів.

Місце вкола голки : різцевий сосочок (*papilla incisiva*), що розташований ззаду проміжку між центральними різцями. При закиненій голові пацієнта і широко відкритому роті голку уколюють з боку під основу різцевого сосочка і направляють її прямовисно у відношенні до передньої стінки альвеолярного відростка верхньої щелепи і паралельно осі центральних різців. Голку поглиблюють до контакту з кістковою тканиною і далі в канал на 0,2-0,5 см Не слід просувати голку в каналі на більшу відстань, тому що на глибині 1 см вона може потрапити в ніс. Вводять 0,3-0,5 мл анестетика. Анестезія настає через 3-5 хв.

Зона знеболення : слизова оболонка альвеолярного відростка верхньої щелепи і твердого неба в області чотирьох верхніх різців. Найбільша зона - до проміжку між першим і другим премоляром; найменша зона - ділянка центральних різців.

Ускладнення: можливість внесення інфекції, поранення посудин і нервів.

Внутрішньоносовий метод.

Цільовий пункт: входи до різцевих каналів, покриті слизовою оболонкою носа.

Вкол голки, здійснюють під слизову оболонку біля основи перегородки носа з обох боків від неї в області воронкоподібного втягнення. Вводять близько 1 мл розчину анестетика. Анестезія настає через 8-10 хв.

Третя, гілка трійчастого нерва - нижньощелеповий нерв (*n. mandibularis*) є змішаним і містить чутливі і рухові волокна. Чутливі волокна йдуть від трійчастого вузла, а рухові - від рухового ядра. Нижньощелеповий нерв виходить з порожнини черепа через овальний отвір (*foramen ovale*), йде в

підскроневу ямку, де розділяється на передній менший, і переважно руховий, і задній, більший, майже виключно чутливіший корінці і далі на ряд гілок.

Три вузли вегетативної нервової системи знаходиться у безпосередньому зв'язку з гілками нижнечелюстного нерва : під'язиковий (ganglion sublinguale), з під'язиковим нервом; вушний (ganglion oticum) з медіальним крилоподібним нервом; піднижньощелеповий (ganglion submandibulare) з мовним нервом. Від вузлів йдуть гілочки до підщелепної слинової залози і її протоки, м'яза, що натягує м'яке небо; внутрішньому крилоподібному м'язу, смаковим сосочкам мови, барабанній струні, остистого і вушно-височного нервів.

Рухові волокна від третьої гілки йдуть до групи жувальних м'язів (n. massetericus, n. temporales profundi, n.n. pterygoideus lateralis et medialis), а також до щелепно-під'язикового м'яза (n. mylohyoideus) і м'яза, що натягує м'яке небо (n. musculus tensor veli palatini).

Чутливими гілками нижнечелюстного нерва є: вушно-височний нерв (n. auriculotemporalis), щічний нерв (n. buccinatorius), нижній альвеолярний нерв (n. alveolaris inferior), язичний нерв (n. lingualis).

Вушно-височний нерв (n. auriculotemporalis) містить чутливі і секреторні волокна, що іннервують привушну слинову залозу. Відійшовши від n. mandibularis під овальним отвором, вушно-височний нерв спочатку йде назад по внутрішній поверхні зовнішнього крилоподібного м'яза, потім спрямовується назовні, огинаючи ззаду шийку суглобового відростка нижньої щелепи, після чого піднімається майже вертикально вгору і розгалужується в шкірі скроневої області на кінцеві гілки. Окрім секреторних гілок до привушної залози і чутливих гілок до шкіри скроневої ділянки, він дає чутливі гілочки до зовнішнього слухового проходу, барабанній перетинці і до шкіри вушної раковини.

Щічний нерв (n. buccinatorius), відокремившись від переднього корінця нижче овального отвору, спрямовується вниз, вперед і назовні, проходить між двома голівками зовнішнього крилоподібного м'яза або ж між зовнішньою і внутрішньою крилоподібною м'язами, лягає на зовнішню поверхню щічного м'яза (m. buccinator). Розгалужується цей нерв в шкірі і слизовій оболонці щоки і дає гілці до нижніх ясен в області від середини коронки другого моляра до середини коронки другого премоляра.

Язичний нерв (n. lingualis), починається на одному рівні з нижнім альвеолярним нервом, проходить попереду і трохи зсередини від нього по внутрішній поверхні зовнішнього крилоподібного м'яза, а потім, вигинаючись вниз і вперед, розташовується між внутрішнім крилоподібним м'язом і гілкою нижньої щелепи. Попереду від переднього краю внутрішнього крилоподібного м'яза язичний нерв йде над підщелепною слиною залозою, під слизовою оболонкою під'язикової області, потім зовні і знизу огинає вартонов протоку і розгалужується на ряд гілочок, що іннервують передні дві третини мови, слизова оболонка під'язикової області і мовна поверхня слизової оболонки альвеолярного відростка нижньої щелепи, а також дає тонкі гілочки до зіву. У складі язичного нерва і барабанної струни (chorda tympani) підходять смакові волокна до під'язикової (gl. sublingualis) і підщелепної (gl. submandibularis) слиновим залозам.

Нижній альвеолярний нерв (n. alveolaris inferior), змішаний, найбільш товста гілка нижнечелюстного нерва проходить спочатку по внутрішній поверхні зовнішнього крилоподібного м'яза, а потім спрямовується вниз до нижнечелюстному отвору (foramen mandibulare), розташовуючись між внутрішнім крилоподібним м'язом і гілкою нижньої щелепи. Від нижнього альвеолярного нерва перед входом в нижнечелюстний отвір відходить щелепно-під'язиковий нерв (n. mylohyoideus) - до однойменного м'яза і переднього черевця двубрюшної м'яза. Упродовж нижнечелюстного каналу від нижнього альвеолярного нерва відходить ряд тонких гілок (задні, середня і передня), які утворюють нижнє зубне сплетення (plexus dentalis inferior), яке знаходиться трохи вище за основний ствол нижнього альвеолярного нерва. Вже від зубного сплетення відходить ряд тонких гілок - нижні зубні гілки (rami dentalis inferiores) і гілки нижніх ясен (rami gingivales inferiores), що іннервують ясна половини щелепи з вестибулярного боку.

Невелика ділянка м'яких тканин вестибулярної поверхні ясен отримує додаткову іннервацію від щічного нерва. На рівні премолярів від нижнього альвеолярного нерва через отвір підборіддя відходить нерв (n. mentalis) підборіддя, що іннервує шкіру підборіддя, шкіру і слизову оболонку нижньої губи.

Сильно витончена після цього ділянка нижнього альвеолярного нерва, який розміщується поблизу ікла і різців, має назву різцевої гілки нижнього альвеолярного нерва (ramus incisivus nervi alveolaris inferioris). Вона іннервує різці, ікло і, частково, передню поверхню альвеолярного відростка

в області цих зубів, а в області середньої лінії анастомозує з нервовими гілочками протилежної сторони нижньої щелепи.

ЗНЕБОЛЕННЯ ТРЕТЬОЇ ГІЛКИ ТРІЙЧАСТОГО НЕРВА У ОВАЛЬНОГО ОТВОРУ (ЦЕНТРАЛЬНА ПРОВІДНИКОВА АНЕСТЕЗІЯ)

Цільовий пункт: овальний отвір. Анестезію нижнечелюстного нерва біля овального отвору можна проводити чотирма шляхами:

- а) підвиличним;
- б) надскуловим;
- в) очним (орбітальним);
- г) нижнечелюстним.

Підвиличною шлях.

Найпростішим способом підведення знеболюючого розчину до овального отвору (foramen ovale) є підвиличний шлях.

Анатомічні передумови. Овальний отвір відкривається в підскроневу ямку і розташований в одній сагітальній лінії і позаду від зовнішньої пластинки крилоподібного відростка основної кістки. На цій підставі для визначення місця вкола голки запропоновано користуватися трагоорбітальною лінією.

Після епіляції шкіру в місці уколу обробляють розчином антисептика.

Голку завдовжки 6-8 см із стерильною міткою уколюють посередині козелково-орбітальної (трагоорбітальної) лінії під нижнім краєм вилицюватої дуги. Ост-рий кінець голки доводять до зовнішньої пластинки крилоподібного відростка основної кістки (по Брауну, на глибині 4-5 см, по С. Н. Вайсблату - 2,7-5,5 см). Глибина цього пункту фіксується міткою. Потім голку висувають назовні до підшкірної клітковини і, відхиливши гострий її кінець назад на 15-200 (на 1 см), знову занурюють углиб на відмічену відстань до контакту мітки з шкірою. Таким чином, гострий кінець голки досягає ділянки розміщення овального отвору, де повільно упорскують розчин анестетика. Під час знеболення, не слід домагатися попадання голкою в нервовий ствол, який викликає у хворого парестезії або больові відчуття в області розгалуження третьої гілки трійчастого нерва. Час очікування знеболення відповідної половини нижньої щелепи складає близько 15 хвилин.

Ускладнення. Роблячи вкол голки у напрямі овального отвору, необхідно відхилити її кінець не більше ніж на 1 см; у зворотному випадку можливе ушкодження середньої артерії мозкової оболонки (a. meningea media).

Щоб запобігти можливому попаданню голки в євстахієву трубу і пов'язане з цим інфікування голки, не слід вводити її в тканини глибше відміченої відстані.

Іноді при введенні голки цим шляхом можливе поранення внутрішньої щелепної артерії (a. maxillaris interna) і крилоподібного венозного сплетення (plexus venosus pterygoideus). Щоб запобігти пораненню цих посудин, голку слід проводити ближче до зведення підскроневої ями. Безпосередньо перед уприскуванням знеболюючої речовини за допомогою аспіраційної проби треба перевірити, чи не знаходиться кінчик голки в просвіті посудини.

Надскулової шлях.

Будують трагоорбітальну лінію. Після епіляції шкіру в місці вкола обробляють розчином антисептика. Роблять вкол голки завдовжки 6-8 см з міткою посередині трагоорбітальної лінії над верхнім краєм вилицюватої дуги з нахилом на 15-200 донизу. Гострий кінець голки доводять до зовнішньої пластинки крилоподібного відростка. Глибина цього пункту фіксується міткою. Потім голку висувають назовні до підшкірної клітковини і, повернувши її гострий кінець назад на 15-200, знову занурюють углиб на відмічену відстань до контакту мітки з шкірою.

Ускладнення: можливість внесення інфекції, поломка голки.

Орбітальний шлях.

Спочатку на голці відмічають довжину трагоорбітальної лінії, яка дорівнює відстані від нижнього краю очної ямки до овального отвору. Зблизька нижненаружного кута орбіти вказівним пальцем лівої руки намагаються і фіксують місце уколу. Проколюють шкіру і випускають невелику кількість анестезуючого розчину. Потім кінець голки переводять через нижній край і просувають в глиб очної ямки, на її нижню стінку. Під час просування голки по нижній стінці помалу випускають анестетик. На глибині 2-2,5 см голка втрачає контакт з кісткою, що свідчить про її проникнення в підскроневу ямку через латеральну частину нижньої орбітальної щілини. Продовжуючи випускати знеболюючий розчин, просувають голку в глибину, злегка донизу з невеликим нахилом всередину потрапляють на зовнішню пластинку крилоподібного відростка. Втрата контакту голки з кісткою крилоподібного відростка свідчить про досягнення голкою овального отвору.

Нижньощелеповий шлях.

Анатомічні передумови. Овальний отвір знаходиться в одній фронтальній площині з нижнечелюстним отвором. Тому, місце вкола для нижнечелюстного шляху анестезії біля овального отвору розташоване біля нижнього краю нижньої щелепи на 1,5 см наперед від заднього краю її гілки. На голці відмічають відстань від місця вкола до нижнього краю вилицюватої дуги, яке дорівнює відстані просування голки до овального отвору. Ця обставина пояснюється наступним: нижній край вилицюватої дуги знаходиться в одній горизонтальній площині з овальним отвором. Гілка нижньої щелепи розділяє відстань від овального отвору до вилицюватої дуги навпіл. Відстань між овальним отвором і нижнім краєм вилицюватої дуги є основою рівнобедреного трикутника, вершина якого знаходиться в місці вкола - на нижньому краю нижньої щелепи, а відстань від місця вкола до нижнього краю вилицюватої дуги і до овального отвору є його бічними сторонами.

Потім фіксують пальцем і проколюють шкіру і просувають голку по внутрішній поверхні гілки нижньої щелепи на 0,5-0,75 см Далі відводять шприц назовні під кутом 150 і просувають голку до відміченого на ній місця, випускаючи на шляхи невелику кількість анестетика. У цільовому пункті випускають 3-4 мл анестетика. Для профілактики гематоми проводять аспіраційну пробу.

4. ПЛАН І ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА УЧБОВОГО ЗАНЯТТЯ ПО ДИСЦИПЛІНІ.

№ з/п	Етапи заняття	Распределение часу	Види контролю	Засоби навчання
1.	Підготовчий етап	15мін	Усне опитування по переліку питань. Письмове тестування.	Комп'ютер (ноутбук). Мультимедійні методичні розробки. Анатомічні муляжі. Відео- і фотоматеріали. Електронні довідники. Рентгенограми, ортопантомограми, томограми. Набір інструментарію. Результати лабораторних, цитологічних і гістологічних досліджень.
1.1	Організаційні питання			
1.2	Формування мотивації			
1.3	Контроль початкового рівня підготовки (стандартизовані засоби контролю)			
2.	Основний етап (вказати усі види робіт, які виконують студенти під час цього етапу).	60хв.	Практичний тренінг. Рішення клінічних завдань. Створення алгоритмів лікарських дій, професійний тренінг.	
3.	Завершальний етап	15мін	Тестування. Практичні завдання. Ситуаційні і нетипові завдання. Усне опитування.	
3.1	Контроль кінцевого рівня підготовки			
3.2	Загальна оцінка учбової діяльності студента			
3.3	Інформування студентів про тему наступного заняття			

4.5. Види самостійної роботи студентів.

1. Вивчити такі питання ($\alpha=1$) :

1. Дайте визначення місцевого знеболення. Назвіть класифікації місцевого знеболення в стоматології.
2. Які існують свідчення, протипоказання до місцевого знеболення.
3. Назвіть засоби для місцевого знеболення, їх властивості.
4. Який механізм дії місцевих анестетиків?
5. Назвіть судинозвужувальні речовини, їх властивості, дози, показання до застосування.

6. Які речовини використовуються для потенційованого місцевого знеболення в стоматології?

Назвіть показання до їх застосування.

7. Які місцеві анестетики належать до групи складних ефірів?

8. Які місцеві анестетики належать до групи амидов?

9. Які місцеві і загальні ускладнення виникають в час і після місцевого знеболення?

10. Назвіть топографо-анатомические особливості будова крилоподібно-піднебінної ямки, верхньощелепного нерва і його гілок, особливості їх іннервації в щелепно-лицьовій області.

11. Назвіть класифікацію місцевого знеболення в стоматології по С. Н. Вайсблату (1962) і Ю. І. Бернадському (1998).

12. Перерахуйте шляхи центральної (стволовий) провідникової анестезії в крилоподібно-піднебінній ямці (крилопіднебінній анестезії).

13. Які показання і протипоказання до виконання крилопіднебінної анестезії в стоматології?

14. Опишіть техніку виконання крилопіднебінної анестезії залежно від шляху.

15. Які спостерігаються місцеві і загальні ускладнення при крилопіднебінній анестезії?

16. Яке лікування і профілактика ускладнень крилопіднебінної анестезії?

2. Тестові завдання з однією правильною відповіддю ($\alpha=II$) :

2.1. Хвора 24 років звернулася до врачу-стоматолога після цистектомії на верхній щелепі. Під час проведення піднебінного шляху крилопіднебінної анестезії виникла постін'єкційна гематома. Що було пошкоджене при цій анестезії?

A. Верхньощелепна артерія.

B. Вилична артерія.

C. Підчочномкова артерія.

D. Крилоподібне венозне сплетення.

E. Піднебінна артерія.

(Правильна відповідь: D)

2.2. При виконанні туберального шляху крилопіднебінної анестезії можна отримати гематому, пошкодивши кровоносні судини:

A. Лицьової артерії.

B. Верхньощелепної артерії.

C. Скреневої артерії.

D. Крилоподібного венозного сплетення.

E. Піднебінної артерії.

(Правильна відповідь: D)

2.3. Хвора 37 років скаржиться на загальну слабкість, біль в нижній щелепі і при ковтанні. Тиждень тому почав хворіти 47. Відкриття рота неможливе. Яку анестезію необхідно виконати для огляду ротової порожнини і видалення 47?

A. Мандибулярну

B. Туберальну

C. По Берше-Дубову

D. Тору сальну

E. Інфільтраційну

(Правильна відповідь: C)

3. Тестові завдання з множинним вибором:

3.1. Стадії наркозу :

A. аналгезії;

B. збудження;

C. хірургічного сну;

D. керована гіпотонія;

E. усі відповіді правильні.

(Правильна відповідь: A, B, C)

3.2. До планових оперативних втручань відносяться:

A. реплантація, трансплантація, імплантація зубів, резекція верхівки кореня;

B. видалення невеликих доброякісних новоутворень м'яких і кістковою тканин щелепно-лицьового області;

C. узяття тканини для біопсії;

D. операції з приводу кіст щелеп;

E. операції із приводу слюнокаменної хвороби.

(Правильна відповідь: А, В, З, D, E)

3.3. Ускладненнями наркозу є:

- А. спазм гортані;
- В. западение мови і надгортанника;
- С. аспірація блювотних мас;
- D. апное;
- Е. порушення серцево-судинної діяльності.

(Правильна відповідь: А, В, З, D, E)

4. Завдання для самоконтролю:

4.1. У хірургічний кабінет стоматологічної поліклініки звернувся хворий з приводу двостороннього переднього вивиху нижньої щелепи. Для вправлення нижньої щелепи треба досягти розслаблення жувальних м'язів, які піднімають нижню щелепу. Питання.

1. Назвіть жувальні м'язи.

2. Як здійснюється іннервація жувальних м'язів?

(Відповідь: Жувальні м'язи (що піднімають нижню щелепу) : власне-жувальні м'язи, крилоподібні м'язи (медіальні і латеральні), скроневі м'язи.

2. Жувальні м'язи, що піднімають нижню щелепу і забезпечують її рухливість в горизонтальній площині, іннервуються однойменними нервами. Вони входять до складу малої порції III -ей гілки трійчастого нерва з переважно руховою іннервацією.),

4.2. У санпропускник машиною швидкої допомоги доставлений хворий з приводу відкритого перелому нижньої щелепи в області правого кута між 8 і 7 зубами зі зміщенням відламків. Показана репозиція і фіксація фрагментів нижньої щелепи способом проведення хірургічної операції - остеосинтезу нижньої щелепи. Операція буде проведена під місцевим знеболенням.

Питання.

1. За допомогою якої анестезії можна досягти безболісного виконання операції?

2. Якій концентрації розчину новокаїну, лідокаїну Ви застосуєте?

(Відповідь: 1. Для безболісного виконання операції остеосинтезу нижньої щелепи в області правого кута (з приводу відкритого перелому зі зміщенням відламків) доцільно блокувати III гілка трійчастого нерва у овального отвору або виконати анестезію по Берше-Дубову. В ході операції провести інфільтраційну анестезію м'яких тканин.

2. Для провідникової анестезії використовується 2% розчин новокаїну (лідокаїну). Для інфільтраційної анестезії м'яких тканин впродовж операції використовують 0,5-1% розчин вказаних анестетиків.).

4.3. У хірургічний кабінет стоматологічної поліклініки звернувся хворий з метою санації порожнини рота. При огляді порожнини рота виявлено: 36 зуб повністю зруйнований. Корені нижчі рівня ясен, ознак гострого запалення немає. Був встановлений діагноз: хронічний періодонтит 36 зуба. Показано видалення коренів 36 зуба.

Питання:

1. Як здійснюється іннервація 36 зуба?

2. Як здійснюється іннервація слизової оболонки альвеолярного паростка в області 36 зуба, який віддається?

(Відповідь: 1. 36 зуб іннервується гілочками нижнього альвеолярного нерва.

2. Слизова оболонка альвеолярного паростка в області 36 зуба іннервується з вестибулярного боку - щічним нервом, з язичного боку - язичним нервом.).

4.6. Перелік індивідуальних завдань (не передбачено робочою учбовою програмою по дисципліні).

4.8. Перелік теоретичних питань до підсумкового модульного контролю.

1. Дайте визначення місцевого знеболення. Назвіть класифікації місцевого знеболення в стоматології.

2. Які існують свідчення, протипоказання до місцевого знеболення.

3. Назвіть засоби для місцевого знеболення, їх властивості.

4. Який механізм дії місцевих анестетиків?

5. Назвіть судинозвужувальні речовини, їх властивості, дози, показання до застосування.

6. Які речовини використовуються для потенційованого місцевого знеболення в стоматології?

Назвіть показання до їх застосування.

7. Які місцеві анестетики належать до групи складних ефірів?

8. Які місцеві анестетики належать до групи амидов?
9. Які місцеві і загальні ускладнення виникають в час і після місцевого знеболення?
10. Назвіть топографо-анатомические особливості будова крилоподібно-піднебінної ямки, верхньощелепного нерва і його гілок, особливості їх іннервації в щелепно-лицьовій області.

4.9. Перелік практичних завдань і робіт до підсумкового модульного контролю (з типової учбової програми).

1. Прийом і курація хворих в хірургічному відділенні стоматологічної поліклініки і щелепно-лицьовому стаціонарі під керівництвом викладача.
2. Зібрати анамнез, провести клінічне обстеження, поставити попередній діагноз у хворого.
3. Вибрати інструментальне і медикаментозне оснащення місцевого знеболення.
4. Вибрати місцеву анестезію для проведення оперативного втручання на верхній або нижній щелепі.
5. Виконати за свідченнями місцеву анестезію на верхній або нижній щелепі у хворого під керівництвом викладача.
6. Оформити медичну документацію хірурга-стоматолога (історію хвороби хворого) під керівництвом викладача.
7. Вибрати місцевий анестетик і місцеву анестезію для виконання крилопіднебінної анестезії і проведення оперативного втручання на верхній щелепі у хворого за свідченнями.
8. Виконати крилопіднебінну анестезію у хворого під керівництвом викладача.

6. ЛІТЕРАТУРА.

Основна:

1. Верлоцкий А.Е.. Хірургічна стоматологія. - М., 1960, - с.55-70.
2. Вайсблат С. Н. Місцеве знеболення при операціях на обличчі, щелепах і зубах. - До. - 1962. - С. 92-94.
3. Євдокимов А.И. Хірургічна стоматологія. - М., 1964. - с.41-51.
4. Заусаев В. І. Хірургічна стоматологія. - До., 1981. - с.82-94.
5. Тимофеев А.А. Керівництво по щелепно-лицьовій хірургії і хірургічній стоматології. - До., 1997, Т. 1. - с.86-90.
6. Бернадский Ю.И. Основи щелепно-лицьової хірургії і хірургічною стоматології.- М.: Медична література. - 2000.- 404 с.
7. Митченко В. І., Панькевич А.І. Пропедевтика хірургічної стоматології.
8. –Вінниця: «Нова книга», 2004. - 204 с.
9. Дубровина Е. В. "Місцева анестезія в стоматології" Атлас для іноземних студентів стоматологічних факультетів вищих медичних учеб-ных закладів III - IV рівня акредитації. - Полтава: ФОП Говоров С. В., 2010. - 488 с.: мул. 526.

Додаткова.

1. Дубів М.Д. Місцеве знеболення в стоматологічній практиці. - Л., 1969. - с. 27-29.
2. Старобинский И.М. Хірургічна стоматологія поліклінічного лікаря. - М., 1977. - С. 5-17.
3. Михайлов С. С. Анатомія людини. - М., 1986. - 201 с.
4. Керівництво по хірургічній стоматології / Під ред. проф. А.И. Євдокимова, - М., 1972.- с.47-48.
5. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія; У 2т. - Т. 1/ В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін. - До.: ЛОГОС, 2011. - 672 с.

№ 3. Клініка, діагностика, рентген-діагностика, класифікація періодонтитів. Хірургічні методи лікування. Типові та атипові оперативні втручання при видаленні зубів. Ускладнення під час та після оперативного втручання. Оперативні втручання при періодонтитах: резекція верхівки кореня, гемісекція, ампутація, реплантація, коронаро-радикулярна сепарація.

1. Конкретні цілі:

- 1.1. Аналізувати частоту виникнення запальних процесів щелепно-лицьової області.
- 1.2. Пояснювати етіологію запальних процесів щелепно-лицьової області.
- 1.3. Пояснювати патогенез запальних процесів щелепно-лицьової області.
- 1.4.Класифікувати запальні процеси щелепно-лицьової області.
- 1.5.Знати особливості будови і функції періодонта.
- 1.6.Пояснювати етіологію і патогенез періодонтитів.
- 1.7.Класифікувати періодонтити.
- 1.8.Знати клінічну картину гострих періодонтитів.
- 1.9.Запропонувати схему лікування гострого періодонтиту.

1.10. Мати уявлення про розвиток наукових поглядів на етіологію і особливості патогенезу періодонтитів.

1.11.Знати клінічні прояви, методи діагностики, диференціальної діагностики і лікування хронічних періодонтитів.

1.12.Уміти обстежувати хворого, поставити діагноз хронічний періодонтит, провести диференціальну діагностику, розробити адекватну схему лікування, надати невідкладну допомогу.

1.13.Мати уявлення про процеси лабораторного, експериментального, клінічного і теоретичного дослідження проблеми питань профілактики ускладнень періодонтитів.

2. БАЗОВИЙ РІВЕНЬ ПІДГОТОВКИ.

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Анатомія людини	Будова і функції періодонта.
2. Мікробіологія	Етіологія запальних процесів щелепно-лицьової області.
3. Патоморфологія	Патоморфологія запальних процесів щелепно-лицьової області.
4. Патфізіологія	Патогенез запальних процесів щелепно-лицьової області.

3. Організація змісту навчального матеріалу (описується навчальний матеріал, наводяться структурно-логічні схеми, таблиці, малюнки, які відображають зміст основних питань теми заняття).

Періодонт - це сполучнотканинне утворення, яке заповнює простір між коренем і внутрішньою стінкою лунки і сполучає зуби з кістками щелеп. Ширина цього простору - періодонтальній щілині - від 0,15 до 0,4 мм зі значним звуженням в середній третині кореня. Періодонтальна щілина заповнена щільною і рихлою сполучною тканиною, що забезпечує утримання зуба в лунці.

Основна структура періодонту – пучки щільної фіброзної тканини, які складаються з тісно переплетених між собою колагенових волокон. Навколо краю зубної лунки волокна натягнуті майже горизонтально, утворюють циркулярну зв'язку зуба, яка забезпечує прикріплення коронкового краю сполучної тканини до зуба, підвищує опірність вільного краю ясен і захищає періодонт від зовнішніх подразників. Основні волокна періодонту починаються від цементу кореня зуба, перетинають періодонтальну щілину у різних напрямках і укорінюються в альвеолярній кістці у вигляді волокон Шарпея. Розрізняють такі групи пучків волокон : луночкового гребеня, горизонтальні, косі, верхівкові, міжкореневі.

Окрім основних колагенових волокон в періодонті є незначна кількість безладно орієнтованих тонких, незрілих колагенових волокон - ретикулярних.

У стінках кровоносних судин періодонта міститься незначна кількість еластичних волокон. Між стінками кровоносних судин і основними колагеновими волокнами в косому напрямі проходять волокна окситалану, які також є незрілими колагеновими волокнами.

Між волокнами розташована основна речовина рихлої сполучної тканини, клітини, кровоносні, лімфатичні судини і нерви періодонта.

Клітини, які знаходяться в періодонті : найпоширеніші - фібробласти, а також - цементобласти, цементокласты, базофіли, гістіоцити, плазмочити, епітеліальні клітини - острівці Маляссе. Важливий клітинний компонент періодонта - мало диференційовані мезенхімальні клітини, які розташовані навколо кровоносних судин і при необхідності диференціюються у фібробласти, остеобласти і цементобласти.

Функції періодонта :

1. Фіксація зубів в кістках щелеп.
2. Бар'єрна (захисна) функція.
3. Амортизуюча функція.
4. Трофічна функція.
5. Пластична функція.
6. Сенсорна функція.

Періодонтит - це захворювання запального характеру, при якому в запальний процес залучається не лише власне періодонт, але і навколишні тканини, в яких відзначаються перифокальні запальні явища при гострому періодонтиті, або осередки проліферативного запалення при хронічному.

Основним етіологічним чинником виникнення як гострих, так і хронічних періодонтитів є інфекційний агент. Також виділяють травматичні періодонтити (гострі і хронічні), хіміко-токсичні, алергічні і ідіопатичні (з неясною етіологією).

Провідна роль мікрофлори у виникненні періодонтитів була підтверджена ще в 1960-х роках. Інфекційне запалення в періодонті найчастіше викликають асоціації аеробних і анаеробних мікроорганізмів, при чому після виникнення гострого запалення в пульпі, в ній переважають аеробні штами, з його розвитком росте кількість анаеробів до 50%, а вже через 7 діб у верхівковій частині кореня і періодонті їх міститься до 90%. Найпоширенішими мікроорганізмами є золотистий, білий стафілокок, стрептокок, фузобактерии, гриби. Потрапляючи в кореневий канал, ці мікроорганізми досить часто утворюють в нім стійкі комплекси штамів, найбільш пристосованих один до одного.

Шляхи проникнення інфекції в періодонт можуть бути різноманітними. Найчастіше вхідними воротами інфекції є кореневий канал, через який при пульпіті або гангрені пульпи мікроорганізми і їх токсини проникають в періодонт і викликають запальну реакцію періодонту. Боровський Е.В. (1979) довів можливість проникнення через емаль ряду неорганічних і органічних речовин, зокрема і токсинів мікроорганізмів, що пояснює виникнення пульпіту і періодонтиту в інтактних зубах. Цього вистачає для виникнення запалення в пульпі і її загибелі. Самі мікроорганізми можуть проникати в пульпу через дрібні тріщини емалі і дентину, при утворенні яких оголюється значна кількість дентинних трубочок.

Також відомий маргінальний шлях проникнення інфекції, яка реалізується у пацієнтів із захворюванням пародонту при руйнуванні кругової зв'язки зуба. Мікрофлора через патологічну зубоясенну кишеню проникає в періодонт, викликаючи його запалення.

Контактний шлях спостерігається при поширенні інфекції на поруч розташовані зуби при остеомієліті або гаймориті.

Гематогенний або лімфогенний шлях можливий у хворих з інфекційними захворюваннями за наявності в їх організмі бактеріємії.

Травматичний періодонтит виникає в результаті травми, яка може бути як гострою (удар, накушує твердої їжі), так і хронічною (за наявності пломб або коронок, які завищують прикус).

Хіміко-токсичний періодонтит розвивається в результаті дії на періодонт токсичних з'єднань, які застосовуються для лікування пульпіту і періодонтиту (миш'яковистої пасти, формаліну і так далі).

До розвитку алергічного періодонтиту схильні пацієнти з підвищеною чутливістю до лікарських засобів, які застосовуються для лікування корневих каналів.

Проте етіологічні чинники у багатьох випадках можуть діяти сукупно, що зумовлює потребу уважного аналізу суб'єктивних і об'єктивних чинників для подальшого планування лікування.

Незалежно від етіологічного чинника запальна реакція в періодонті розпочинається з альтерації клітин або тканин періодонту. У разі переважання ушкоджуючої дії мікробних агентів над резистентністю тканин періодонту розвивається гостре запалення. При відносній рівновазі між впливом мікроорганізмів і станом захисних сил організму процес набуває хронічного характеру. Особливість розвитку періодонтиту полягає в тому, що мікроорганізми, знаходячись в кореновому каналі, практично недоступні для впливу на них захисних чинників організму. Цим пояснюється розвиток періодонтиту при недостатньо запломбованих корневих каналах, коли навіть слабо вірулентна мікрофлора здатна спричинити запальну реакцію періодонта. З іншого боку, така мікрофлора може бути ізольована організмом з утворенням гранулеми.

З точки зору патогенезу, періодонтит можна розглядати як типову імунну реакцію, тому що в періапикальних тканинах є усі компоненти для розвитку алергічних реакцій. Основні зміни у разі захворювання періодонту зумовлюють різні форми запалення з проявами альтерації, ексудації і проліферації. Незалежно від етіологічного чинника запалення розпочинається з альтерації клітин або тканин періодонту. У разі переважання ушкоджуючої дії мікробних чинників над резистентністю тканин періодонту розвивається гостре запалення.

Мікроорганізми впливають на тканини періодонта своїми токсинами і ферментами. *Actinobacillus actinomycetemcomitans* виділяють лейкотоксини, що призводять до загибелі нейтрофільних гранулоцитів, моноцитів, макрофагів і лімфоцитів-супресорів. З ферментів виділяють колагеназу, кислу і лужну фосфатази, чинник резорбції кісткової тканини. Штами *Porphyromonas* і *Prevotella* характеризуються цитотоксичними властивостями: виділяють протеази, кислу і лужну фосфатази і інші ферменти, які зумовлюють резорбцію кісткової тканини. *Campylobacter* і *Fusobacterium* роблять трипсиноподобні ферменти, кислу і лужну фосфатази, які призводять до резорбції кісткової тканини. Усі ці мікроорганізми виділяють ендотоксини, що чинять токсичну дію, що, проте, не має прямого цитотоксичного ефекту. Загибель клітин кісткової тканини у разі дії бактерійних ферментів і токсинів призводить до утворення продуктів тканинного розпаду, викликаючи міграцію фагоцитів.

Важливе місце в патогенезі періодонтиту займають бактерійні антигени. Вони не завжди виконують пряму цитотоксичну дію, і переважно призводять до запуску імунних процесів за участю лімфоцитів і макрофагів. Компоненти клітинної мембрани бактерійних клітин чинять виражену дію і стимулюють реакції специфічного і неспецифічного імунітету.

Характер течії запального процесу в періодонті залежить від інтенсивності і тривалості дії етіологічного чинника, особливостей області ураження, а також від стану захисних сил організму. Хронічні запальні процеси відрізняються переважанням проліферативно-регенеративних процесів, тривалим ходом і менш вираженою клінічною симптоматикою.

Гострий серозний періодонтит.

Хворий відчуває важкість і напругу в зубі, який стає ніби вище за інших. Поступово виникає досить сильний мимовільний біль. Біль постійний, локалізований, він не іррадіює, посилюється вночі, інтенсивність її поступово наростає. Біль посилюється під час їжі. У початковій стадії помірно, повільно, тривале натиснення послабляє біль.

Об'єктивно: ясна в ділянці верхівки кореня нерідко гіперемовані, набряклі. Вертикальна перкусія болісна. Регіонарні лімфовузли збільшені, болісні під час пальпації. Електрозбудливість понад 100 мкА. Рентгенографічних змін немає.

Гострий гнійний періодонтит зазвичай розвивається після серозного, але може починатися і спонтанно у разі масивного проникнення вірулентної інфекції в періодонт і зниженні реактивності організму хворого.

Хворі скаржаться на мимовільний, гострий, безперервний біль пульсуючого характеру. На початку процесу біль буває локалізованим, проте згодом стає дифузним, таким, що іррадіює у вухо, скроню. Пацієнт вказує на зуб, який здається йому вище за інших, зуб болісний під час натиснення, контакту із зубами-антагоністами, торканні язиком.

Об'єктивно: горизонтальна і вертикальна перкусія різко болісні. Зуб має патологічну рухливість. Слизова оболонка в області верхівки гіперемована, набрякла, при пальпації болісна. ЕОД 120-150 мкА. Рентгенографічно через 24-48 годин після розвитку захворювання з'являється затемнення структури губчастої частини кістки в результаті інфільтрації кісткового мозку.

Лікування гострого періодонтиту полягає в створенні відтоку ексудату з періапикальних тканин.

Періодонтити бувають і інфекційні, і неінфекційні (травматичні, медикаментозні). Проникнення інфекції в періодонт може статися через край ясен, канали зубів, контактним, гематогенним або лімфогенним шляхами. Залежно від клінічного перебігу, ступеню поширення і характеру патологоанатомічних змін розрізняють:

1. Гострий періодонтит:
 - а) серозний (обмежений і розлитий);
 - б) гнійний (обмежений і розлитий).
2. Хронічний періодонтит:
 - а) гранулюючий;
 - б) гранульоматозний;
 - в) фіброзний.
3. Хронічний періодонтит у стадії загострення.

Хронічний гранульоматозний періодонтит характеризується наявністю в проекції верхівки кореня невеликого випинання кістки з рівними чіткими краями розмірами від 3 до 5 мм. Лікування хронічних періодонтитів буває консервативним і хірургічним. До хірургічних методів лікування відносяться: видалення зуба, резекція верхівки кореня, гемисекція, реплантація, ампутація кореня.

При гранулематозному періодонтиті, за допомогою рентгенологічного дослідження, у верхівки кореня зуба вдається виявити вогнище деструкції кісткової тканини, яка має округлу форму і нечіткі рівні краї. Розрізняють апикальні, апіколатеральні, латеральні і міжкореневі гранулеми. Апікальна гранулема локалізується строго у верхівки кореня зуба, латеральна - збоку від кореня зуба, апіколатеральні - збоку від верхівки кореня зуба. Верхівки коренів зубів, обернених в гранулеми, нерідко резорбовані. У багатокорневих зубах гранулема може знаходитися в місці дельтовидного розгалуження кореневого каналу – міжкоренева гранулема. Клінічна і рентгенологічна картина простих гранулом нічим не відрізняється від епітеліальних. Епітеліальні гранулеми нерідко заповнюються запальним ексудатом і жиривим детритом, вони можуть зливатися, утворюючи кістогранулеми, а потім і кісти. Діаметр гранулеми зазвичай не перевищує 0,5 см, а розмір кістогранулеми коливається в межах 0,5-1,0 см. При мікроскопічному дослідженні можна виявити, що зубна гранулема на вигляд нагадує мішечок кулястої або овальної форми. Вона

оточена щільною оболонкою з гладкою поверхнею і одним краєм може бути щільно припаяна до кореня зуба. Розрізняють просту, складну і кистоподібну гранульоми. Проста гранулема складається з дозріваючої грануляційної тканини, яка відмежована по периферії фіброзною капсулою. У складній гранулемі можна виявити розростання тяжів епітелію. При вакуольній дистрофії і розпаді епітеліальних клітин в центральних відділах гранульоми поступово утворюється ущільнення, яке устигає епітелієм кистоподібну гранульому (кистогранульома). Подальше її збільшення часто веде до утворення кіст шелеп. Гранульома, локалізована поблизу від зовнішньої пластинки щелепи (частіше в області щічного кореня верхнього моляра), може викликати руйнування тонкої кісткової стінки і проростати під окістя, утворюючи підокісну гранульому. При цьому в проекції верхівок кореня визначається напівсферичне утворення з чіткими межами, гладкою поверхнею, щільне, мало болісне при пальпації, укрите незміненою слизовою оболонкою. Високий тиск вмісту в гранульомі обумовлює її щільність, яка нерідко симулює наявність пухлини. На рентгенограмі підокісна гранульома не відрізняється від звичайної.

До хірургічних методів лікування періодонтитів належать консервативно-хірургічні і власне хірургічні методи.

Консервативно-хірургічні методи дозволяють зберегти увесь зуб або його частину, створити умови для його функціонування (можливо, з наступним протезуванням). Ними можна врятувати до 30-50% зубів. На першому етапі проведення консервативно-хірургічних методів лікування в усіх прохідних каналах обов'язково здійснюється ендодонтичне лікування, а хірургічне лікування застосовується згодом на коренях. Варіанти консервативно-хірургічних методів лікування.

У разі виведення значної кількості пломбувального матеріалу або відламка ендодонтичного інструменту за верхівку чужорідні тіла вилучають через створений перфораційний отвір в кістці щелепи в місці проекції верхівки кореня відповідного зуба за допомогою маленької кюретажної ложечки.

Резекція верхівки кореня полягає у відсіканні верхівки ураженого кореня і видаленні патологічно змінених тканин. Цей метод використовується в тих випадках, коли наявна деструкція кісткової тканини в області верхівки кореня, а канал не запломбований або недопломбований із-за анатомічної (викривлення, звуження) або механічної (поломка інструменту) перешкоди. Резекцію верхівки кореня здійснюють як в однокореневих, так і у багатокореневих зубах.

Коронорадикулярну сепарацію використовують в лікуванні молярів нижньої щелепи за наявності перфорації після біфуркації і добре пролікованих коренів. Зуб розтинають по біфуркації на дві частини з подальшим кюретажем в цій області. Потім кожен сегмент зуба покривають спаяними коронками, відновлюючи таким чином жувальну ефективність зуба. Застосовують цю операцію і на молярах верхньої щелепи, але ділять їх на три частини. Гемисекція полягає у видаленні кореня разом з прилеглою до нього коронковою частиною. Гемисекцію здійснюють на молярах нижньої і премолярах верхньої щелепи у випадках, коли один канал полікований добре, а інші - ні. Ампутація кореня включає видалення усього кореня, в місцях його відходження без видалення коронкової частини зуба і здійснюється на молярах верхньої щелепи. Можлива ампутація і двох коренів.

Реплантація зуба - різновид операції, коли видалений, а потім запломбований зуб поміщають у свою ж лунку. Цей метод сприяє збереженню зуба і попереджає атрофію альвеолярного паростка. Він здійснюється у випадках травми, яка супроводжується вивихом зуба, при помилковому видаленні зуба, при переломах верхівки кореня зуба та ін. Трансплантація зубів і зачатків зубів - пересадка надкомплектного, ретенірованого зуба або зачатка, в альвеолу іншого зуба, видаленого з різних причин (хронічний періодонтит, травма і так далі). Розроблений і такий консервативно-хірургічний метод лікування - трепанація тканин в області періапикального вогнища деструкції, тобто створення штучно сформованого свища. Ця методика використовується при лікуванні однокореневих зубів з хронічним гранулюючим, гранульоматозним періодонтитом і кистогранульомами. Лікувальний ефект трепанації полягає:

- у вимиванні продуктів запалення і утримуваного періодонту, кращій медикаментозній дії ліків;
- у створенні постійного дренажу, який завжди застосовується при хірургічних втручаннях, пов'язаних з гнійно-запальними змінами у вогнищі операції, але не використовувався при лікуванні періодонтитів;
- у попередженні можливого перифокального запалення, яке іноді виникає після пломбування каналу зуба.

Гранульомектомія застосовується тоді, коли канал запломбований до верхівкового отвору. Віддаляється лише гранулема або кіста. Міжкоренева гранульомектомія проводиться в локалізації

патологічного осередку у коренів верхнього і нижнього молярів, перфорації дна порожнини зуба. Гемиреплантація застосовується на молярах нижньої щелепи в зубах з достатньою відстанню коренів. Здійснюється розтин зуба на дві частини з наступною реплантацією однієї з них в лунку.

Хірургічний метод лікування застосовується лише в тих випадках, коли інші методи виявляються неефективними. Зуб необхідно видалити в таких випадках:

- 1) при гострих одонтогенних запальних процесах, які не можливо вилікувати ендодонтично;
- 2) при супутніх захворюваннях, які різко знижують імунологічну реактивність організму, а також репаративні процеси в періодонті;
- 3) при значному руйнуванні коронки або розм'якшенні стінок кореневого каналу, що робить неможливим використання цього кореня для протезування;
- 4) у випадках значного вогнища деструкції в ділянці апексу і великої втрати альвеолярного відростка в результаті захворювань тканин пародонту;
- 5) у зубах з періапикальним вогнищем і рухливістю II - III ступеню;
- 6) при виведенні пломбувального матеріалу або відламка ендодонтичного інструменту в нижньощелепний канал або верхньощелепну пазуху.

Показання до видалення постійних зубів

Показання до операції видалення зуба розділяються на абсолютні і відносні.

Абсолютні показання у свою чергу діляться на:

А) **Невідкладні**, при яких зуб слід видалити обов'язково при першому зверненні хворого по допомогу. До цих показань відносять:

1. "причинний" зуб при гострому одонтогенному остеомієліті щелеп;
2. зуби, розташовані в щілині перелому, уражені хронічним періодонтитом і перешкоджають репозиції відламків;
3. подовжній перелом зуба.

Б) **Планові** - показання при яких зуб слід видалити обов'язково, проте, операцію видалення зуба можна відстрочити на певний час:

1) гнійний запальний процес в періодонті, який наростає незважаючи на консервативне лікування. Зуб підлягає видаленню незалежно від стану його коронки для попередження важких місцевих і загальних ускладнень;

2) зуби, які не підлягають консервативному лікуванню або не мають функціональної цінності і є джерелом інфекції при гострому періоститі, околичесному абсцесі і флегмоні, синуситі, лімфаденіті;

3) перелом коронкової частини зуба з оголенням пульпи, якщо зуб неможливо відновити шляхом пломбування або ортопедичного лікування.

Відносні показання:

1) безуспішність лікувальних заходів при хронічних що гранулює або гранульоматозному періодонтитам і розвитку запальних явищ в навколишній кістковій тканині;

2) хронічна ротова інфекція і інтоксикація, пов'язані з шкідливим впливом околожубного вогнища на увесь організм і, в першу чергу, на центральну нервову систему (хроніосепсис);

3) неможливість консервативного лікування, яка зумовлена :

- значним руйнуванням коронки зуба;
- обтурацією кореневого каналу зламаним ендодонтичним інструментом при неможливості його видалення;
- особливостями анатомічного характеру (непрохідність, або викривлення кореневих каналів);
- погіршеннями лікування, які викликали перфорацію кореня або порожнини зуба, якщо ці перешкоди неможливо усунути;

4) повне руйнування коронки зуба, неможливість використати його коронку або корені для протезування;

5) дистопированні зуби, які зміщують сусідні зуби, травмують слизову оболонку і не підлягають ортодонтичному лікуванню; надкомплектні зуби за ортодонтичним і косметичними свідченнями;

6) ретенірованні і дистопированні зуби, які викликають розвиток кісти і запалення в навколишніх тканинах, якщо ці явища неможливо ліквідувати іншим шляхом;

7) видалення дистопированих зубів мудрості, які викликають патологічні процеси в навколишніх тканинах (ускладнене прорізування зуба мудрості);

8) поодинокі зуби, що заважають стабілізації знімного протезу;

9) рухливість зуба II ступеню, значне його висунення з альвеоли з одночасним оголенням коренів, особливо коли такий зуб заважає жуванню, травмує навколишні м'які тканини або перешкоджає протезуванню;

10) хронічний рецидивуючий гранулюючий періодонтит запломбованого зуба за наявності норицевого ходу і безуспішності попередніх лікувальних заходів;

11) зуби, які локалізовані в ділянці новоутворень альвеолярного відростка підлягають видаленню одночасно з патологічно зміненою ділянкою тканин (наприклад, при амелобластомі, при злоякісних новоутвореннях), а також для кращого доступу при виконанні радикального оперативного втручання.

Протипоказання до операції видалення зуба

Абсолютних протипоказань до операції видалення зуба не існує.

Відносними протипоказаннями є ряд загальних і місцевих захворювань і деякі фізіологічні стани. У таких хворих це втручання можна виконати тільки після відповідного лікування і підготовки.

Відносні протипоказання до операції видалення зуба розділяють на загальні і місцеві.

Загальні протипоказання:

1) серцево-судинні захворювання (передінфарктний стан і 3-6 місяців після перенесеного інфаркту міокарду, гіпертонічна хвороба в період кризи, ішемічна хвороба серця з частими нападами стенокардії, пароксизм миготливої аритмії, пароксизмальна тахікардія, гострий септичний ендокардит та ін.);

2) гострі захворювання паренхіматозних органів - печінки, нирок, підшлункової залози (інфекційний гепатит, гломерулонефрит, панкреатит та ін.);

3) геморагічний діатез (гемофілія, хвороба Верльгофа, С-гіповітаміноз); захворювання, які протікають з геморагічними симптомами (гострий лейкоз, агранулоцитоз). При терміновій потребі цієї операції слід вжити заходи для запобігання подальшій кровотечі. Оперативне втручання рекомендується проводити лише в стаціонарних умовах. За відсутності показань до термінового втручання слід провести попередню підготовку хворого впродовж певного часу;

4) гострі інфекційні захворювання (грип, гострі респіраторні захворювання, бешихове запалення, пневмонія);

5) захворювання центральної нервової системи (гостре порушення мозкового кровообігу, менінгіт, енцефаліт);

6) психічні захворювання в період загострення (шизофренія, маніакально-депресивний психоз, епілепсія);

7) гостра променева хвороба I - III стадій;

8) вагітність (1-2 і 8-9 місяців через небезпеку викидня або передчасних пологів).

Місцеві протипоказання:

1) захворювання слизової оболонки порожнини рота (виразково-некротичний гінгівіт, стоматит, хейліт);

2) променева терапія, яка проводиться з приводу злоякісних захворювань щелепно-лицьової локалізації;

3) зуби, що знаходяться в зоні злоякісної пухлини (рак, саркома) і гемангіоми;

4) молочні зуби у дорослих людей за відсутності їх заміни на постійні.

Хворим з важкою супутньою патологією зуб краще видаляти в умовах стаціонару.

Підготовчі заходи до операції видалення зуба

Обстеження.

За наявності показань до видалення зуба, для з'ясування особливостей оперативного втручання, деталей його техніки і вибору тих або інших інструментів необхідно провести ретельний огляд не лише зуба, який підлягає видаленню, але і тканин, що оточують його.

Обстежуючи зуб або корінь, який підлягає видаленню, завжди необхідно враховувати можливість аномалії розвитку коренів, який може значно ускладнити проведення операції. Розміри коренів, їх кількість, форму і розміщення можна встановити за допомогою рентгенівського знімка. Проте рентгенологічне дослідження не роблять перед кожною операцією видалення, а застосовують лише при явно важких і складних втручаннях.

Проводячи огляд зуба, встановлюють міцність коронки, яка допускає можливість застосування при видаленні зуба коронкових щипців. Витончені стінки сильно зруйнованої коронки, які не дозволяють користуватися коронковими щипцями і перешкоджають застосуванню кореневих щипців, доцільніше скусити.

Одночасно з оглядом коронки встановлюють міцність кріплення зуба в альвеолі.

Перед видаленням коренів молярів необхідно з'ясувати стан міжкореневого з'єднання. Відсутність його полегшує проведення оперативного втручання, тому що видалити поодинокий корінь значно простіше. Наявність же твердого міжкореневого з'єднання може викликати потребу проведення в ході оперативного втручання розділення коренів.

Труднощі, які виникають при видаленні зубів, значною мірою пов'язані з особливостями будови їх коренів - розмірами і мірою їх розбіжності. Про довжину коренів можна судити до певної міри за величиною альвеолярних підвищень (juga alveolaria), наявних на зовнішній поверхні альвеолярного відростка. Це стосується головним чином однокорневих зубів і частково верхніх премоларів. У області інших зубів внаслідок того, що зовнішня стінка альвеолярного відростка товща, альвеолярні підвищення не виражені.

Деяке уявлення про розміри і міру розбіжності коренів можна скласти на підставі величини і форми коронки зуба : чим нижче і в той же час ширша коронка, тим більше довгі корені і тим більше вони розходяться в різні боки. Якщо коронка зуба, який підлягає видаленню, зруйнована, то про будову коренів можна судити на підставі огляду наявних аналогічних зубів.

Підготовка хворого.

Хворого слід попередити про необхідність видалення зуба, передбачуваної тривалості втручання, можливе скушування ділянок коронки, що виступають, розділенні коренів та ін. При своєчасному попередженні хворі не реагують на хрускіт, який відчувається при цьому, і дають можливість спокійно провести оперативне втручання.

Медикаментозна підготовка хворих перед видаленням зуба здебільшого не проводиться. Проте, при значній нервозності хворого може бути показане застосування профілактичної премедикації. У разі потреби втручання при запальному процесі залежно від характеру і його стадії, для запобігання загостренню процесу, безпосередньо перед втручанням і впродовж декількох днів після нього, доцільно застосовувати медикаментозну терапію.

Підготовка рук лікаря.

Здебільшого лікар миє руки під проточною водою з милом і витирає їх стерильним рушником, а потім протирає 2-3 хвилини 70 % етиловим спиртом.

Замість спирту шкіру можна протирати 0,5 % розчином хлоргексидина біглюконата. Для попередження інфікування рук, випадкового ушкодження шкіри при роботі в порожнині рота слід застосовувати гумові рукавички. При роботі в гумових рукавичках їх обробляють так само, як шкіру рук. Після видалення зуба руки миють проточною водою і витирають рушником. Усі маніпуляції в порожнині рота бажано виконувати за допомогою інструментарію (аподактильно).

Підготовка операційного поля.

Приведення порожнини рота перед оперативним втручанням в асептичний стан неможливе, тому що слабкі розчини антисептичних речовин не вбивають мікроби, а застосування розчинів антисептиків в концентраціях, які згубно впливають на мікрофлору, викликає ушкодження слизової оболонки. Проте, незважаючи на безуспішність антисептичних заходів, більшість операційних ран в порожнині рота загоюються без ускладнень. Ця обставина пояснюється головним чином біологічними особливостями тканин порожнини рота, а також впливом загальних чинників, зокрема функціонального стану нервової системи.

Перед операцією для видалення із слизової оболонки і зубів нальоту і харчових залишків, порожнина рота, а особливо ділянку, на якій повинна проводитися операція, протирають ватними або марлевими кульками, змоченими розчином марганцевокислого калію 1:1000 або 3 % розчином перекису водню. Знімають зубний камінь.

За відсутності показань до термінового оперативного втручання підготовку порожнини рота слід проводити заздалегідь.

Перед введенням розчину знеболюючої речовини місце вкола голки змастити 1-2% йодною настоянкою.

Методика видалення зуба.

Під операцією видалення зуба розуміють суму здійснюваних в певній послідовності дій, в результаті яких після насильницького відділення тканин зуб або корінь вилучають з лунки. Термін "екстракція" зуба є анахронізмом.

При цьому оперативному втручанні, окрім розриву періодонта, відбувається певне розширення входу в лунку, необхідне для виведення з неї коренів, які розходяться.

Для видалення зубів і їх коренів користуються спеціальними щипцями і елеваторами. В деяких випадках доведеться проводити видалення зубів за допомогою бормащини, долота і молотка, тобто прибїгати до операції атипного видалення зуба.

Для правильного виконання маніпуляцій з використанням інструментарію доцільно зупинитися на способах його тримання.

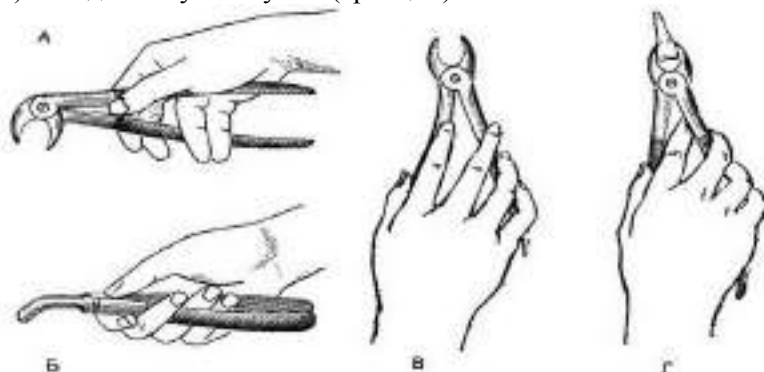
Способи тримання щипців для видалення зубів.

Під час проведення операції видалення зуба щипці тримають правою рукою так, щоб кут між віссю ручок і щічок був відкритий у бік зуба, який віддаляється. При цьому пальці розміщують певним чином; це дає можливість однією рукою розсунути і зблизити бранши щипців. Крім того, щипці тримають так, щоб їх можна було з необхідною силою просунути углиб тканин. При першому способі великий палець укладають з одного боку щипців нижче замку. Він охоплює одну ручку і давить своїм м'якушем в проміжку між ручками. II і III пальці розташовують з іншого боку обох ручок щипців, вони охоплюють ручку протилежної сторони. IV і V пальці або тільки IV палець поміщають між ручками інструменту. Щоб міцно замкнути щічки щипців, IV і V пальці перекладають на бранши. В результаті цього пальці кисті тримають інструмент замкнутими. Підведені між браншами щипців IV і V пальці відкривають їх. При другому способі великий палець охоплює одну ручку щипців, II і III пальці укладаються між ручками, а IV і V пальці охоплюють іншу ручку. Для полегшення просування щипців кінець однієї або обох ручок упирається в долоню. Згинання IV і V пальців зближує щічки щипців, а випрямлення III пальця розкриває щипці. Після накладення щипців III палець виводиться, як і сусідні пальці (IV і V), на зовнішню сторону ручки щипців.

Етапи операції видалення зуба.

Операція видалення зуба, здійснювана щипцями, складається з декількох послідовних етапів:

- 1) накладення щипців;
- 2) просування щипців;
- 3) зімкнення щипців (фіксації);
- 4) вивих зуба (люксації або ротації зуба);
- 5) виведення зуба з лунки (тракції).



Перший спосіб тримання щипців.

А — зігнутих по ребру (дзьобоподібних); Б — зігнутих по площині.

Другий спосіб тримання щипців.

В — розкритих щипців; Г — положення пальців при зімкнутих щипцях.

Перед накладенням щипців доцільно зруйнувати кругову зв'язку зуба (перітомія, синдесмотомія), яка сполучає цемент кореня зуба з ясенним краєм. Це зручно робити за допомогою гладилки, серпоподібного ланцета, вузького распатора. Особливо показано це попереднє втручання у разі потреби видалення поодинокого розміщеного зуба. У цих випадках ділянка ясен, які оточують зуб, часто буває дуже твердою і міцно зрощеною з шийкою зуба, особливо з медіальною і дистальною сторін, тобто в тих місцях, де відшарування ясен при накладенні і просуванні щипців не відбувається. Певне значення має це попереднє відділення ясен і при видаленні зубів мудрості, головним чином нижніх, до дистальної поверхні яких настільки міцно прикріплюється слизова оболонка альвеолярного відростка, що вона при тракції зуба широко відшаровується від кістки і часто відривається на значному протязі. Відділення ясен показане також від коренів зруйнованих зубів, особливо в тих випадках, коли корені виявляються трохи закритими слизовою оболонкою. Це дає можливість точно орієнтуватися відносно поперечного розміру кореня і розташування його країв, і значно полегшує накладення щипців.

Накладення щипців. Тримаючи щипці в руці одним з перерахованих способів, розкривають їх настільки, щоб коронка зуба могла розміститися між їх щічками, і накладають одну щічку щипців на зуб з вестибулярною, а другу - з орального боку. Під час накладення щипців, і впродовж наступних етапів видалення зуба лікар повинен чітко бачити зуб і тканини, що його, що оточують.

Вісь щічок щипців при накладенні повинна співпадати з віссю зуба! Косе накладення щипців на зуб зазвичай призводить до ускладнень при видаленні зуба.

Щічки щипців, прилягаючи до шийки зуба, не повинні захоплювати слизову оболонку, яка оточує зуб. Закінчивши накладення щипців, і перевіривши правильність виконання цього прийому, переходять до просування щипців.

Просування щипців. Натиском правої руки на щипці просувають щічки по осі зуба під ясна. При видаленні нижніх зубів просування щічок здійснюють за допомогою великого пальця лівої руки, яким натискають на ділянку замку.

Просування щічок слід проводити до відчуття щільного охоплення зуба (чи кореня). За наявності патологічного процесу навколо шийки зуба, який викликає розсмоктування кісткової тканини в цій ділянці і розширеній лінії періодонту, щічки щипців вдається просунути значно нижче шийки зуба на корінь. За відсутності патологічних змін в ділянці краю альвеоли щипці на цьому рівні зустрічають деякий опір. В результаті щічки щипців вдається просунути лише на край лунки, що і роблять при видаленні коренів зубів. Просунувши щипці, переходять до зімкнення щипців.

Зімкнення щипців. Накладення і просування щипців проводять при не повністю зімкнутих щічках. Потім стискають щипці, після чого зуб виявляється міцно затиснутим щічками щипців, просунутими вище за шийку на верхніх і нижче шийки, - на нижніх зубах.

Сила, вживана для стискання щипців, повинна відповідати особливостям випадку. Не слід дуже сильно здавлювати зуб, який має велику порожнину в коронці, тому що це може спричинити її розчавлювання. Проте стискання не має бути слабким, тому що це надалі викличе зісковзування щипців із зуба.

Після зімкнення щипці і зуб повинні представляти одне ціле: при переміщенні щипців одночасно зміщується і зуб.

Вивих зуба (люксація або ротація). Зуб, щільно затиснутий в щипцях, не витягають з лунки, потягуючи вгору або вниз, а послабляють його зв'язок з альвеолою шляхом бічних рухів.

Зуб вивихують (люксируют) назовні і всередину, тобто у вестибулярну і оральну сторону, а також роблять обертальні рухи (ротація), які полягають в невеликих (на 25-30°) поворотах то в одну, то в другу сторону навколо осі зуба, подібно до того, як відмикають і замикають ключем замок. В результаті цього порушується кріплення зуба в альвеолі: розриваються волокна періодонту, що утримують зуб і трохи розсуваються стінки альвеоли. Бічні і обертальні рухи слід проводити поступово, без грубих ривків, причому відчуття опору є показником необхідності продовжувати вивихуючі рухи.

При звільненні зуба від зв'язків з навколишніми тканинами необхідно стежити за тим, щоб голова хворого не зміщувалася убік під час руху щипців. Нижню щелепу при видаленні нижнього зуба слід добре утримувати лівою рукою.

Перший вивихуючий рух роблять у бік найменшого опору, тобто в ту сторону, де стінка лунки зуба тонша, тобто податливіша. Тому в ділянці усіх верхніх зубів, за винятком першого моляра, де зовнішня стінка лунки товщає скулоальвеолярним гребенем, перший вивихуючий рух роблять в зовнішню сторону, другу, - всередину, потім знову назовні.

Нижні різці, ікла і премоляри, а іноді і перший моляр вивихує також спочатку назовні. Другий і третій нижній моляр, де зовнішня стінка товща, ніж мовна (ззовні розміщається компактний кістковий масив - Linea obliqua externa), вивихує спочатку в мовну сторону.

Обертальні рухи (ротацію) можна проводити при видаленні зубів, які мають один корінь, який за формою нагадує конус (тобто при видаленні верхніх різців, частково ікла і нижнього премоляру). Ці рухи доцільні при видаленні роз'єднаних коренів верхніх багатокореневих зубів (за винятком медіального щічного кореня). У ділянці нижніх однокореневих зубів такі рухи проводять зазвичай в тих випадках, коли зуб не особливо щільно укріплений в альвеолі, а також іноді при видаленні поодиноким розміщених зубів. Це пов'язано з тим, що нижні однокореневі зуби мають трохи сплюснутий з боків корінь і виконанню повороту заважають сусідні зуби. Крім того, дзьобоподібні щипці, які застосовують для видалення нижніх зубів, не дозволяють в потрібній мірі виконувати необхідні обертальні рухи.

Виведення зуба з лунки (тракція) проводиться після того, як зуб повністю звільняється від зв'язок, що його, що утримують. При цьому витягання вгору або вниз (залежно від розміщення зуба в нижній або верхній щелепі) йде безпосередньо слідом за бічним рухом, що вивихує. При вивиху поворотами навколо осі зуба це обертання також безпосередньо переходить в рух вгору або вниз.

При тракції зуба, коли неповністю зруйнований зв'язковий апарат, в результаті застосування певних зусиль щипці за інерцією з силою можуть ударити по зубах протилежної щелепи і пошкодити їх.

При неможливості провести або закінчити видалення зуба або кореня за допомогою щипців або елеваторів, необхідно приступити до операції атипичного видалення, яка полягає у видаленні (альвеолектомії) або трепанації (альвеолотомії) стінки лунки із зовнішнього (губною або щічною) боку і виключенні голого таким шляхом зуба або кореня.

У ряді випадків, зважаючи на особливості розміщення зуба (наприклад, ретенірований, полуретенірований) або кореня (залишок верхівкової частини кореня в глибині лунки, різке викривлення кореня, значний гіперцементоз та ін.), що підтверджено рентгенологічно, до операції атипичного видалення приступають, не роблячи попередніх спроб видалення за допомогою інших менш складних способів.

До операції, напередодні, видаляють зубний камінь. У разі потреби атипичного видалення ретенірованого або полуретенірованого зуба, слід врахувати відношення його до коренів сусідніх зубів. В деяких випадках для достатнього доступу до такого зуба може бути потрібна резекція верхівок прилеглих зубів. Тому вони мають бути заздалегідь підготовлені - канали у них мають бути запломбовані цементом.

Безпосередньо перед операцією обробляють операційне поле, видаляючи наліт протираючи зуби і слизову оболонку тампонами, змоченими 2% розчином двовуглекислої соди або 3% розчином перекису водню.

Шкіру обличчя хворого навколо рота обробляють спиртом. Голову і груди закривають стерильним рушником або простиралом.

Після попереднього змазування слизової оболонки 5% спиртовим розчином йоду проводять знеболення. Доцільно застосовувати провідникове знеболення, а потім здійснювати додаткову інфільтрацію тканин навколо області операції розчином знеболюючої речовини з адреналіном. Звуження кровоносних судин і знекровлення тканин, які виникають в результаті цього, забезпечують сухість операційного поля. При цьому можна добре розрізнити усі тканини, а операція проводиться не на дотик, а під візуальним контролем. Заздалегідь підбирають усі необхідні для операції інструменти: хірургічні затиски для білизни, шприц з голкою для введення розчину анестетика, широкі гачки для відтягування губи або кута рота, маленькі гострі гачки з 2 або 3 зубцями для утримування слизово-окісного клаптя, невеликий скальпель, вузький распатор, довгі плоскі і желобоваті долота шириною від 4 до 8 мм, невеликий хірургічний молоток, анатомічні і хірургічні пінцети, невеликі гострі хірургічні ложки, кісткові кусачки, ножиці, голка хірургічний, зігнутий, різальний, голкотримач, тонкий кетгут або шовк, зуболікарський пінцет, дзеркало і зонд. Усі ці інструменти мають бути простерилізовані і розкладені в певному порядку на інструментальному столику, присуненому до того, що оперує.

При атипичному видаленні зубів і коренів в на верхній і нижній щелепах зручніше напівлежаче положення хворого з трохи закиненою головою. Залежно від області альвеолярного відростка, де проводиться втручання, голові хворого надають відповідне положення, іноді трохи повертають її убік. Операційне поле при цьому має бути добре освітлене, і той, що оперує повинен його добре бачити.

Для оголення області альвеолярного відростка, який підлягає трепанації, здебільшого роблять або трапециподібний або дугоподібний розріз, міняючи величину і розміщення розрізу залежно від розміщення зуба. Лише при атипичному видаленні нижнього моляра і їх коренів зручніший кутовий розріз. Основа слизово-окісного клаптя повинна знаходитися з боку перехідної складки.

Освічений клапоть має бути більше отвору трепанації і своїми краями повинен перекривати його.

Розрізи проводять через усю товщу м'яких тканин до кістки, розтинаючи не лише слизову оболонку, але і окістя. Після цього тонким гострим распатором (як распатор для відшарування можна застосовувати також лопатки або гладилку, вони менше травмують м'які тканини) в напрямі від гребеня альвеолярного відростка до перехідної складки відділяють від кістки клапоть м'яких тканин,

який складається із слизової оболонки і окістя. Це представляє деякі труднощі в ділянці ясенного краю, біля перехідної ж складки отсепарирование клаптя від кістки відбувається легко.

При втручанні в області нижнього премоляру необхідно пам'ятати про судинно-нервовий пучок, що виходить з отвору підборіддя. Щоб запобігти його пораненню, обережно відшаровують м'які тканини до тих пір, поки не стане видний цей отвір з пучком, який виходить з нього. Побачивши розміщення цього пучка, легко запобігти його ушкодженню під час операції.

Відокремивши слизово-окістний клапоть від зовнішньої поверхні альвеолярного відростка, його відтягують вгору (на верхній щелепі) або донизу (на нижній щелепі) за допомогою тупого або невеликого зубчастого гачка. Після цього переходять до видалення зовнішньої стінки альвеолярного відростка.

У тих випадках, коли зуб не цілком закритий кістковою тканиною або корінь розміщений в глибині лунки, яка не наповнена кісткою, значну ділянку кісткової стінки вдається видалити тонкими кусачками. Якщо ж це виконати неможливо, то приступають до видалення зовнішньої стінки альвеоли. З цією метою надсікають різком плоского долота компакту пластинку стінки альвеоли навколо області кістки, яка підлягає видаленню, а потім, поставивши достатньої ширини, плоске долото під кутом 30-35° до поверхні кістки, легким постукуванням молотка знімають кістку шар за шаром до оголення якої-небудь області зуба або кореня. Після цього, користуючись вужчими плоскими і желобоватими долотами, звільняють зуб або корінь від ділянок кістки, які закривають його з боків, і, ввівши збоку між зубом або коренем і кістковою стінкою долото або елеватор, проводять вивих. Іноді зуб або корінь, частково звільнений від закриваючої його кістки, захоплюють щипцями і після вивиху видаляють.

Після цього долотом і кусачками згладжують краї кісткової рани, гострою ложкою проводять старанне вискоблювання залишків м'яких тканин, які оточували зуб, видаляють грануляцію і кісткові осколки. Відшарований слизово-окістний клапоть кладуть на місце і по лінії розрізу накладають декілька вузлуватих швів з тонкого кетгуту або шовку (№ 0, № 1). Шви з кетгуту розсмоктуються самі, зазвичай на 5-7-й день, і не викликають утворення на слизовій оболонці пролежнів, яка спостерігається при застосуванні шовку. Шви з шовку слід знімати на 4-5-й день.

Техніка видалення ретенерованих зубів на нижній щелепі має деякі особливості. Тут видалення проводиться завжди з боку присінку порожнини рота. Особливо це стосується зубів мудрості. При видаленні ретенерованного нижнього зуба мудрості проводять розріз слизової оболонки і окістя, починаючи його на 2-2,5 см вище від жувальної поверхні моляра по передньому краю гілки, зверху вниз. Далі розріз продовжують наперед по внутрішній поверхні гребеня альвеолярного краю до другого моляра, після чого розріз проводять упоперек альвеолярного краю на зовнішню поверхню нижньої щелепи, а потім вперед і вниз на 3 см. Распатором відшаровують слизово-окістний клапоть, відводять його гачками назовні, трепанують і видаляють голу зовнішню частину альвеолярного відростка і переднього краю гілки нижньої щелепи біля її основи. При глибокому заляганні зуба потрібна більша трепанація кістки, особливо при неправильному положенні і глибокому розміщенні, а також при аномаліях числа і форми коренів зуба мудрості. Значно полегшує операцію застосування бору для утворення отворів в щелепі навколо зуба або для зняття стінки з мінімальним застосуванням долота. У цих випадках доведеться відповідно збільшувати розріз м'яких тканин. Коли зуб мудрості звільнений від кісткової тканини, приступають до цього видалення звичайними екстракційними інструментами, рану очищають від кісткових осколків, слизово-окістний клапоть кладуть на місце і закріплюють кетгутовими вузлуватими швами.

У разі потреби видалення верхівки кореня, розміщеної в глибині лунки, наповненої кістковою тканиною, а також при атиповому видаленні ретенерованного зуба, який лежить майже горизонтально на рівні верхівок коренів, зручніше викроювати клапоть біля перехідної складки відповідно до проекції ретенерованного зуба або області кореня, який залишився.

При атиповому видаленні коренів нижнього моляра видалення долотом товстої компактною зовнішньої стінки альвеоли представляє значні труднощі. У цих випадках за допомогою невеликого кулястого бору в декількох місцях трепанують зовнішню стінку лунки на межі області кістки, яка підлягає видаленню, а потім вузьким плоским долотом перетинають кісткові містки між отворами, які зроблені бором. Таким шляхом вдається легко видалити кісткову ділянку зовнішньої стінки альвеолярного відростка потрібних розмірів. Оголивши корені нижнього моляра, розділяють перегородку, що сполучає їх, за допомогою долота або фісурного бору, і вивихують елеватором один з коренів. Після цього долотом видаляють міжкореневу перегородку, і вивихують другий корінь. Потім кусачками і долотом згладжують усі ділянки, що виступають, по краях кісткової рани.

Невеликою гострою хірургічною ложкою вискоблює грануляція і видаляють вільно розміщені кісткові осколки. Після цього клапоть кладуть на місце і по лінії розтину накладають вузлуваті шви.

Атипове видалення коренів верхніх багатокореневих зубів проводиться за тією ж методикою. У разі потреби видалити піднебінний корінь, який залишився, зручніше використати операційний підхід з боку присінку порожнини рота. При цьому, видаливши щічний корінь премоляру (чи щічні корені моляра), видаляють кісткову перегородку, яка закриває із зовнішнього (щічної) боку піднебінний корінь. Досить оголивши корінь, вивихують його долотом або прямим елеватором.

Догляд за раною після видалення зуба.

Вилучивши зуб з лунки, слід оглянути його і переконатися, що видалені усі корені, а головне, їх верхівки. Тому усе, що видаляється з лунки, слід складати в лоток. Потім рану, а в першу чергу дно лунки, обстежують невеликою гострою хірургічною ложечкою. При виявленні там розм'якшених ділянок, які свідчать про наявність розростань грануляційної тканини, її відшаровують від кістки обережними рухами ложечки і вилучають з лунки. У тих випадках, коли при огляді видаленого зуба або кореня на його верхівці виявляється видалена разом з ним гранулема, вискоблювання верхівкової частини лунки робити не слід. Проте здебільшого в області трохи резорбованної верхівки кореня можна виявити лише незначні шматочки капсули гранулеми і грануляційної тканини - усе інше залишається в глибині альвеоли.

Нерідко під час видалення зуба відламуються або майже повністю відділяються від навколишніх м'яких тканин невеликі ділянки краю альвеоли і міжальвеолярних перегородок. Їх видаляють гострою ложкою, хірургічним пінцетом, тонкими кореневими щипцями або кістковими кусачками.

В деяких випадках на окремих ділянках м'яких тканин, які оточували зуб або корінь, залишаються висіти осколки зуба різної величини, які можуть привести до виникнення післяопераційних ускладнень. Для їх профілактики слід ретельно обстежувати ці ділянки слизової оболонки і видалити усі осколки.

При випадкових ушкодженнях ясен, заподіяних під час операції, відшаровані ділянки слід покласти на місце, а при необхідності зміцнити швом; сильно пошкоджені і розтроснені краї краще відрізувати.

Після проведеного видалення зуба м'які тканини повинні закривати краї альвеоли : на гребені альвеолярного відростка не повинно бути ні голих кісткових шпильок, ні промовців над краєм слизової оболонки кісткових ділянок. Такі кісткові виступи рідко спостерігаються після видалення зуба або кореня, розміщеного в зубному ряду. Але у випадках видалення поодинокого розміщеного зуба, а також видалення підряд декількох зубів, такі кісткові шпильки можна виявити часто. Для їх усунення необхідно трохи відшарувати распатором край ясен, оголити ділянки стінок лунок і міжальвеолярних перегородок, що виступають, і видалити їх за допомогою кісткових кусачок. Після цього ножицями злегка підрівняти краї слизової оболонки і накласти на рану декілька вузлуватих швів.

Безпосередньо після операції видалення зуба, полоскань рота зазвичай не дозволяють, тому, що це заважає виконанню лунки згустком. Виключенням є випадки появи гнійних виділень з лунки або з одночасно розкритого внутрішньоротовим розрізом вогнища. У цих випадках для видалення гною з порожнини рота слід дати хворому кілька разів прополоскати рот розчином марганцевокислого калію 1:1000-1:2000 або 1-2% розчином двовуглекислої соди.

Лунку видаленого зуба при нормальному ході післяопераційного періоду не тампують. Зазвичай за допомогою марлевої кульки, затиснутої пінцетом, або ж пальцями через марлеві серветки трохи здавлюють (репнують) краї лунки, яка зменшує зяяння рани. Після формування згустку на гирла лунки пишно накладають на декілька хвилин марлеву кульку так, щоб хворий міг прикусити його і тим же притиснути до країв рани альвеолярного відростка, щоб запобігти попаданню в неї слини. Тампон віддаляється хворим з порожнини рота через 10-15 хв.

Невелика кровотеча, яка виникла в результаті розриву судин ясен навколо зуба і періодонту, зазвичай зупиняється через 2-5 хвилин після видалення зуба; лунка заповнюється кров'яним згустком, який захищає її від проникнення інфекції.

Пацієнта відпускають і рекомендують не їсти і не палити впродовж двох годин. В день видалення зуба хворому не слід приймати гарячу їжу, вживати алкоголь.

Загоєння рани після видалення зуба.

За нормальних умов лунка видаленого зуба заповнюється кров'яним згустком. Увесь подальший процес загоєння відбувається під цим природним покривом і проходить за типом вторинного натягнення. Наявність кров'яного згустку є обставиною, яка відбивається дуже

сприятливо на загоєнні кісткової рани. У разі відсутності згустку відзначається уповільнення загоєння кісткової рани і виникнення ряду ускладнень.

Вже через 3-4 дні після видалення зуба по краях рани з боку м'яких тканин ясен розвивається грануляційна тканина і розростається епітелій. У ділянці стінок альвеоли відзначається розвиток грануляційної тканини, яка вростає в кров'яний згусток.

Через 7-8 днів грануляційна тканина заповнює, вже значну частину лунки, починає утворюватися кісткова тканина. Одночасно з цим розсмоктуються ділянки пошкодженої кістки.

На 14-й день лунка покривається епітелієм. У її глибині інтенсивно триває утворення кісткової тканини, головним чином з боку її дна і стінок.

Через 3 місяці лунка видаленого зуба заповнюється кістковою тканиною, яка тільки біля гирла лунки відрізняється за своєю будовою від навколишньої кісткової тканини.

Через 6 місяців після видалення зуба, тканини в ділянці колишньої лунки нічим не відрізняються від оточення.

Під захистом епітелію кров'яний тромб організовується в сполучну тканину. Слідом за видаленням зуба порушується кровообіг, який існував раніше. Тому альвеолярний край разом з окістям і яснами починають отримувати недостатнє кровопостачання. Вони поступово розсмоктуються одночасно з пошкодженою ділянкою стінок і відокремлених шматочків кістки. В результаті, в цьому відділі кісткова тканина перебудовується: в міру наповнення кістковою тканиною альвеоли, її краї стають нижче, стоншується альвеолярний відросток на цій ділянці. Вважають, що висота і поперечник альвеолярного відростка зменшуються приблизно на одну третину.

За відсутності ускладнень в післяопераційному періоді загоєння лунки видаленого зуба відбувається безболісно. Значне травмування лунки під час видалення зуба нерідко викликає появу болю і уповільнює процеси загоєння.

При виникненні запального процесу, особливо під час переходу його з лунки на навколишню кісткову тканину, збільшується тривалість загоєння лунки залежно від течії процесу.

Ускладнення в час і після операції видалення зуба

Усі ускладнення операції видалення зуба умовно розділяють на ті, які виникають під час видалення і що виникають після видалення зуба.

Серед ускладнень, які виникають під час операції видалення зуба розрізняють: порушення загального стану хворого і ускладнення місцевого характеру.

До ускладнень загального характеру відносять: **непритомність, колапс, шок і порушення зовнішнього дихання.**

Клінічними спостереженнями встановлено, що різні оперативні втручання (уся обстановка операційної, а також травма, яка заподіюється при операції) викликають цілий ряд загальних явищ, головним чином з боку судинної і нервової систем. Іноді виникають значні загальні розлади, які погрожують життю хворого, залежні від характеру ушкодження, а також від ходу оперативного втручання.

Ясність в розуміння цих явищ внесли роботи школи І.П.Павлова, в процесі яких встановлена наявність тісного двостороннього зв'язку між корою головного мозку і внутрішніми органами. Проведені дослідження показують, що різноманітні роздратування (механічні, хімічні та ін.), які сприймаються різними органами і областями тіла, впливають на кору головного мозку, змінюючи її функціональний стан, внаслідок чого можуть виникати порушення діяльності ряду систем організму.

Непритомність є найчастішою і легшою формою розладів, які спостерігаються при оперативних втручаннях і ушкодженнях. При цьому виникає короткочасна втрата свідомості, викликана рефлекторно, яка залежить від міри ішемії головного мозку.

Непритомність зазвичай не настає несподівано - йому передують ряд явищ, таких, як раптова слабкість, яка супроводжується блідістю, запамороченням, шумом у вухах, потемнінням в очах. Хворий втрачає свідомість, дихання стає поверхневим, зіниці зазвичай розширюються. Пульс при цьому прискорений і слабкий, хоча іноді змінюється трохи. Непритомність здебільшого проходить впродовж декількох хвилин.

Оскільки у виникненні непритомності головну роль грає психіка, то приводом для її виникнення можуть бути різні моменти: страх перед очікуваною операцією, сам вид інструментів, крові, больові і тактильні відчуття, пов'язані з втручанням та ін.

Для ліквідації непритомного стану і поліпшення мозкового кровообігу, слід надати голові хворого низьке положення (різко нахилити вперед тулуб хворого, який знаходиться в сидячому положенні, або покласти хворого горизонтально). Для забезпечення глибокого дихання потрібно

звільнити тулуб від одягу, який заважає. З цією ж метою дають вдихати пари нашатирного спирту, який робить рефлекторне збудження, впливаючи на рецептори верхніх дихальних шляхів.

У важких випадках доведеться ввести підшкірно 1-2 мл 10% розчину кофеїну. Продовжувати почате оперативне втручання слід лише після виходу хворої із стану непритомності. Якщо ж непритомність виникла до операції, то залежно від випадку доцільно буває відкласти її на деякий час. Напередодні операції, для зниження реактивності нервової системи слід провести підготовку хворих препаратами бромю і барбітуратами.

Колапс є важкою формою загальних розладів життєвих функцій організму в результаті гострої слабкості серця і падіння тону судин. Це може бути пов'язано зі значною крововтратою, з попереднім нервовим і фізичним перенапруженням, інфекційними захворюваннями, отруєнням.

Зазвичай, несподівано з'являється значна синюшність і блідість особи, холодний піт. Відзначається охолодження кінцівок. Температура тіла знижується, артеріальний тиск падає, пульс стає ниткоподібним, розслабляється мускулатура, іноді спостерігаються легкі судоми. Свідомість при колапсі може бути увесь час збережена.

Стан колапсу може перейти в смерть, якщо вчасно не вдасться активізувати діяльність серця, а головне усунути причину, наприклад, зупинити кровотечу.

Лікування. Хворому надають горизонтальне положення, зігрівають за допомогою грілок, застосовують засоби, які збуджують серцеву діяльність: уприскування під шкіру розчину кофеїну, підшкірне або внутрішньовенне введення 0,9% розчину хлористого натрію або внутрішньовенне введення 40% розчину глюкози у кількості 50 мл. Можна ввести внутрішньом'язово 1 мл 1% розчину мезатона. За відсутності ефекту внутрішньовенно вводять 0,5-1,0 мл 0,06% розчину коргликону або 0,05% розчину строфантину в 10-20 мл 40% розчину глюкози. Проведення оперативних втручань при колапсі, окрім невідкладних (зупинка кровотечі), протипоказано.

Шок. Шок є різким зниженням усіх життєвих функцій, в першу чергу кровообігу та дихання, в результаті надмірного подразнення центральної нервової системи при ушкодженнях доцентрових периферичних нервів, що має місце при значних за своїм обсягом травмах. Явища шоку можуть виникнути і при грубому проведенні оперативних втручань на щелепах за допомогою долота і молотка. Сприяють виникненню шоку попередня сильна фізична перевтома, холод, голод, важкі психічні переживання.

При шоці свідомість зазвичай збережена, але знижуються усі життєві функції організму. У хворих спостерігається різка блідість, запалі нерухомі очі, часто розширені зіниці, холодна, сіруватого кольору шкіра, поверхневе і уповільнене дихання, частий ниткоподібний пульс, падіння артеріального тиску. Чутливість і сприйняття зовнішніх роздратувань різко понижені.

Для профілактики явищ шоку, які можуть виникнути у зв'язку з операційною травмою, проводиться підготовка хворого, враховується стани його нервової системи. Призначення препаратів бромю, люміналу і інших похідних барбітурової кислоти, введення (але не амбулаторним хворим) морфіну або пантопону до операції знижують збудливість нервової системи. Велике значення має і якісно проведене знеболення.

Лікування шоку полягає в усуненні причини, що його, що викликає, і боротьбі із загрозливими симптомами.

Для боротьби з шоком, який розвинувся, необхідно не лише активізувати діяльність серця шляхом введення розчину кофеїну, але також понизити сприйняття больових роздратувань, для чого здійснюють уприскування морфіну. Потрібно створити спокій хворому, зігріти його грілками. Добре діють при боротьбі з шоком внутрішньовенні вливання 400-500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду, 5% розчину глюкози (чи 40% розчину глюкози у кількості 50 мл), а особливе переливання крові.

Оперативне втручання можна проводити в цей період тільки за життєвими показаннями і для усунення явищ шоку.

Порушення зовнішнього дихання. При попаданні в дихальні шляхи видаленого зуба, тампонів, кров'яних згустків (якщо вони застряють в ділянці голосової щілини) може спостерігатися порушення зовнішнього дихання аж до асфіксії. У таких випадках необхідно терміново проводити трахеотомію. Якщо в дихальні шляхи потрапляє лише частина зуба, вона зазвичай досягає якогось з бронхів (частіше права легеня), викликаючи обтурацію його просвіту. У хворого виникає кашель. Проте порушення зовнішнього дихання не настільки виражені, щоб представляти безпосередню загрозу для життя хворого. При підозрі на попадання зуба або його частини в дихальні шляхи необхідно терміново направити хворого на рентгенологічне дослідження, проконсультувати його у

пульмонолога, оскільки наявність в просвіті бронха інфікованого чужорідного тіла, яким є зуб, призводить до розвитку абсцедируючої пневмонії.

Місцеві ускладнення

До ускладнень місцевого характеру відносять:

1. Перелом коронки зуба або його кореня.
2. Вивих і перелом сусідніх зубів.
3. Зміщення зубів в товщу м'яких тканин.
4. Відламування невеликих ділянок кісткової тканини.
5. Відламування заднього відділу альвеолярного відростка верхньої щелепи, іноді з горбом верхньої щелепи і з ділянкою дна гайморової пазухи.
6. Перелом нижньої щелепи.
7. Порушення цілісності дна гайморової порожнини.
8. Попадання кореня у верхньощелепну пазуху.
9. Вивих нижньої щелепи.
10. Розрив слизової оболонки.
11. Порушення чутливості (парестезія, гіпестезія) нерва.
12. Кровотеча.

Перелом коронки зуба або його кореня. Найчастіше операція видалення зуба ускладнюється переломом його коронки або кореня, який може бути пов'язаний як зі значним руйнуванням зуба патологічним процесом, так і з особливостями будови кореня і навколишньої кісткової тканини. Проте, певні порушення техніки оперативного втручання досить великою мірою впливають на частоту цього ускладнення : грають роль різкі рухи при вивиху зуба, невірний вибір щипців або недотримання послідовності в застосуванні прийомів видалення зуба, і так далі

Вивих і перелом сусідніх зубів, які були опорою для елеватора, можна пояснити у більшості випадків також порушеннями техніки операції. Залежно від виду травми, яка нанесена сусідньому зубу, проводиться його лікування (виготовлення вкладок, пломб, коронок, штифтового зуба, видалення, реплантація зуба (заздалегідь слідує ретроградний запломбувати канал кореня), закріплення зуба шиною. Для профілактики подібних ускладнень не можна використати в якості опори для елеватора поодинокі зуби. Під час вивиху зуба елеватором великий або вказівний палець слід накласти на жувальну поверхню зуба, який виділяється і сусіднього з ним опорного зуба.

Зміщення зубів в товщу м'яких тканин спостерігаються у випадках різких рухів елеватором під час вивиху нижнього зуба мудрості, а також при атиповому видаленні коренів нижнього моляра. Ці зуби або корені зміщуються в товщу м'яких тканин внутрішньої поверхні нижньої щелепи, що призводить до запальних ускладнень і вимагає повторних хірургічних втручань.

Відлам невеликих ділянок кісткової тканини. Зазвичай при видаленні зуба, стінки лунки в силу певної еластичності кісткової тканини трохи розсуваються. Проте патологічні процеси в періодонті іноді призводять до заміщення його в окремих ділянках кісткою, внаслідок чого корінь зуба щільно спаюється на деякому протязі з ділянкою стінки альвеоли. Цією обставиною, а також необхідністю глибокого просування щічок щипців і накладення їх на краї лунки, пояснюється відламування невеликих ділянок кісткової тканини. Відламані шматочки, будучи припаяні до зуба, здебільшого віддаляються разом з ним. Коли ж рухливі ділянки альвеолярної стінки не віддаляються разом з коренем, їх слід видалити, обережно відокремивши від м'яких тканин. Скушують і наявні навкруги кісткові виступи.

Відлам заднього відділу альвеолярного відростка верхньої щелепи, іноді з горбом верхньої щелепи і з ділянкою дна верхньощелепної пазухи.

В результаті глибокого накладення щипців на альвеолярний відросток в ділянці верхнього зуба мудрості, особливо при неправильному його положенні, а також при вивиху цього зуба елеватором. Воно супроводжується значною кровотечею. Оскільки розраховувати на те, що приживляється відламаного фрагмента не доведеться, його слід видалити, а рану ушити наглухо. Надалі не унеможливлено виникнення запального процесу у верхньощелепному синусі, а також утворення на місці видаленої ділянки кістки свищуватого ходу, який веде з порожнини рота у верхньощелепну пазуху.

Перелом нижньої щелепи при видаленні зуба. Такі випадки описані при вивиху елеватором Леклюза неправильно розташованого зуба мудрості.

Виникнення переломів нижньої щелепи під час операції видалення зуба має місце також при патологічних процесах, які стоншують або руйнують кістку : радикулярних або фолікулярних кістах, фіброзній остеодистрофії, доброякісних і злоякісних пухлинах, хронічному остеомієліті та ін.

Порушення цілісності дна верхньощелепного синуса є одним з нерідких ускладнень при видаленні верхнього моляра, другого, а іноді і першого премоляру. Це пов'язано з тим, що іноді корені вказаних зубів підходять своїми верхівками до верхньощелепного синуса. Іноді дно верхньощелепної пазухи буває навіть трохи піднято верхівками коренів цих зубів. Внаслідок цього, хронічний верхівковий періодонтит, який розвивається в ділянці одного з цих зубів, руйнує кісткову тканину, що оточує верхівку кореня, тонку кісткову пластинку і окістя дна верхньощелепного синуса, покриваючи верхівку кореня. Після цього тканини запального вогнища біля верхівки кореня вже безпосередньо контактують із слизовою оболонкою верхньощелепної пазухи і спаюються з нею. При видаленні одного з таких зубів слизова оболонка розривається, внаслідок чого з'являється повідомлення між порожниною рота і верхньощелепною пазухою.

В деяких випадках слизова оболонка дна верхньощелепної пазухи ушкоджується хірургічною ложкою при неакуратній обробці лунки, а саме тоді, коли при її вискоблюванні інструмент з силою просувають вгору.

Ушкодження дна гайморової порожнини виявляють на підставі проходження повітря, з невеликим свистом, з порожнини рота в порожнину носа при надуванні щік, або з порожнини носа в порожнину рота. Для цього хворий, затиснувши пальцями ніс, повинен намагатися видути через ніс повітря. При виявленні прориву дна верхньощелепної пазухи і відсутності гнійних виділень з лунки не слід зондувати або промивати верхньощелепну пазуху. Найвірніше в таких випадках затампонувати згорнутою смужкою йодоформної марлі тільки гирло лунки, скріпивши цей тампон дротяною лігатурою, укріпленою на сусідніх зубах, або наклавши над ним вузлуваті шви. Тампон не виймають по можливості 5-7 днів. За цей час згусток, що наповнює верхні відділи лунки, вже починає організовуватися, тобто проростати грануляцією. Крім того, спаюються краї розірваної слизової оболонки верхньощелепного синуса. У ряді випадків відразу після видалення зуба можливе закриття перфораційного отвору оперативним шляхом.

При появі слідом за видаленням зуба виділень з лунки, які може бути ознакою запального процесу у верхньощелепній пазусі, а також наявності радикалярної кісти, тампонувати лунку не слід: її залишають відкритій. Подальше лікування проводять залежно від характеру процесу (гайморит або кіста).

Попадання кореня у верхньощелепний синус може спостерігатися при видаленні верхнього моляра або рідше за премоляр. Це пояснюється в першу чергу близькістю верхньощелепного синуса і руйнуванням під впливом околорезушечного патологічного процесу кісткової тканини в ділянці дна пазухи настільки, що при стисканні ручок щипців корінь, який вислизнув, з щічок, які охоплюють його, проштовхується у верхньощелепний синус. Частіше корінь виявляється зміщеним у верхньощелепну пазуху при неправильному просуванні щипців, а також при використанні елеватора, коли щічкою інструменту натискають на корінь, замість того, щоб вводити її між коренем і стінкою лунки.

Спроби витягання кореня, який потрапив у верхньощелепний синус, через лунку, як правило, не дають результатів. У цих випадках не слід промивати верхньощелепну пазуху і вводити в неї тампони. Необхідно закрити невеликим тампоном з йодоформної марлі гирло лунки, щоб сприяти зарощуванню сполучення з порожниною рота. Видалення кореня з пазухи, яке не є невідкладною операцією, слід проводити через отвір трепанації в ділянці іклової ямки (за типом радикальної гайморотомії) в умовах стаціонару.

За деякими даними, видалення оперативним шляхом в перші 1-2 дні кореня, що потрапив у верхньощелепну пазуху, і введення після цієї операції антибіотиків і ушивання пазухи наглухо дають добрі результати. При цьому, у разі відсутності змін слизової оболонки, немає необхідності видаляти її і сполучати верхньощелепну пазуху з нижнім носовим ходом.

Вивих нижньої щелепи. Таке ускладнення може виникнути у тому випадку, коли видалення зуба на нижній щелепі проводиться при максимально широкому відкриванні рота і тривалому проведенні операції.

Діагностика вивиху нижньої щелепи нескладна. Як при односторонньому, так і при двосторонньому вивиху, хворий не в змозі закрити рот. При односторонньому вивиху щелепа зміщується в здорову сторону. Вивихнута голівка щелепи промацується попереду від звичайного свого положення. Рентгенівський знімок, якщо в нім є необхідність, підтверджує знаходження голівки щелепи поза суглобовою ямкою.

При двосторонньому вивиху уся щелепа зміщується вперед без зміщення по середній лінії. Пальпуються обидві голівки поза суглобом. Рентгенівський знімок підтверджує двосторонній вивих.

Перед вправленням як одностороннього, так і двостороннього вивиху, проводять знеболення нижнього альвеолярного нерва і м'язів (скроневого, жувального і внутрішнього крилоподібного).

Для вправлення вивиху використовують найбільш відомий спосіб, який в літературі називають методом Гіппократа. Хворого саджають на опущене до упору крісло або на низький стул. Голова фіксується у підголівнику або утримується помічником. Лікар розташовується попереду від хворого, а нижня щелепа знаходиться на рівні ліктьового суглоба опущеної руки лікаря. Лікар вводить великі пальці обох рук (обмотаних марлевими серветками для зменшення ковзання і запобігання прикушенню пальців) в порожнину рота і накладає їх на жувальні поверхні нижніх великих кореневих зубів, а при їх відсутності – на альвеолярні відростки попереду від гілок нижньої щелепи. Іншими пальцями охоплює нижню щелепу ззовні і знизу. Поступово посилюючи тиск великими пальцями на моляри, лікар одночасно іншими пальцями здійснює тиск на підборіддя від низу до верху (піднімає її передній відділ). Таким чином, гілки нижньої щелепи зміщуються вниз, а суглобові голівки опускаються нижче суглобових горбків. Тиском долонь (спереду назад) на підборіддя, роблять зміщення суглобових голівок в суглобові ямки, тобто суглобова голівка ковзає по задньому скату суглобового горбка і входить в суглобову западину. У цей момент великі пальці треба зміщувати в присінок порожнини рота, щоб не перешкоджати зімкненню щелеп. Вправлення голівок супроводжується характерним хрускотом, швидким і щільним зімкненням щелеп. При двосторонньому вивиху нижньої щелепи вправлення одночасно здійснюється з двох сторін, а при односторонньому – з боку вивиху.

Після вправлення вивиху хворому накладають на 1-2 дні пов'язку, яка фіксує нижню щелепу. Після зняття пов'язки хворому рекомендують впродовж 3-4 тижнів не відкривати широко рот.

Для попередження цього ускладнення, лікар повинен фіксувати своєю лівою рукою нижню щелепу хворого.

Кровотеча з гілок піднебінної артерії може виникнути тоді, коли у момент просування щипців одна зі щічок ковзає, внаслідок чого раниться тверде піднебіння. При ушкодженні під'язикової області може розвинути запальний процес в розташованій тут клітковині.

Розрив слизової оболонки. Його причиною є недостатнє попереднє відділення ясен навколо зуба і швидке виведення зуба з лунки, що призводить до великих розривів і відшаровування слизової оболонки альвеолярного відростка, а частково і перехідної складки. Іноді відбувається розрив слизової оболонки з оголенням краю лунки і з її подальшою секвестрацією (переважно з язичного боку).

На ушкоджені і відшаровані ділянки м'яких тканин після зупинки кровотечі накладають, шви.

Кровотеча. Після видалення зуба з лунки, так само як з будь-якої операційної рани, виникає кровотеча. Але за нормальних умов через декілька хвилин, завдяки згортанню крові, лунка наповнюється кров'яним згустком і кровотеча припиняється.

В окремих випадках кровотеча, яка виникла після видалення зуба, не припиняється, кров продовжує виділятися з лунки впродовж декількох годин і навіть днів.

Місцеві причини. Сила кровотечі, яка виникає після операції видалення зуба, залежить від об'єму і міри ушкодження тканин. Тому при пораненні прилеглих м'яких тканин, яке ускладнило видалення зуба, тривалі кровотечі спостерігаються дещо частіше. Сильні кровотечі з порівняно великих судинних гілочок – розгалужень міжзубної артерії, виникають також у випадках відламу частини альвеоли або міжкореневої перегородки. Оточені кістковими стінками, ці артерії не скорочуються в тій же мірі, що і судини м'яких тканин, і кровотеча продовжується.

Запальні процеси в області видаленого зуба, що викликають розширення судин і змінюють судинну стінку, також є причиною тривалих кровотеч.

Для розуміння причин деяких луночкових кровотеч слід мати на увазі також вплив адреналіну. Цей препарат, який вводиться в тканини з розчином знеболюючої речовини, викликає на відповідній ділянці сильне звуження судин, обмежуючи всмоктування знеболюючого розчину і тим же подовжуючи його дію. Проте слідом за ним через деякий час спостерігається друга фаза дії адреналіну – розширення артеріол. Тому нерідко кровотеча з лунки (так звана адреналінова кровотеча) виникає через деякий проміжок часу (1-2 години) після проведеного видалення зуба.

Іноді кровотеча пов'язана з ушкодженням аномально розміщеної судини, яка проходить в кістковій тканині альвеолярного відростка або ж в м'яких тканинах, що його, що покривають.

Загальні причини. В першу чергу, до загальних причин кровотеч після видалення зуба належать захворювання системи згортання крові: гемофілія, тромбоцитопенія та ін. Крім того, ряд захворювань супроводжується симптомами кровоточивості: жовтяниця, лейкемія, деякі інфекційні захворювання – висипний тиф, септичний ендокардит, скарлатина та ін.

При гемофілії і тромбоцитопенії кровотеча обумовлена змінами фізико-хімічних і морфологічних властивостей крові.

Способи зупинки кровотечі після видалення зуба.

Зазвичай у хворого з'являється великий грибоподібний згусток, який наповнює лунку і покриває альвеолярний відросток. З-під згустку з більшою або меншою інтенсивністю тече кров.

У цих випадках за допомогою пінцета і невеликої хірургічної ложки видаляють кров'яний згусток, осушують тампоном лунку і навколишні ділянки альвеолярного відростка і встановлюють характер кровотечі, а також розташування судини, що кровоточить.

Поранення м'яких тканин при видаленні зубів – розриви і відриви ділянок ясен і, особливо, ушкодження твердого піднебіння – нерідко дають кровотечі артеріального типу. При ушкодженні м'яких тканин зупинка кровотечі краще всього досягається перев'язкою або прошиванням судини, а також накладенням швів. При пораненнях щічками щипців твердого піднебіння накладення швів може бути технічно нездійсненним. У цих випадках рану слід туго затампонувати смужкою йодоформної марлі, а її краї коагулювати. Добрі результати дає накладення на ділянку м'яких тканин, що кровоточать, невеликого марлевого тампона з подрібненими кристалами марганцевокислого калію.

При кровотечі з кісткової стінки, найчастіше міжкореневої або міжальвеолярної перегородки, слід за допомогою щипців здавити цю ділянку кістки, спресувати її, заздалегідь відсепарувавши слизову оболонку. Краще всього для цієї мети застосовувати щипці з щічками, що не сходяться, або ж здавити кістку клямповими щипцями. Після цього ділянку кістки слід прикрити м'якими тканинами, зблизивши краї ясен швами, або ж закрити цю ділянку йодоформним тампоном, введеним в лунку.

Здебільшого ж кровотеча має капілярний характер, а кров поступає з глибини лунки. У цих випадках показана тампонада лунки. Заздалегідь невеликою хірургічною ложкою слід видалити згустки крові, перевірити, чи немає в лунці вільно розміщених осколків зуба або відламаних ділянок її стінок. Потім довгу смужку йодоформної марлі шириною близько 0,5-0,75 см вводять в лунку, починаючи з її найглибших ділянок, і, щільно притискуючи марлю, наповнюють альвеолу по самі вінця. Надлишок марлевої смужки відрізують ножицями. В результаті цього уся рана поверхня виявляється щільно закритою йодоформним тампоном. При кровотечі після проведеного видалення багатокореневого зуба, лунку кожного кореня щільно заповнюють смужкою йодоформної марлі.

У деяких випадках лунку тампонує марлевою смужкою, змоченою розчином перекису водню, або ε-аминокапронової кислоти.

Якщо при тампонаді лунки віддавлюється убік слизова оболонка альвеолярного відростка, доцільно поверх тампона накласти шви і, пов'язавши їх, зблизити краї рани. Щоб запобігти прорізуванню швів, голку слід уколювати, відступивши, принаймні, на 0,5-0,75 см від краю ясен.

На тампон, який заповнив лунку, накладають марлеву кульку. Стискаючи зуби, хворий натискає на цю кульку і на вкладений в лунку тампон. Через 30-40 хвилин марлеву кульку обережно видаляють. За відсутності кровотечі хворого можна відпустити. Якщо ж кровотеча триває, слід видалити усі тампони, а лунку знову старанно затампонувати.

Після зупинки кровотечі тампон з лунки виймають на 4-5-й день, тобто на початку організації тромбу. Лише поява болю, а також наростаючих запальних явищ, може бути показанням до більш раннього витягання тампона.

Для зупинки кровотечі з успіхом застосовується кровоспинна губка (консервована плазма крові), кровоспинна марля.

Більшість кровотеч, які виникають після видалення зуба, пов'язана зі змінами загального характеру – переважно з порушеннями системи згортання крові і ламкістю судинної стінки. Тому таким хворим слід також застосовувати кровоспинні засоби загальної дії. З цією метою внутрішньовенно вводять 1-2 мл 5 % або 10 % розчину аскорбінової кислоти, 5-10 мл 10 % розчину хлористого кальцію, 5 % розчин ε-аминокапронової кислоти. При тривалій кровотечі ці речовини вводять повторно. Крім того, аскорбінову кислоту дають всередину 3 рази на день по 0,1 г.

При кровотечах після операції видалення зуба також призначають всередину вітамін Д₂, який підвищує здатність крові до згортання і є хорошим кровоспинним засобом при геморагічному діатезі. Препарат дають 3 рази в день під час їжі по 0,02-0,1 г на прийом, краще у вигляді 10 % спиртового розчину (від 5 до 20 крапель на прийом).

Дуже ефективним при кровотечах є переливання невеликих доз крові (75-150 мл).

Якщо в амбулаторних умовах кровотечу не вдалося зупинити, хворі мають бути госпіталізовані в стаціонар.

Запобігання кровотечам. У разі потреби видалення зуба хворому із захворюваннями системи згортання крові, йому заздалегідь слід провести відповідне обстеження (загальний аналіз крові, кількість тромбоцитів, швидкість осідання, тривалість кровотечі) і проконсультуватися з лікарем-гематологом. Перед оперативним втручанням у ряді випадків може бути показана попередня підготовка: призначення вітаміну С і К, хлористого кальцію (внутрішньовенно), навіть переливання невеликих доз крові. Після проведеного видалення зуба лунку слід затампонувати на 4-5 днів, не чекаючи появи тривалої кровотечі.

У деяких хворих операцію видалення зуба, так само як і інші хірургічні втручання в порожнині рота, необхідно, проводити в умовах стаціонару, вживши усі заходи для запобігання кровотечі і його зупинці. Таким хворим не слід видаляти декілька зубів одночасно.

Окрім вторинних кровотеч, до числа ускладнень, які виникають після операції видалення зуба, відноситься альвеолит і інші запальні процеси, при яких вхідними воротами інфекції служить лунка видаленого зуба, а також наявність гострих країв лунки, які призводять до виникнення тривалого болю.

Порушення чутливості (парестезія, гіпестезія) в ділянці нижнього альвеолярного нерва іноді виникає у зв'язку з його ушкодженням при провідниковому знеболенні. Проте, в деяких випадках таке ускладнення виникає після видалення першого, рідше другого моляру. Частіше це спостерігається при вивиху елеватором залишків коренів з глибоких відділів альвеоли і травмуванні нервового ствола. Цьому сприяють як анатомічні особливості (близькість судинно-нервового пучка до верхівок коренів зубів, які віддаляються), так і патологічний процес (найчастіше хронічний періодонтит, який зруйнував кістковий прошарок між верхівкою кореня і нижньощелепним каналом).

Явища порушення чутливості, особливо неприємні через оніміння половини нижньої губи (у ділянці розгалуження нерва підборіддя), зникають лише впродовж декількох тижнів. Для прискорення відновлення нормальної чутливості слід проводити гальванізацію.

Парез лицевого нерва, а також його окремих гілок розвивається в одиничних випадках в різні терміни після проведеної операції видалення зуба. Виникнення цих змін пов'язане з рефлекторним роздратуванням периферичної нервової системи. Явища парезу проходять в різні терміни. Для швидкого одужання слід проводити фізіотерапію (гальванізація, фарадизація, масаж та ін.).

Альвеолит (луночкові болі).

Альвеолит - запальне ускладнення, що виникає в лунці видаленого зуба і супроводжується вираженим больовим синдромом.

Термін "альвеолит" запропонований А.И. Верлоцьким і О. М. Піменовою. Синонімами його є: постекстракційний альвеолоневрит, луночковий післяопераційний біль, остеомієліт лунки.

Альвеолит складає 24-35% від числа випадків усіх ускладнень, які зустрічаються у хворих після видалення зубів.

За даними досліджень, у 24,2 % хворих відмічений патологічний процес розвивається на верхній щелепі і в 75,8 % - на нижній (А.А. Тимофєєв, 1983). На верхній щелепі альвеолит спостерігається частіше після видалення 7-х, 6-х, 5-х, 4-х зубів, а на нижній щелепі - після видалення 8-х, 7-х, 6-х і 5-х зубів.

Різниця в частоті локалізації альвеолитов на верхній і нижній щелепах пояснюється особливостями їх анатомічної будови.

Альвеолит частіше зустрічається у жінок (57,1 %), чим у чоловіків (42,9 %). Вважають, що у жінок на появу альвеолита впливає підвищення рівня жіночих статевих гормонів в період менструації, які впливають на фібриноліз згустку крові.

До причин виникнення альвеолита слід віднести наступні:

1. Тривале проведення операції видалення зуба або кореня, а також значне травмування кістки і слизової оболонки, які інфікуються, особливо при недотриманні хворими правил гігієни порожнини рота. Вважають, що при зменшенні в порожнині рота кількості бактерійної мікрофлори частота альвеолитов (особливо при видаленні нижніх зубів) знижується.
2. Гострі і голі краї лунки, які залишаються після видалення кореня зуба, сприяють появі в післяопераційному періоді посттравматичного невриту і розвитку на його фоні альвеолита.

У перерахованих випадках в ділянці луночкового краю, трофіка якого недостатня після видалення зуба, в результаті травми, а також через втрату слизової оболонки і окістя кісткова тканина гине на більшій або меншій ділянці. Некроз рідко поширюється на увесь альвеолярний сегмент видаленого зуба.

3. Відсутність кров'яного згустку в лунці видаленого зуба. У літературі є вказівки на існування чинників, які можуть перешкоджати утворенню або сприяти руйнуванню кров'яного згустку, який

вже сформувався. Так, використання при анестезії судинозвужувальних препаратів веде до тривалого спазму судин і перешкоджає утворенню згустку. Порушення процесу згортання крові (гемофілія, псевдогемофілія, хвороба Шенлейн-Геноха, застосування антикоагулянтів у хворих з інфарктом міокарду, гормональні геморагії), тампонада лунки марлевими смужками, недотримання хворим рекомендацій лікаря (полоскання порожнини рота після операції, куріння, вживання алкоголю) також може порушити процес утворення кров'яного згустку. Руйнування кров'яного згустку може статися за рахунок фібринолітичної дії слини. Надмірна інфільтрація тканин розчином анестетика сприяє утворенню великого числа "сухих лунок", яке може бути також причиною розвитку альвеолита.

4. Виникненню альвеолита, можуть сприяти недостатнє відшарування зубосяневої зв'язки, неправильний вибір інструменту для проведення операції, аномалія розташування зубів та ін.

5. Істотну роль у виникненні альвеолітів грає інфікування лунки. Мікроорганізми можуть проникати в рану з одонтогенних і неодонтогенних вогнищ хронічного інфікування, які існують у вигляді гранульоми або грануляційної тканини, на слизовій оболонці порожнини рота, носа, носоглотки, а також в самій лунці.

6. Наявність хронічних осередків інфекції викликає сенсibiliзацію організму хворого, яка призводить до зміни імунологічної реактивності організму. Сенсibiliзація, у свою чергу, призводить до послаблення захисних реакцій, а повторне інфікування лунки викликає розвиток запалення в ній.

У хворих на альвеоліт, при різній тяжкості перебігу патологічного процесу, зареєстровано зниження показників фагоцитарної активності нейтрофільних гранулоцитів крові, активності лізоциму в сироватці крові і слині, а також послаблення бактеріцидних властивостей шкіри, тобто зниження неспецифічної реактивності організму.

По клінічному перебігу альвеоліт поділяється на **гострий і хронічний**.

У клінічній картині гострого альвеоліта виділяють три форми запалення: серозне, гнійне і гнійно-некротичне (обмежений остеомієліт лунки). Кожна клінічна форма захворювання характеризується особливостями клінічного прояву і патологічної зміни вмісту лунок.

Гострий серозний альвеоліт

При серозному альвеоліті на 2-3-ю добу після видалення зуба хворі скаржаться на непостійний ниючий біль, який посилюється під час їжі (мабуть, він зумовлений невритом луночкового нерва). Загальний стан хворого не порушується. Температура тіла, як правило, не підвищується. Лунка видаленого зуба зазвичай зяє, або наповнена згустком, який частково розпався, ясна в ділянці лунки гіперемовані, набряклі і болісні. В деяких випадках лунка зуба може бути заповнена залишками кров'яного згустку, на поверхні якого знаходяться залишки їжі. У інших же випадках в лунці може знаходитися кров'яний згусток, який розпався, залишки їжі і слина. Регіональні лімфатичні вузли не збільшені. Серозний альвеоліт триває біля одного тижня.

Гострий гнійний альвеоліт

При гнійному альвеоліті на 3-4-у добу після видалення зуба у хворих з'являються інтенсивний постійний біль з іррадіацією по ходу гілок трійчастого нерва, гнильний запах з рота, слабкість, погіршення здоров'я. Температура тіла підвищується до 37,5-38,0° С. Шкірні покриви бліді, іноді є асиметрія обличчя, що виникає за рахунок набряку м'яких тканин на стороні видаленого зуба. Регіональні лімфатичні вузли збільшені, при пальпації болісні. Відкриття рота болісне. Слизова оболонка альвеолярного відростка навколо лунки видаленого зуба гіперемована, набрякла, болісна, альвеолярний відросток потовщений. Післяопераційна рана заповнена некротичними масами і покрита сірим нальотом з різким, неприємним запахом. Причина цього бачиться в тому, що в результаті травми відсутній біологічний зв'язок між кістковою поверхнею лунки, яка починає мертвіти і розтросненими м'якими тканинами, що відмирають, і тромбом. У такому разі, тромб в альвеолі стає неживою органічною речовиною, що є хорошим поживним середовищем для гнильних бактерій, які завжди знаходяться в порожнині рота. Тому тромб, що утворився після видалення зуба, під впливом сапрофітів в результаті гниття розпадається.

Гострий гнійно-некротичний альвеоліт

При подальшому розвитку процес переходить в гнійно-некротичний, що по-суті, можна розглядати як гостру фазу обмеженого остеомієліту лунки видаленого зуба. Домінуючим симптомом є невсучаючий, безперервний, пульсуючий біль, який при локалізації процесу на нижній щелепі іррадіює у скроню і вухо, виникає біль в сусідніх зубах. З'являється слабкість, сильний головний біль. Температура тіла 37,6-37,8 °С і вище, іноді буває озноб. Хворий не спить, порушується працездатність. Слизово-окісні краї рани, залежно від області і міри їх ушкодження, мають брудний зелено-коричневий відтінок. Згусток крові в лунці відсутній, дно і її стінки покриті брудно-сірою масою із смердючим запахом. Слизова оболонка, що оточує лунку, червоніє, набрякає, окістя

інфільтрується і товщає. Пальпація альвеолярного відростка з вестибулярної і оральної сторін в області лунки і на сусідніх областях різко болісна. При перкусії зубів, розташованих поруч, виникає біль. Навколощелепні м'які тканини набряклі, підщелепні лімфатичні вузли збільшені, щільні, болісні при пальпації. При остеомієліті лунки одного з великих корінних зубів внаслідок поширення запального процесу на область медіального крилоподібного або жувального м'язів, буває обмеження відкривання рота. Тривалість гострого періоду 12-14 днів.

Через 12-14 днів явища гострого запалення зменшуються, процес переходить в підгостру стадію. Біль і смердючий запах з порожнини рота значно зменшуються, краї рани очищаються, зникає білий наліт із стінок лунки, вони заповнюються грануляційною тканиною. Лімфаденіт і субфебрильна температура зникають. На рентгенівському знімку, який виконаний в підгострому періоді, кісткова тканина має «мармуровий» малюнок. Це зумовлено тим, що ділянки кісткової тканини з пониженим вмістом солей темніші, їх структура розмита. Навпаки, ділянки кісткової тканини з нормальним вмістом солей більш світлі і мають структуру здорової тканини.

Хронічний гіпертрофічний (гнійний) альвеолит (хронічний обмежений остеомієліт лунки)

Для хронічного гіпертрофічного (гнійного) альвеолита, що настає через 3-4 тижні, домінуючим симптомом є розростання грануляційної тканини, яка розпочинається з дна лунки. Між краями рани грануляційна тканина часто розростається у вигляді цвітної капусти. При натисканні на неї, з грануляції виділяється рідкий гнійний ексудат. Слизова оболонка альвеолярного відростка має синюшний колір, набрякла, гіперемована. При інструментальному обстеженні між кістковою стінкою альвеоли і гіпертрофічними розростаннями можна виявити щілиновидний простір, а також дрібні секвестри (зазвичай до кінця 3-го тижня вони рухливі). Перебіг хронічної форми гнійного альвеолита характеризується поступовим стиханням болю в альвеолярному відростку, зменшенням регіональних лімфатичних вузлів, нормалізацією температури тіла і поліпшенням загального стану хворого. Патологічний процес зменшується до кінця 3-го тижня, і якщо хворого не оперували, то кісткові секвестри можуть відходити впродовж 4-го тижня самостійно, після чого настає одужання. На рентгенівському знімку, виконаному в хронічній стадії, видно ділянки затемнення (секвестри). Такі ділянки оточені чорною смужкою з нерівними краями у вигляді мережива і мають більш менш виражену величину і ледве помітну структуру.

Слід зазначити, що за наявності супутньої патології (ендокринні захворювання, захворювання внутрішніх органів), альвеолит має важкий перебіг. Так, у хворих на цукровий діабет при альвеоліті різко виражена місцева запальна реакція. Крім того, у хворих на цукровий діабет виникає синдром взаємного обтяження, що, в першу чергу, виражається у збільшенні рівня цукру в крові на фоні вже наявної гіперглікемії. У пацієнтів із захворюваннями серцево-судинної системи, печінки і цукровим діабетом значно сповільнюються репаративні процеси в області ускладнених ран.

Лікування альвеолітів

Лікування альвеолітів має бути етіопатогенетичним. У гострому періоді альвеоліта проводять ревізію лунки. Вона полягає у видаленні з альвеоли залишків їжі, кров'яного згустку, що розпався, осколків кісткової тканини і відламків зубів. Для цього під місцевою провідниковою або термінальною анестезією, лунку видаленого зуба промивають теплими розчинами антисептиків (фурациліну 0,02%, хлоргексидину біглюконату 0,5%, діоксидіну 0,5%, перекису водню 3%, калію перманганату 0,1-0,5%, хлораміну 0,5-1%), антибіотиків (лінккомицина гідрохлориду 30%, микроцида, гентаміцину сульфату 4%), ферментів (трипсину, хімотрипсину, хімопсина, террілітіна).

Якщо після промивання в лунці залишаються залишки кров'яного згустку, осколки кісткової тканини і відламки зубів, їх обережно видаляють за допомогою пінцета або кісткової ложки Фолькмана. При цьому не слід робити кюретаж (вишкрібання) і коагуляцію стінок альвеоли, щоб не ушкодити знову наявного грануляційного валу на стінках лунки.

На клінічний перебіг альвеолітів нижньої щелепи сприятливо впливає регіональна новокаїнова блокада нижньощелепного нерва і його гілок. Дія новокаїнової блокади подвійна: у стадії серозного запалення процес може бути зупинений, а за наявності нагноєння виникає швидке відмежування і стихання запалення.

Після ревізії лунку знову промивають розчином антисептика, антибіотика або ферменту, висушують марлевым тампоном і закривають марлевою турундою. Перш ніж ввести марлеву смужку в лунку, її просочують медикаментозними засобами, що мають бактеріостатичний, бактерицидний, протизапальний і знеболюючий ефекти, і стимулюють репаративні процеси в лунці. Введення тих або інших препаратів залежить від фази запального процесу.

Для лікування альвеолітів можна вводити в лунку зуба турунду, просочену 10-20% камфорною олією з анестетиком (анестезином).

З метою лікування цього патологічного процесу застосовують протеолітичні ферменти – трипсин, хімотрипсин, хімопсин. Їх розчиняють в ізотонічному розчині натрію хлориду або 0,25% розчині новокаїну (10 міліграм ферменту в 5-10 мл розчинника). Ензимотерапія сприяє очищенню лунки зуба від некротичних тканин, але вона не скорочує терміну загоєння рани.

Можна одночасно застосовувати розчини перекису водню, мікроциду, риванолу, фурациліну, хімопсину та ін.

При лікуванні гострих альвеолітів також промивають лунки зубів теплим розчином фурациліну і трипсину (хімотрипсину) з подальшим заповненням їх антибактеріальною ензимо-анестезуючою пастою, приготованою на 0,25% розчині новокаїну або ізотонічного розчину натрію хлориду. Паста готується перед використанням. Вона складається з 1,25 частини одного-двох антибіотиків (300 000 ОД), 0,5 частин сульфаніламідів, 5 міліграм трипсину (хімотрипсину) і 0,25 частин анестезину.

Для лікування альвеоліту застосовують антистафілококову плазму. Після промивання лунки теплим розчином антисептика і видалення з неї залишків їжі і кров'яного згустку, що розпався, в її порожнину поміщають марлеву смужку, просочену антистафілококовою плазмою. Лікувальні процедури проводять щодня до ліквідації запалення. Використання цього препарату викликає нейтралізацію токсину, який виділяється стафілококами, і створює сприятливі умови для загоєння лунки.

Для лікування цього захворювання використовують препарат бджолиної отрути (венapiолин-1), яка має знеболюючу і протизапальну дію. Її вводять під слизову оболонку перехідної складки, в ділянці видаленого зуба, в 1-у добу у кількості 0,3 мл, на 2-і - 0,5 мл, на 3-і - 0,8 мл. Ефект від застосування препарату настає на 2-3-ю добу від початку лікування, при цьому лунка не тампонується.

При лікуванні альвеолітів у хворих на цукровий діабет можна вводити в порожнину лунки зуба турунду, змочену розчином, який складається з 20 ЕД інсуліну, 5 мл фурациліну 1:1000 і 1 мл 5% розчину вітаміну В1. Застосовують також препарат дефлагін, що містить концентровані розчини тіосульфату натрію, сечовини і 10 % масляний розчин анестезину. Препарат нетоксичний, має протизапальний, некролітичний, бактеріостатичний і гіпосенсибілізуючий ефекти, а також попереджає набряки.

Для лікування альвеолітів застосовують спиртовий розчин лепехи. Спочатку лунку зуба промивають настоянкою лепехи на 70° спирті, потім на 20-30 мін в неї вводять марлеву турунду, змочену в спиртовому розчині лепехи. Згори рану накривають марлевым тампоном, просоченим тим же розчином.

У хворих на альвеоліт після знеболення і ревізії лунки зуба, її можна заповнювати турундою, змоченою ектерицидом або 50% розчином димексиду з оксаціліна натрієвою сіллю (40% лінімент димексиду). Встановлено, що ектерицид має активність стосовно моно- і полірезистентних штамів мікроорганізмів, які виділені з інфікованих постекстракційних лунок (В. Ф. Чистякова і співавт., 1981).

Знаходять застосування при лікуванні запальних ускладнень, які виникають після видалення зубів, антибактеріальний препарат диоксидин і гідрофільні мазі: левосин, левомеколь, левонорсин та ін.

Розроблена нова лікарська форма 5 % хлорацетофосова мазь, яка виготовлена на касторово-ланоліновій основі, що дозволяє вводити її на турунді в лунку зуба.

При сильному болю можна також вводити в порожнину лунки зуба марлеву смужку, просочену емульсією синтоміцину. При відновленні болю лунку обробляють повторно через 1-2 дні.

Для лікування альвеоліта використовують суміш, приготовану з бактерицидної рідини Горгієва і 0,1 % розчину лізоциму в співвідношенні 1:1. Бактерицидна рідина Горгієва містить понад 90 % води, 0,5-0,9 % розчину хлориду натрію, 4-6 % рибіячого жиру і продуктів його окислення. Досі відсутні зведення про існування штамів мікроорганізмів, стійких до цього препарату.

При лікуванні альвеолітів застосовують фізіотерапевтичні методи. Використовують флюктуоризацію, що має знеболюючу дію, яка прискорює хід репаративних процесів, стимулюючи регенерацію. Для лікування цього захворювання застосовують також лазерну терапію. Випромінювання гелій-неонового лазера має протизапальну дію, нормалізує мікроциркуляцію, знижує проникність судин, має виражений анальгетичний ефект, стимулює регенерацію тканин та ін. Параметри опромінення: щільність потужності 100-200 мВт/см², експозиція - 2 хв.

Рекомендовано використати для лікування альвеолитов магнітофори, що є джерелом постійного магнітного поля. Вони виготовляються з еластичної медичної гуми з додаванням магнітного порошку, зокрема фериту барію. Їх можна кип'ятити, стерилізувати в автоклаві.

Фізіотерапія, як метод лікування альвеолитов, знайшла застосування в комплексній терапії, що скоротило терміни загоєння інфікованих лунок зубів.

В останні роки стали широко застосовувати акупунктуру, що чинить болезаспокійливу дію, що підвищує загальну реактивність організму і створює своєрідний фон для сприятливого перебігу захворювання і швидшого лікування.

Усі маніпуляції при лікуванні альвеолита, на думку О. О. Тимофєєва, треба проводити під місцевою провідниковою анестезією, яка окрім знеболюючого ефекту сприятливо впливає на хід запального процесу.

Перша заміна тампона здійснюється через 1 доби, а надалі - через 3-4 дні (до зникнення болю).

У гнійно-некротичній фазі гострого альвеолита хворому призначають антибіотики (гентаміцину сульфат, линкомицина гідрохлорид, фузидин-натрій), сульфаніламід (сульфадиметоксин, сульфамонетоксин, сульфален, бисептол), гипосенсибилизуючі (димедрол, піпольфен, супрастин, діазолін, тавегіл, задитен), протизапальні (ацетилсаліцилова кислота і її похідні, бутадіон, парацетамол, кислота мефенамова).

У хронічній стадії альвеолиту за наявності секвестрів, тобто до кінця 3-го і на початку 4-го тижня, роблять секвестректомію.

Гострі кісткові краї лунок

У тих випадках, коли після видалення зуба не була проведена належна обробка рани і були залишені гострі кісткові краї лунок, що виступають, можуть виникати також тривалі болі. При загоєнні рани м'які тканини натягаються над гострими краями лунки, що призводить до здавлення розташованих в них нервових гілочок.

На відміну від болюв, які спостерігаються у випадках розпаду згустку, за наявності гострих країв, загоєння лунки не порушується. Запальних явищ в ділянці альвеолярного відростка і хворобливості лімфатичних вузлів немає. Обмацування пальцем країв лунки дозволяє визначити болісну ділянку.

З часом ці кісткові виступи розсмоктуються, проте, щоб звільнити хворого від важких больових відчуттів, слід оперативним шляхом видалити гострі краї альвеоли - провести операцію альвеолектомії. Для цього по гребеню альвеолярного відростка проводять лінійний розріз до кістки, від кінців якого в деяких випадках у напрямі до перехідної складки роблять два розрізи, формуючи трапецієвидний слизово-окістний клапоть. Відокремивши клапоть распатором від кістки, і оголивши кісткові виступи, видаляють їх кістковими кусачками або долотом. На рану накладають вузлуваті шви.

РЕЗЕКЦІЯ ВЕРХІВКИ КОРЕНЯ (апікоектомія, гранульомектомія) застосовується з метою збереження зубів при різних формах хронічного періодонтиту. Частіше операцію проводять на однокоренових зубах верхньої і нижньої щелеп, рідше – на малих і великих коренових зубах.

Помилки у визначенні показань і протипоказань призводять до незадовільного результату після резекції верхівки кореня.

ПОКАЗАННЯ:

- перелом верхньої третини кореня;
- викривлення верхівки кореня;
- перешкоди проведення заапикальної терапії;
- перелом інструменту в кореновому каналі;
- надмірне введення пломбувального матеріалу і поширення його під окістя;
- перфорація кореня зуба у його верхівки;
- підокісні гранулеми;
- прикореневі кісти, в порожнині яких знаходяться верхівки коренів зубів.

ПРОТИПОКАЗАННЯ:

- пародонтит;
- гострий і загострений хронічний періодонтит;
- рухливість зуба;
- залучення до патологічного процесу більше за одну третину верхівки зуба при кістах;
- апіколатеральні і латеральні гранулеми;
- зміна кольору кореня зуба;

- відсутність частини передньої стінки альвеоли;
- похилий вік пацієнта (після 60 років).

Методика операції: під місцевим знеболенням роблять трапецієвидний або напівкруглий розріз слизової оболонки і окістя до кістки, основою до перехідної складки. Розміри клаптя повинні перевищувати "кісткове вікно", яке буде утворено при видаленні гранулеми або кісти на 0,5-1,0см. Клапоть відшаровується распатором від альвеолярного краю до перехідної складки. Якщо при відшаруванні клаптя визначається "кісткове вікно", то воно розширюється кістковими кусачками до периферичних меж патологічного осередку. Гладилкою або кістковою ложкою видаляють гранулеми (кісту) і звільняють верхівку кореня причинного зуба. Фиссурним бором видаляють (резектують) верхівку кореня і розташовану за ним оболонку кісти або залишки гранулеми. Поверхня кореня, що резектована, має бути косою і розташовуватися зовні, щоб добре був видний пломбувальний матеріал в кореновому каналі. Віддаляється грануляція, порожнина промивається розчинами антисептиків : 0,5% розчином хлоргексидина біглюконата, 1% розчином діоксидину, заповнюється речовинами, які сприяють оптимізації процесів регенерації : кістковим борошном, порошком гідроксіапатиту, колаполом і т. д. При недопломбуванні коренового каналу на ½ проводять ретроградне (під час операції) пломбування коренового каналу. Клапоть укладається на місце і фіксується кетгуттовими швами.

ГЕМИСЕКЦИЯ ЗУБА проводиться на жувальних зубах нижньої щелепи - першому і другому молярі.

ПОКАЗАННЯ:

- наявність кісткових кишень в області одного з коренів премоляру або моляра;
- перфорація біфуркації і коренового каналу в його верхній частині;
- не запломбовані кореневі канали із-за їх викривлення.

ПРОТИПОКАЗАННЯ:

- рухливість зуба;
- порушення співвідношення величини коронки і кореня;
- наявність глибоких кісткових кишень у обох коренів, або біля кореня, який зберігається;
- недопломбований кореневий канал, який підлягає збереженню.

Методика операції : після ендодонтичного лікування і накладення пломби коронка зуба розрізає за допомогою диска до біфуркації, біфуркація руйнується тонким фиссурним або конусоподібним алмазним бором до появи рухливості сегментів. Частина коронки разом з коренем віддаляється за допомогою дзьобоподібних щипців. Частіше віддаляється медіальний корінь у зв'язку з труднощами пломбування каналів цього кореня.

КОРОНОРАДИКУЛЯРНА СЕПАРАЦІЯ - розтин зуба на дві частини (застосовується при лікуванні моляра нижньої щелепи) в ділянці біфуркації з наступним ретельним згладжуванням країв, які нависають; проведення кюретажа області між кореневої патологічної кишені і покриття кожного з сегментів кореня коронкою.

ПОКАЗАННЯ:

- міжкоренева гранулема;
- перфорація дна пульпової камери з розрідженням верхівки міжкореневої перегородки;
- відлам коронки до біфуркації.

ПРОТИПОКАЗАННЯ:

- рухливість зуба;
- недопломбовані кореневі канали.

Методика операції : під провідниковою анестезією за допомогою двостороннього диска розділяють коронку до біфуркації, біфуркацію руйнують фиссурним або конусоподібним алмазним бором, видаляють грануляцію, рану промивають антисептичним розчином, призначають полоскання. Після виконання оперативного втручання на область патологічної кишені, яка утворилася, накладають захисну пов'язку, і фрагменти зуба фіксують шиною, фіксуючи її на сусідні зуби.

Через три тижні після операції на обидва фрагменти коронки зуба виготовляють коронки і спаюють їх між собою.

РЕПЛАНТАЦІЯ ЗУБА – пересадка видаленого зуба в його ж альвеолу.

ПОКАЗАННЯ:

- Багатокореневі рухливі зуби, як правило, нижній щелепі із запломбованими кореновими каналами не до верхівки кореня, тобто із запальним процесом;

- Недопломбування кореневих каналів і руйнування частини лунки і рухливості зуба (коли резекція не показана);
- Пародонтит.

ПРОТИПОКАЗАННЯ:

- Значна рухливість зуба;
- Руйнування стінок лунки;
- Перелом кореня під час видалення зуба або відлам стінки лунки;
- Відсутність на корені зуба не мінералізованого цементу і поява на нім ділянок округлої або овальної форми, жовтого кольору, які позбавлені м'яко-тканинного рожевого покриву;
- Захворювання, які пригнічують процеси регенерації кісткової тканини.

Методика операції : після видалення зуба з мінімальною травмою його занурюють в теплий (t 37°C) ізотонічний розчин хлориду натрію з додаванням антибіотиків. Не МОЖНА зберігати зуб, який реплантується, у формаліні або спирті. Лунку очищають від грануляції, промивають розчином антибіотиків. У асептичних умовах поводять механічне очищення кореневих каналів і каріозної порожнини зуба, пломбують фосфатним цементом або швидко пластмасою, що швидко застигає. Резектують верхівку кореня, бором розширюють і поглиблюють куксу кореня в межах цементної межі і пломбують амальгамою або пластмасою, після чого вставляють в лунку. Однокореневі зуби фіксують на два тижні швидкозастійною пластмасою або металевією шиною. Багатокореневі зуби можна не фіксувати. На увесь термін іммобілізації зуба призначають суворий гігієнічний догляд за порожниною рота і діту.

4. План і організаційна структура учбового заняття по дисципліні.

№ з/п	Етапи заняття	Розподіл часу	Види контролю	Засоби навчання
1.	Підготовчий етап	15 мін	Усне опитування по переліку питань. Письмове тестування.	Комп'ютер (ноутбук). Мультимедійні методичні розробки. Анатомічні муляжі. Відео- і фотоматеріали. Електронні довідники. Рентгенограми, ортопантограмми, томограми. Набір інструментарію. Результати лабораторних, цитологічних і гістологічних досліджень.
1.1	Організаційні питання			
1.2	Формування мотивації			
1.3	Контроль початкового рівня підготовки (стандартизовані засоби контролю)			
2.	Основний етап (вказати усі види робіт, які виконують студенти студенти під час цього етапу).	60 мін	Практичний тренінг. Рішення клінічних завдань. Створення алгоритмів лікарських дій, професійний тренінг.	
3.	Завершальний етап	15 мін	Тестування. Практичні завдання. Ситуаційні і нетипові завдання. Усне опитування.	
3.1	Контроль кінцевого рівня підготовки			
3.2	Загальна оцінка учбової діяльності студента			
3.3	Інформування студентів об тему наступного заняття			

4.5. Види самостійної роботи студентів.

1. Вивчити такі питання:

1.1. Етіологія запальних процесів щелепно-лицьової області.

- 1.2. Патогенез запальних процесів щелепно-лицьової області.
- 1.3. Класифікація запальних процесів щелепно-лицьової області .
- 1.4. Будова періодонта.
- 1.5. Функції періодонта.
- 1.6. Причини періодонтитів.
- 1.7. Класифікація періодонтитів.
- 1.8. Клініка гострого гнійного періодонтиту.
- 1.9. Клініка гострого серозного періодонтиту.
- 1.10. Діагностика гострого періодонтиту.
- 1.11. Лікування гострих періодонтитів.
- 1.12. Клініка гранулюючого періодонтиту.
- 1.13. Клініка гранулематозного періодонтиту.
- 1.14. Клініка фіброзного періодонтиту.
- 1.15. Рентгенологічні ознаки періодонтитів і їх оцінка.
- 1.16. Реплантація. Показання і протипоказання, методика проведення, можливі помилки і ускладнення.
- 1.17. Гемисекція. Показання і протипоказання, методика проведення, можливі помилки і ускладнення.
- 1.18. Ампутація кореня. Показання і протипоказання, методика проведення, можливі помилки і ускладнення.
- 1.19. Коронаро-радикулярная сепарація. Показання і протипоказання, методика проведення, можливі помилки і ускладнення.

2. Тестові завдання з однією правильною відповіддю (α=Π) :

2.1. По класифікації Лукомського гострий періодонтит розділяють на:

- A. Серозний і гнійний.
- B. Фіброзний, гранулюючий.
- C. Фіброзний, гранулюючий, гранулематозний.
- D. Маргінальний, апікальний.
- E. Усі відповіді правильні.

(Правильна відповідь: A)

2.2. При гострому серозному періодонтиті зміни на рентгенограмі:

- A. Відсутні.
- B. Незначне розширення періодонтальної щілини.
- C. Звуження періодонтальної щілини.
- D. Вогнище деструкції кісткової тканини округлої форми в діаметрі до 5 мм.
- E. Вогнище деструкції кісткової тканини з нечіткими межами.

(Правильна відповідь: A)

2.3. Лікування гострого гнійного періодонтиту фронтального зуба верхньої щелепи полягає в:

- A. Видаленні зуба.
- B. Створенні відтоку ексудату через кореневий канал.
- C. Проведенні розтину по перехідній складці в ділянці причинного зуба.
- D. Призначенні анальгетиків.
- E. Усі відповіді вірні.

(Правильна відповідь: B)

3. Тестові завдання з множинним вибором:

3.1. Назвіть етапи операції видалення зуба :

- A. накладення щипців;
- B. просування щипців;
- C. зімкнення щипців (фіксація);
- D. вивих зуба (люксація або ротація зуба);
- E. виведення зуба з лунки (тракція).

(Правильна відповідь: A, B, C, D, E).

3.2. Вкажіть місцеві ускладнення операції видалення зуба :

- A. непритомність;
- B. перелом коронки зуба або його кореня;
- C. вивих і перелом сусідніх зубів;
- D. відрив горба верхньої щелепи;

Е. перелом нижньої щелепи
(Правильна відповідь: В, С, D, E).

3.3. Назвіть методи хірургічного лікування хронічних періодонтитів :

- А. резекція верхівки кореня;
- В. гемисекція;
- С. коронарорадикулярная сепарація;
- Д. периостотомія;
- Е. цистостомія.

(Правильна відповідь: А, В, С).

4. Завдання для самоконтролю:

4.1. Хворий скаржиться на різкий постійний біль в області 21 зуба, що іррадіює в око і скроню. Застосування холоду зменшує біль, тепло посилює. Відмічає відчуття зуба, що «виріс», дотик до нього викликає посилення болю. Об'єктивно: на піднебінній поверхні коронки 21 є глибока каріозна порожнина, ясна біля зуба гіперемійовані, набряклі, перкуссія зуба різко хвороблива, спостерігається рухливість зуба I - II мір. На рентгенограмі альвеолярного відростка змін не спостерігається. Поставте діагноз, складіть план лікування.

(Правильна відповідь: Гострий гнійний періодонтит 21. Зуб підлягає медикаментозному лікуванню (розкриття кореневого каналу для забезпечення відтоку ексудату, медикаментозна обробка кореневого каналу).

4.2. Хворий скаржиться на сильний, пульсуючий біль в області 35, наявність в зубі каріозної порожнини. Зуб раніше не лікований. Об'єктивно: перкуссія зуба різко хвороблива, зуб рухливий, ясна набряклі, гіперемійовані, збільшені і хворобливі поднижнечелюстные лімфовузли. Поставте діагноз, складіть план лікування.

(Правильна відповідь: Гострий гнійний періодонтит 35. Зуб підлягає медикаментозному лікуванню (розкриття кореневого каналу для забезпечення відтоку ексудату, медикаментозна обробка кореневого каналу).

4.3. Хворий звернувся із скаргами на постійний біль в 34 зубі, який посилюється при тому, що накушує. Тиждень тому на зуб була накладена герметична пов'язка з миш'яковистою пастою. Біль зменшився, на повторний прийом до лікаря не звернувся. Об'єктивно: в 34 тимчасова пломба на жувальній поверхні, перкуссія різко хвороблива, зуб стійкий, ясна в області кореня без патологічних змін. Поставте діагноз, складіть план лікування.

(Правильна відповідь: Гострий серозний періодонтит 34, що виник в результаті токсичної дії миш'яковистої пасти (миш'яковистий періодонтит). Зуб підлягає медикаментозному лікуванню (розкриття кореневого каналу для забезпечення відтоку ексудату, медикаментозна обробка кореневого каналу).

4.6. Перелік індивідуальних завдань (робочою учбовою програмою по предмету не передбачено).

4.7. Розподіл балів, які привласнюються студентам.

Максимальна кількість балів, яка привласнюється студентам при засвоєнні модуля (залікового кредиту), - 200, у тому числі за поточну учбову діяльність - 120 балів (60%), за результатами модульного підсумкового контролю - 80 балів (40%).

Традиційна оцінка	Конвертація у бали
"5"	8
"4"	6
"3"	4
"2"	0

4.8. Перелік теоретичних питань до підсумкового модульного контролю.

1. Підготовка пацієнта і порожнини рота до операції видалення зуба.
2. Операція видалення зуба. Етапи. Особливості видалення окремих груп зубів і коренів на верхній і нижній щелепах.
3. Ускладнення при видаленні зубів і коренів на верхній і нижній щелепах. Діагностика, лікування.
4. Інструментарій для типового і атипичного видалення зуба, його призначення, дія.
5. Інструментарій для видалення зубів і коренів на верхній щелепі. Будова і правила використання.
6. Інструментарій для видалення зубів і коренів на нижній щелепі. Будова і правила використання.
7. Атипичне видалення зубів. Методика. Відхід за післяопераційною раною.
8. Види і терміни загоєння послеэкстракционной рани.

9. Атипове видалення ретенірованих і дистопірованих зубів. Показання. Методика виконання операції. Альвеолектомія. Ускладнення і їх лікування.
10. Кровотеча після видалення зуба : причини, методи зупинки, профілактика.
11. Альвеолит: етіологія, лікування. Відхід за раною в післяопераційному періоді.
12. Луночковий біль: етіологія, клініка, лікування.
13. Тактика лікаря при перфорації дна верхньощелепної пазухи під час видалення зуба.
14. Тактика лікаря при проштовхуванні зуба у верхньощелепну пазуху.
15. Тактика лікаря при проштовхуванні зуба в тканині дна порожнини рота.
16. Профілактика ускладнень операції видалення зуба.
17. Гострий періодонтит. Класифікація, клініка, діагностика, лікування.
18. Хронічний періодонтит. Класифікація, клініка, діагностика, лікування.
19. Хірургічні методи лікування хронічного періодонтиту.
20. Причини загострення хронічного періодонтиту, патогенез, лікування ускладнень.

4.9. Перелік практичних завдань і робіт до підсумкового модульного контролю (з типової учбової програми).

1. Провести опитування пацієнта з патологією щелепно-лицевої ділянки.
2. Провести клінічне обстеження пацієнта з патологією щелепно-лицевої ділянки.
3. Оформити амбулаторну карту пацієнта, встановити діагноз скласти план лікування пацієнта з патологією щелепно-лицевої ділянки.
4. Вміти виконати будь-який метод місцевого знеболення в щелепно-лицевій ділянці.
5. Інтерпретувати результати додаткових методів обстеження (лабораторних, клінічних, біохімічних, спеціальних).
6. Провести типову операцію видалення зуба.
7. Провести нетипову операцію видалення зуба.
8. Вміти зупинити кровотечу після видалення зуба.
9. Встановити діагноз та надати допомогу хворому на альвеоліт та альвеолоневрит.
10. Виконати резекцію верхівки кореня.
11. Виконати гемісекцію.
12. Виконати реплантацію.
13. Виконати ампутацію кореня.
14. Виконати коронорадикулярну сепарацію.

5. Оцінювання дисципліни.

Форми контролю і система оцінювання здійснюються відповідно до вимог програми дисципліни і Інструкції про систему оцінювання учбової діяльності студентів при кредитно-модульній системі організації учбового процесу, затвердженої МОЗ України. Оцінка за модуль визначається як сума оцінок поточної учбової діяльності (у балах) і оцінки підсумкового модульного контролю (у балах), яка виставляється при оцінюванні теоретичних знань і практичних навичок відповідно до переліків, визначених програмою дисципліни.

Поточний контроль здійснюється на кожному практичному занятті відповідно до конкретних цілей з кожної теми. При оцінюванні учбової діяльності студентів необхідно робити перевагу стандартизованим методам контролю: тестуванню, структурованим письмовим роботам, структурованому за процедурою контролю практичних навичок в умовах, які наближені до реальних.

6. Рекомендована література.

Основна література.

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; у 2 т. - Т. 2/ В. О. Маланчук, І.П. Логвіненко, Т. О. Маланчук, О. Л. Циленко - До.: ЛОГОС, 2011. - С. 145-213.
2. Хірургічна стоматологія і щелепно-лицьова хірургія. Національне керівництво / під ред. А.А. Кулакова, Т. Г. Робустовой, А.И. Неробеева. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2010. - 576 с.
3. Переклад з видання: Терапевтична стоматологія: підручник; У 4 т. - Т. 2. Карієс. Пульпіт. Періодонтит. Ротовий сепсис / Н.Ф. Данилевский, А.В. Борисенко, А.М. Политун та ін.; під. ред. Проф. А.В. Борисенко. - До.: Медицина, 2010. - 544 с.

Додаткова:

1. Заусаев В. І., Наумов П. В., Новоселів Р. Д. та ін. Хірургічна стоматологія. М.: Медицина, 1981. - С. 24-41.
2. Основи хірургічної стоматології. / Бернадский Ю.И., До.: Вища школа, 1994. - С. 23-39.
3. Бернадский Ю.И. Травматологія і відновна хірургія щелепно-лицьової області. - Київ: Вища школа, 1999. - 389 с.

4. Робустова Т. Г. Хірургічна стоматологія. - М.: Медицина, 2003. - 504 с.
5. Хірургічна стоматологія. / Під ред. проф. П. Г. Робустовой. М., Медицина, 1990.
6. Тимофеев А.А. Керівництво по щелепно-лицьовій хірургії і хірургічній стоматології. Т. 1., До.: "Червона-Рута-Турс". 1997 - С. 70-76.
7. Шаргородский А.Г. Керівництво до практичних занять по хірургічній стоматології. М.: Медицина. 1976.- С. 41-48.

**№ 4. Хвороби прорізування зубів – ретенція, дистопія: клініка, діагностика, лікування.
Перикороніт, періостит щелеп: етіологія, класифікація, клініка, діагностика, лікування.**

1. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 1.1 Знати клінічні прояви дистопії і ретенції, методи їх діагностики і лікування
- 1.2 Уміти обстежувати хворого; встановити діагноз; призначити і трактувати додаткові методи обстеження; намітити план лікування при хворобах прорізування зубів
- 1.3 Знати класифікацію перикоронаритів, клініку, основні симптоми перикоронаритів, основні принципи лікування
- 1.4 Уміти визначити течію перикоронарита, його форму, скласти план обстеження хворого з перикоронаритом, визначити показання до видалення зуба «мудрості», провести знеболення (місцеве) при хірургічному лікуванні із приводу, перикоронарита, провести розтин капюшона над зубом «мудрості» або його видалення за свідченнями, провести видалення зуба «мудрості» (за свідченнями)
- 1.5 Знати класифікацію одонтогенних периоститів щелеп, клініку, основні симптоми гострих і хронічних периоститів щелеп
- 1.6 Засвоїти методи діагностики, загальні принципи лікування
- 1.7 Уміти діагностувати перебіг періоститу, його форму, скласти план обстеження хворого з одонтогенним періоститом, зробити знеболення (місцеве) при хірургічному лікуванні гострого періоститу, зробити розріз при періоститі (з розтином окістя)

2. БАЗОВИЙ РІВЕНЬ ПІДГОТОВКИ

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. 1. Етика і деонтологія	Встановити психологічний контакт з хворим
2. 2. Нормальна анатомія	Знати анатомічну будову щелеп і зубів
3. 3. Нормальна фізіологія	Знати функціональні можливості зубів і щелеп в нормі
4. Патоморфологія	Описувати морфо-функціональні зміни в щелепах при ретенції, дистопії, перикоронарите, періоститі
5. Пропедевтика внутрішніх хвороб	Застосовувати методи обстеження хворого при різних видах патології прорізування зубів, перикоронарите, періоститі
6. Рентгенологія	Уміти описати рентгенологічні знімки щелеп
7. Клінічна фармакологія	Знати дію, показання до застосування, протипоказання, дозування, схеми призначення медикаментозних препаратів вживаних при лікуванні патології прорізування зубів, перикоронариті, періоститі

3. ОРГАНІЗАЦІЯ ЗМІСТУ УЧБОВОГО МАТЕРІАЛУ.

Ретенція зуба (затримка) - затримка термінів прорізування нормально сформованого постійного зуба. Розрізняють повну і неповну ретенцію. Повна ретенція - коли зуб, що не прорізається, повністю знаходиться в кістковій тканині. Повна ретенція має 3 ступеня:

I ступень - товщина кісткової тканини від коронки ретинованого зуба до альвеолярного краю щелепи (рентгенологічно) не перевищує 1 мм.

II ступень - товщина кісткової тканини над ретинованим зубом від 1 до 3мм.

III ступень - товщина кісткової тканини над зубом перевищує 3 мм.

Напівретенція - неповне прорізування зуба через кісткову тканину щелепи або слизову оболонку.

Дистопія - неправильне положення зуба, що прорізається, в зубному ряду, або аномальне положення зуба в щелепі. Зустрічаються також надкомплектні зуби.

Ретенція спостерігається при прорізуванні постійних зубів, частіше - верхніх іклів і нижніх зубів "мудрості", рідше - малих корінних зубів і верхніх зубів "мудрості".

Дистопованими частіше бувають нижні зуби "мудрості", рідше — верхні ікла і зуби "мудрості", а також премоляри. Дистопія на верхній щелепі відзначається у вестибулярну сторону, тверде піднебіння, власне в порожнину рота, у бік передньої стінки і вилицюватого відростка верхньощелепної кістки. На нижній щелепі — у бік порожнини рота, в тіло, кут і гілку нижньої щелепи.

Причини затримки прорізування зубів остаточно не з'ясовані, однак клінічні спостереження спонукають дослідників зв'язувати ретенцію з такими основними групами чинників;

- обмінні чинники і інфекція;
- філогенетичні чинники;
- місцеві чинники.

До числа чинників першої групи відносять: ендокринні порушення (особливо щитовидної і паращитовидної залоз), рахіт, сифіліс, авітамінози і так далі. В результаті цих загальних несприятливих впливів на організм дитини може розвинути диспропорція між темпами розвитку окремих частин щелепи, порушення формування або загибель зубних зачатків.

Філогенетичний чинник: в процесі філогенезу людини відбувається поступове зменшення розміру щелеп; при цьому число зубів і їх розміри залишаються практично стабільними. В результаті вказаної диспропорції зубам, які прорізаються, найчастіше бракує місця в зубному ряду. Дякуючи цьому, вони залишаються в товщі альвеолярного відростка або тіла щелепи. Крім того, альвеолярний відросток, який містить повний комплект зубних зачатків, не завжди може поміститися на тілі щелепи, а тому він розповсюджується на внутрішню поверхню гілки нижньої щелепи, де неможливе прорізування зуба мудрості (третього моляра).

До чинників місцевого характеру відносять:

- інтоксикація зачатка постійного зуба продуктами запалення навколо молочного зуба;
 - затримка молочного зуба в лунці і перекриття ним шляхи для прорізування постійного зуба;
 - зрощення затриманого зуба з коренем сусіднього зуба, який прорізується;
 - занадто рання втрата молочного зуба і пов'язане з цим утворення щільного рубця на альвеолярному гребені;
 - конвергенція коронок двох зубів, які граничать з передчасно видаленим молочним зубом; постійний зуб, який прорізується йому на зміну зустрічає на своєму шляху дві перешкоди у вигляді нахилених один до одного коронок зубів (у цих випадках зазвичай має місце напівретенція постійного зуба);
 - патологічні розростання на корені зуба (цементомі, кісткові відкладання);
 - наявність викривлення кореня зуба;
 - розміщення зубного зачатка занадто глибоке в тілі щелепи;
 - наявність щільних рубців на яснах (в наслідок перенесеного запалення в молочних зубах або травми);
 - розвиток навколо зубного зачатка так званої фолікулярної кістки, вміст якої давить на зачаток зуба;
 - запалення зубного зачатка і навколишніх тканин;
 - збільшення об'єму зубного зачатка у вигляді емалевих крапель або дентинних острівців.
- И.Г. Лукомський (1943) окрім перерахованих причин ретенції зубів надає велике значення інтоксикації фолікула постійного зуба продуктами запалення, яке розвинулося навколо гангренозних коренів молочних зубів; він вважає, що інтоксикація може позбавити зачаток постійного зуба, який вже розвинувся, можливості до подальшого прорізування.

Механізм розвитку фолікулярної кістки навкруги дистопованого зуба можна уявити собі так: в зачаток ретензованого зуба, розташованого в неповноцінних тканинах, проникає гематогенним або лімфогенним шляхом інфекція; не вимикається також можливість проникнення інфекції з сусіднього, раніше гангренозного зуба, що прорізається. Запалення, яке виникло в зубному зачатку призводить до роздратування і ушкодження зовнішнього епітелію емалевого органу. В результаті починається неправильне і надмірне прискорене розмноження клітин епітелію, які утворюють кістозну оболонку.

У клініці спостерігаються випадки, коли ретензованого зуб знаходиться в товщі щелепи і не пов'язаний через перфораційний отвір з інфікованою порожниною рота, але викликає запальний процес. Виникнення останнього можна пояснити в цих випадках таким чином: тверді тканини, в яких залягає ретенований зуб, є в імунологічному відношенні більше чутливими, ніж інші тканини. Сам факт ретенції вже служить свідомством якихось трофічних порушень в них.

Залежно від розташування напівретензованого або ретензованого нижнього зуба мудрості розрізняють наступні його положення:

- вертикальне - вісь зуба розташована паралельно осі другого моляра;
- горизонтальне - вісь зуба розташована перпендикулярно до осі другого моляра;
- медіально-косе - вісь зуба мудрості нахилена до осі другого моляра;
- дистально-косе - вісь зуба мудрості, нахилена під гострим кутом до переднього краю гілки нижньої щелепи;
- мовно-косе (язичне) - вісь зуба мудрості нахилена в язичну сторону;
- щічно-косе (щічне) - вісь зуба мудрості нахилена в щічну сторону;
- комбіноване - комбінація попередніх положень.

Клінічні прояви затримки прорізування зубів можуть бути відсутніми цілком, або ж характеризуватися деякими симптомами.

Ретенвані зуби досить часто виявляються випадково при рентгенологічному обстеженні щелепи з інших причин.

Діагностика: об'єктивними ознаками ретенції зуба служать:

відсутність відповідного зуба в зубному ряду за умови, що в анамнезі немає вказівок на його видалення; наявність молочного зуба на місці відсутнього постійного; неправильне положення сусіднього зуба в зубному ряду; наявність кісткового випинання на зовнішній або внутрішній поверхні тіла або альвеолярного відростка щелепи; розхитаність сусідніх зубів без зовнішньої помітної причини; скарги на біль в щелепі, відчуття парестезії в зубах або губах і інших патологічних станів у відповідній ділянці щелепи; наявність на рентгенограмі тіні затриманого зуба. У ряді випадків навколо затриманого зуба або поряд з ним видно фолікулярна кіста або одонтогена пухлина - адамантинома.

Затримка прорізування може ускладнитися такими запальними захворюваннями: пульпітом в затриманому або сусідньому з ним зубі, який прорізався, запаленням періодонту ретенваного або сусіднього зуба, остеомієлітом щелепи, перикоронаритом, періоститом, абсцесом, флегмоною або їх поєднанням.

Запалення в періодонті, щелепі, окісті і лімфовузлах спостерігається зазвичай при напівретенції, коли невелика ділянка зуба, який прорізався створює в слизовій оболонці рота своєрідні осередки для проникнення інфекції в періодонт, кістку. Найчастіше запальні ускладнення мають місце при неповному, або так званому ускладненому прорізуванні нижнього зуба мудрості.

Лікування затримки прорізування зуба може бути консервативним (ортодонтичним) або хірургічним. Консервативне лікування зводиться до того, що забезпечується місце для зуба, який не прорізався (шляхом ортодонтичних переміщень зубів, які прорізулися), або створюються умови для функціонального роздратування ясен; під його впливом в зубі, який затримався збуджується потенція до прискорення прорізування.

Хірургічне лікування застосовується більшістю лікарів лише в тих випадках, коли неможливо використати консервативні методи, або ж затримки прорізування ускладнилася яким-небудь неврологічним або запальним ускладненням. Лікування невеликих ускладнень зазвичай зводиться до видалення зуба разом з патологічним осередком - новоутворенням або запальною ділянкою (кістка, ділянка кістки, яка секвеструвала, перикоронарний капюшон, грануляційна тканина).

Деякі автори вважають, що видалення ретенваного зуба, який не викликав яких-небудь місцевих або загальних патологічних змін, не повинне проводитися. В протилежність їм існує думка, згідно котрому затриманий зуб підлягає, як правило, видаленню.

Методика лікування хворих із затримкою прорізування зубів повинна визначатися не лише наявністю або відсутністю запальних і інших ускладнень, але також і мірою складності і безпеки самого методу хірургічного втручання. За відсутності яких-небудь ускладнень немає показань для видалення зуба, особливо при глибокому його розташуванні в товщі тіла нижньої щелепи. Видалення такого зуба буває іноді важким і довготривалим оперативним втручанням, здатним викликати ряд найближчих або віддалених стійких ускладнень (кровотеча з нижньоальвеолярної артерії, парестезії, невралгії трійчастого нерва, травматичний остеомієліт щелепи).

Методика видалення ретенваних зубів може бути різноманітною, що залежить, головним чином, від їх локалізації. Хірург повинен вибрати такий підхід до ретенваного зуба, щоб операція була менш травматичною, нетривалою і не погрожувала хворому важкими загальними або місцевими ускладненнями під час або після неї.

Оперативний доступ визначається розташуванням ретенваного зуба і може бути внутрішньо- і позаротовим.

1. Виникненню гострого перикоронариту передують:

- а) ускладнене прорізування зубів «мудрості»;
- б) травма «капюшона» при розжовуванні твердої їжі.

- в) загострення хронічного періодонтиту зубів «мудрості»
- г) пародонтит
- д) гінгівіт

2. Клінічний прояв перикоронарита залежить від:

- а) реактивності організму хворого;
- б) типу запальної реакції;
- в) вірулентності мікрофлори;
- г) локалізації запального процесу;

3. Причиною виникнення гострого перикоронарита у хворих є:

- а) запалення навколишніх тканин зубів «мудрості» як нижньої, так і верхньої щелепи;
- б) неправильне розташування зубів «мудрості» - дистопія, ретенція.
- в) негативна ретрамолярна діастема (щілина)

4. Клінічний прояв гострого перикоронарита при прорізуванні зубів

«мудрості»

- а) температура 37,5-37,8 і біль в області зуба мудрості, що віддають у вухо, обмеження рота, біль при ковтанні з хворого боку збільшення і хворобливість поднижньощелепного лімфовузла;
- б) набряк і гіперемія м'яких тканин зубів, що покривають жувальну поверхню «мудрості», іноді поширюється на область крилоподібно-щелепної складки, ділянка передньої піднебінної дужки;
- в) легке натискання на капюшон що покриває жувальну поверхню зуба, викликає больові відчуття, з-під капюшона виділяється гноєподібна рідина з домішкою крові.

Структурно-логічна схема змісту :

Класифікація

Гостра фаза	Хронічна фаза
-------------	---------------

Діагностика

Скарги	Анамнез захворювання	Місцевий статус	Рентгенографія
--------	----------------------	-----------------	----------------

Диференціальна діагностика

1.Періостит альвеолярного відростка нижньої щелепи. 2.Ретромолярний періостит.	Остеомієліт	
---	-------------	--

Лікування

Хірургічне	Медикаментозне
- розтин капюшона - видалення капюшона - видалення зуба «мудрості» - дронування лунки рани	- протизапальна терапія - протиінтоксикаційна терапія - стимулююча терапія - симптоматична терапія

Фізіотерапія

УВЧ	УФ	Ультразвук	Електрофорез
-----	----	------------	--------------

1. Виникненню гострого одонтогенного періоститу передують такі захворювання:

- а) загострення хронічного періодонтиту;
- б) альвеоліти;
- в) ускладнене прорізування зубів мудрості;
- г) пародонтити;
- д) травматичне видалення зубів.

2. Клінічний прояв одонтогенного періоститу залежить від:

- а) реактивності організму хворого;
- б) типу запальної реакції;
- в) вірулентності мікрофлори;

г) локалізації запального процесу.

3. Причиною виникнення гострого одонтогенного періоститу нижньої щелепи в хворих може бути:

а) запалення, яке є в тканинах перших великих корінних зубів, третіх великих корінних зубів, других малих корінних зубів;

б) запалення, яке частіше локалізується в тканинах перших великих корінних зубів, других і третіх молярів.

4. Клінічний прояв гострого одонтогенного періоститу щелеп це:

а) біль, який спочатку локалізується у причинного зуба, а згодом - біль в зубі зменшується, з'являється припухлість особи і біль в щелепі, яка віддає по ходу гілок трійчастого нерва (на верхній щелепі - в скроневу область, око; на нижній щелепі - у вухо);

б) набряк м'яких тканин, локалізація його залежить від локалізації причинного зуба;

в) в порожнині рота, в області причинного зуба, з'являється гіперемія і набряк слизової оболонки перехідної складки, а потім валикоподібне випинання – підокисний абсцес.

Структурно-логічна схема змісту

Класифікація

Гостра стадія	Хронічна стадія
---------------	-----------------

Діагностика

Скарги	Анамнез захворювання	Місцевий статус	Рентгенографія
--------	----------------------	-----------------	----------------

Диференціальна діагностика

Періостит	Остеомієліт	Доброякісні пухлини	Злоякісні пухлини
-----------	-------------	---------------------	-------------------

Лікування

Хірургічне:	Медикаментозне:
- видалення причинного зуба;	- протизапальна терапія;
- розтин гнійника;	- дезінтоксикація;
- дренажування.	- стимулююча терапія;
	- симптоматична терапія.

Фізіотерапія

УВЧ	УФО	Ультразвук	Електрофорез
-----	-----	------------	--------------

4. ПЛАН І ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА УЧБОВОГО ЗАНЯТТЯ ПО ДИСЦИПЛІНІ

№ з/п	Етапи заняття	Розподіл часу	Види контролю	Засоби навчання
1.	Підготовчий етап.	15 хв.	Усне опитування за переліком питань. Письмове тестування.	Комп'ютер (ноутбук). Мультимедійні методичні розробки. Анатомічні муляжі. Відео- і фотоматеріали. Електронні довідники.
1.1	Організаційні питання.			
1.2	Формування мотивації.			
1.3	Контроль початкового рівня підготовки (стандартизовані засоби контролю).			
2.	Основний етап (вказати усі види робіт, які виконують студенти під час цього етапу).	60 хв.	Практичний тренінг. Рішення клінічних завдань. Створення алгоритмів лікарських дій, професійний тренінг.	
3.	Завершальний етап.	15 хв.	Тестування. Практичні завдання. Ситуаційні і нетипові завдання. Усне опитування.	
3.1	Контроль кінцевого рівня підготовки.			
3.2	Загальна оцінка учбової діяльності студента.			
3.3	Інформування студентів про тему наступного заняття.			

4.5. Види самостійної роботи студентів

1. Вивчити такі питання ($\alpha = I$) :
 - 1.1 Особливості анатомічної будови щелеп і зубів.
 - 1.2 Терміни прорізування зубів.
 - 1.3 Причини порушення прорізування зубів
 - 1.4 Дайте визначення термінам - дистопія, ретенція
 - 1.5 Дайте визначення терміну - перикоронарит
 - 1.6 Класифікація перикоронаритов
 - 1.7 Які клінічні ознаки характерні для перикоронаритов
 - 1.8 Лікування перикоронаритов
 - 1.9 Дайте визначення терміну - періостит щелепи.
 - 1.10 Класифікація періоститів щелеп
 - 1.11 Охарактеризуйте поняття - одонтогенний періостит.
 - 1.12 Які клінічні ознаки характерні для періоститів щелеп
 - 1.13 Лікування періоститів щелеп
2. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю ($\alpha = II$) :
 - 2.1. Ретенція зуба це:
 - A. Затримка прорізування повністю сформованого зуба
 - B. Наявність у зуба надкомплектного кореня
 - C. Неправильне положення зуба в зубній дузі
 - D. Ускладнення прорізування зуба «мудрості»
 - E. Аномалія анатомічної будови зуба(Правильна відповідь: A)
 - 2.2. Дистопія зуба це:
 - A. неправильне положення зуба в зубній дузі
 - B. Наявність у зуба надкомплектного кореня
 - C. Затримка прорізування повністю сформованого зуба
 - D. Ускладнення прорізування зуба «мудрості»
 - E. Аномалія анатомічної будови зуба(Правильна відповідь: A)
 - 2.3. Які додаткові методи діагности проводять для уточнення діагнозу ретенції і дистопія зуба :
 - A. Рентгенодіагностику
 - B. Загальний аналіз крові і сечі
 - C. ЭОД
 - D. Біопсію
 - E. Сіалографію(Правильна відповідь: A)
 - 2.4. Клінічні ознаки гострого одонтогенного гнійного періоститу щелепи :
 - A. Біль в щелепі, інфільтрат по перехідній складці в області причинного зуба і 2-х сусідніх, наявність «причинного» зуба, підвищення температури тіла до $37,5^{\circ}\text{C}$, позитивний симптом флюктуації
 - B. Пульсуючий біль в зубі з іррадіацією, яка зменшується від холоду, колатеральний набряк м'яких тканин в межах одного зуба, перкусія «причинного» зуба різко хвороблива
 - C. Висока температура до $39,0^{\circ}\text{C}$, лихоманка, "муфтоподібний" інфільтрат альвеолярного відростка, рухливість причинного і сусідніх зубів, позитивний симптом Венсана
 - D. Біль в щелепі, колатеральний набряк по перехідній складці в області причинного зуба і 2-х сусідніх, наявність «причинного» зуба, підвищення температури тіла до $37,0^{\circ}\text{C}$, симптом флюктуації відсутній
 - E. Коронка «причинного» зуба зруйнована повністю, перкусія злегка хвороблива, слизова оболонка ясен навколо зуба без змін, на рентгенограмі «причинного» зуба, біля його кореня є розрідження кісткової тканини з чіткими межами, температура тіла $36,6^{\circ}\text{C}$(Правильна відповідь: A)
- 2.1. Клінічні ознаки гострого одонтогенного серозного періоститу щелепи :
 - A. Біль в щелепі, колатеральний набряк по перехідній складці в області причинного зуба і 2-х сусідніх, наявність «причинного» зуба, підвищення температури тіла до $37,0^{\circ}\text{C}$, симптом флюктуації відсутній
 - B. Пульсуючий біль в зубі з іррадіацією, яка зменшується від холоду, колатеральний набряк м'яких тканин в межах одного зуба, перкусія «причинного» зуба різко хвороблива

С. Висока температура до 39,0°C, лихоманка, "муфтоподібний" інфільтрат альвеолярного відростка, рухливість причинного і сусідніх зубів, позитивний симптом Венсана

Д. Біль в щелепі, інфільтрат по перехідній складці в області причинного зуба і 2-х сусідніх, наявність «причинного» зуба, підвищення температури тіла до 37,5°C, позитивний симптом флюктуації

Е. Коронка «причинного» зуба зруйнована повністю, перкусія злегка хвороблива, слизова оболонка ясен навколо зуба без змін, на рентгенограмі «причинного» зуба, біля його кореня є розрідження кісткової тканини з чіткими межами, температура тіла 36,6°C

(Правильна відповідь: А)

1. Тестові завдання з множинним вибором відповіді :

3.1. Що є клінічними симптомами гострого гнійного перикоронарита?

- А. Позитивний симптом вазо-пареза
- В. Наявність запаленого «капюшона»
- С. Біль при ковтанні
- Д. Ускладнене відкривання рота
- Е. Біль в щелепі

(Правильні відповіді: В, С, D, Е)

3.2. Що є необхідним при хірургічному лікуванні гострого гнійного перикоронарита?

- А. Хірургічне видалення «капюшона»
- В. Хірургічний розгин «капюшона»
- С. Дренування розрізу
- Д. Прийом антибактеріальних і протизапальних препаратів
- Е. Полоскання порожнини рота антисептичними розчинами

(Правильні відповіді: А, С, D, Е)

3.1. Що є необхідним при хірургічному лікуванні гострого гнійного періоститу щелепи?

- А. Госпіталізація хворого в ЧЛХ відділення
- В. Периостотомія
- С. Дренування розрізу
- Д. Видалення «причинного» зуба за свідченнями
- Е. Медикаментозна терапія

(Правильні відповіді: В, С, D, Е)

4. Завдання для самоконтролю:

4.1 Пацієнт 20 років звернувся із скаргами на відсутність зуба на верхній щелепі у фронтальній ділянці. Зуб не видаляли. Об'єктивно: особа симетрична, слизова оболонка порожнини рота без видимих патологічних змін. 13 - відсутній. Пальпаторно на твердому небі визначається щільне безболісне утворення. Яке додаткове обстеження необхідно провести хворому для уточнення діагнозу? Поставте попередній діагноз. Яка лікувальна тактика пацієнта?

Відповідь: Для уточнення діагнозу необхідно провести рентгенологічне одотримання хворого. Попередній діагноз - ретенція зуба. Необхідно направити хворого на консультацію до ортодонту.

4.2 До лікаря хірургів-стоматологів звернувся хворий 22 років із скаргами на біль і припухлість ясен в області останнього зуба на нижній щелепі справа, хворобливе ковтання (справа), t - 37.8°C. Хворий відповідає, що загострення болів в області цього зуба було 2 рази, але до лікаря не звертався. Об'єктивно: Особа симетрична в правій піднижньо-щелепної ділянки відзначається збільшений, хворобливий лімфатичний вузол. Ріст відкриває обмежено до 2 см

У порожнині рота 38 зуб прорізався частково, знаходиться в зубній дузі, дистальні його горби покриті «капюшоном», слизова оболонка його набрякла, гіперемована, при пальпації різко хвороблива, з під капюшона виділяється гній. Встановіть діагноз і призначте лікування.

Відповідь: Гострий гнійний перикоронарит в області 38. Хворому необхідно зробити розгин капюшона і призначити антибактеріальне і протизапальне лікування.

4.6. Перелік індивідуальних завдань.

1. Уміти провести диференціальну діагностику між різними видами ускладненого прорізування зубів, перикоронаритами, періоститами.
2. Опанувати методики видалення ретенірованих і дистопірованих зубів, периостотомии, розгини і видалення «капюшона».
3. Знати схеми медикаментозного лікування гострих серозних, гнійних перикоронаритів і періоститів щелеп.

4.8. Перелік теоретичних питань до підсумкового модульного контролю (з типової учбової програми).

1. Терміни прорізування зубів.
2. Етіологічні причини порушення прорізування зубів
3. Дайте визначення діагнозам - дистопія, ретенція
4. Дайте визначення діагнозу - перикоронарит
5. Класифікація перикоронаритов
6. Які клінічні ознаки характерні для перикоронаритов
7. Методи лікування різних форм перикоронаритов
8. Дайте визначення діагнозу - періостит щелепи.
9. Класифікація періоститів щелеп
10. Охарактеризуйте поняття - одонтогенний періостит.
11. Які клінічні ознаки характерні для періоститів щелеп
12. Методи лікування періоститів щелеп

4.9. Перелік практичних завдань і робіт до підсумкового модульного контролю (з типової учбової програми).

1. Обстежувати хворого з ретенцією і дистопією зубів.
2. Описати історію хвороби або амбулаторну картку хворого з гострим гнійним перикоронаритом і періоститом нижньої щелепи.
3. Призначити план обстеження хворого з гострим гнійним перикоронаритом і періоститом нижньої щелепи.
4. Скласти план лікування хворого з гострим гнійним перикоронаритом і періоститом нижньої щелепи.

6. ЛІТЕРАТУРА.

1. Безруков В.М. Руководство по хирургической стоматологии челюстно-лицевой хирургии / В.М.Безруков, Т.Г. Робустова. - М., Медицина, 2000. – С.87-98.
2. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Ю.И. Бернадский. – Беллидкнига, Витебск, 1998. – С.89-94.
3. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология / Т.Г. Робустова. - М., 2003. - С.68-88.
4. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А. Тимофеев. - Киев, 2002. - С. 98-112.
5. Тимофеев А. А. Гнойная хирургия челюстно-лицевой области / А. А. Тимофеев. - Киев: «Червона Рута- Турс», 1995.- С. 49-55,60-65.

№ 5. Остеомієліт щелеп: етіопатогенез, класифікація, клініка, діагностика, диф. діагностика, консервативні та хірургічні методи лікування.

1. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 1.1. Аналізувати розповсюдженість остеомієліту щелеп.
- 1.2. Пояснювати причини виникнення остеомієліту щелеп.
- 1.3. Запропонувати нові підходи в діагностиці гострого та хронічного остеомієліту щелеп.
- 1.4. Класифікувати остеомієліт щелеп.
- 1.5. Трахувати дані рентгенологічних та патоморфологічних досліджень при остеомієліті щелеп.
- 1.6. Малювати схеми обстеження пацієнтів з різними формами остеомієліту щелеп.
- 1.7. Проаналізувати ускладнення, наслідки та прогноз при різних формах остеомієліту щелеп.
- 1.8. Скласти план обстеження та лікування хворих з остеомієлітом щелеп.

2. БАЗОВИЙ РІВЕНЬ ПІДГОТОВКИ

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Анатомія людини.	Знати анатомію щелепно-лицевої ділянки, кровопостачання та іннервацію м'язів голови та шиї. Визначити анатомічну область щелепно-лицевої ділянки.
2. Патоморфологія з секційним курсом.	Знати гістологічну будову та морфологічну структуру патологічно-змінених тканин. Розпізнавати патологічно змінені тканини. Вміти взяти матеріал для патоморфологічного дослідження.
3. Патофізіологія.	Знати етіологію та патогенез захворювань, обмін речовин в

	патологічно змінених тканинах. Вміти логічно представити етіопатогенетичний ланцюг розвитку остеомієлітичного процесу в щелепах.
4. Загальна хірургія.	Знати методи обробки рук хірурга. Вміти накладати шви на тканини.

3. ОРГАНІЗАЦІЯ ЗМІСТУ НАВЧАЛЬНОГО МАТЕРІАЛУ (описується навчальний матеріал, наводяться структурно-логічні схеми, таблиці, малюнки, що відображають зміст основних питань теми заняття).

Остеомієліт щелеп – інфекційний гнійно-некротичний процес, що розвивається в кістці і навколишніх тканинах під впливом агресивних чинників фізичної, хімічної або біологічної природи на фоні попередньої сенсibilізації і нейрогуморальних зсувів, що передують розвитку захворювання. І.І. Єрмолаєв (1977) підкреслює, що остеомієлітом можна вважати не всяке гнійне запалення кістки, а тільки такий процес, при якому виражений некротичний компонент.

Остеомієліти щелеп можуть бути одонтогенними (стоматогенними), травматичними, гематогенними і специфічними. Найбільш часто зустрічаються одонтогенні остеомієліти. Розрізняють три фази перебігу: гостру, підгостру і хронічну. У залежності від протяжності процесу, остеомієліт може бути обмеженим, осередковим і розлитим (дифузійним). При обмеженому остеомієліті патологічний процес локалізований у межах пародонта двох-трьох зубів. При осередковому остеомієліті поряд із ураженням альвеолярного відростку в зазначених межах інфекційно-запальний процес поширюється на частину щелепи – тіло або гілку. Дифузійний остеомієліт характеризується ознаками тотальної поразки половини або всієї щелепи.

У останні роки в клініці спостерігають остеомієліти, що атипично протікають, для яких характерні млявий клінічний перебіг без лихоманки й утворення норниць, незначна деструкція кісткової тканини. Такі форми остеомієліту протікають по типу первинно-хронічного захворювання.

Найбільш докладну класифікацію одонтогенних остеомієлітів, засновану на клініко-рентгенологічних даних, запропонував у 1969 р. М. М. Соловйов. В цей класифікації подані нозологічні форми та фази захворювання, розповсюдженість процесу, форми деструкції кістки. Серед клініко-рентгенологічних форм захворювання автор виділяє гнійний одонтогенний остеомієліт, деструктивний одонтогенний остеомієліт та інші. Одонтогенний гнійний остеомієліт М. М. Соловйов ототожнює з так названим абортивним остеомієлітом, у підгострій фазі якого клінічні прояви інфекційно-запального процесу поступово стихають і цілком зникають.

Поряд із запально-некротичними і дистрофічними змінами в кістковій тканині при остеомієліті відбуваються і репаративні процеси, що виявляється заміщенням ділянок некрозу молодою кістковою тканиною.

Статистика. Дані про частоту одонтогенного остеомієліту, звичайно наведені в підручниках і періодичній пресі, у значній мірі застаріли і не відповідають сучасному розумінню цього захворювання. Дані літератури показують, що одонтогенні остеомієліти щелеп спостерігаються в усіх вікових групах, проте найбільше часто вони зустрічаються у віці 20-40 років. Більшість авторів відзначають, що чоловіки занедажують остеомієлітами частіше, ніж жінки, пояснюючи це тим, що жінки більше піклуються про зберігання зубів. Нижня щелепа уражається остеомієлітом приблизно в 3 рази частіше, чим верхня.

Патологічна анатомія. При одонтогенному остеомієліті щелеп процес охоплює всі компоненти кістки: кістковий мозок, основна речовина кістки, окістя. Крім того, інфекційно-запальний процес поширюється і на навколощелепні м'які тканини, у яких формуються абсцеси і флегмони. Навколощелепні флегмони, що супроводжують остеомієліт, називають остеофлегмонами.

Від одонтогенного періоститу патоморфологічно остеомієліт відрізняється великим обсягом і глибиною ураження кісткової тканини, тобто більшою виразністю явищ некробіозу. Гостра фаза одонтогенного остеомієліту характеризується розлитим гнійним запаленням всіх елементів кістки без чітко вираженої демаркації процесу. Виявляється набряком, повнокров'ям і лейкоцитарною інфільтрацією кісткового мозку, умісту живильних каналів кістки і каналів остеонів, окістя з м'якими тканинами, що прилягають до неї. Судини розширені, повнокровні. Стінки їх набряклі, гомогенізовані, із ділянками некрозу внутрішніх прошарків. Спостерігаються тромбоз і крововилив у навколишні судини тканини. У кістковому мозку зустрічаються зони крововиливу, множинні ділянки гнійної інфільтрації з некрозом у центрі, що можуть носити розлитий характер. Окістя набрякле, разволоконене і відшароване від кістки за рахунок скупчення гнійного ексудату.

За даними В.В. Панікаровського та А.С. Григор'яна при остеомієліті досить рано виявляється реакція з боку кісткових структур, переважно у вигляді резорбції основної речовини кістки, як у кістково-мозкових порожнинах, кісткових каналах, так і на зовнішній поверхні компактного прошарку щелепи відповідно зоні поширення інфекційно-запального процесу в періості. Наслідком цього є витончення кісткових балок, розширення просвітку живильних каналів і каналів остеонів, утворення лакун у компактному прошарку щелепи. В міру стихання гострих запальних явищ у підгострій фазі захворювання спостерігається обмеження зони поширення інфекційно-запального процесу в щелепі і м'яких тканинах, що прилягають до неї, із формуванням по межі осередку ураження валу з грануляційної тканини.

У хронічній фазі одонтогенного остеомієліту добре виявляються ділянки остеонекрозу, навколо яких відбувається розсмоктування, що прилягає до здорової кістки по типу так названої гладкої і пазухової резорбції. Ділянки навколо некротизованого кісткового мозку заміщуються багато васкуляризованою грануляційною тканиною. Посилюється проліферативна реакція як у періості, у виді періостальних нашарувань остеїдної тканини, так і в ендості, де спостерігається формування балок із молоді кісткової тканини.

У терміни від 1 до 2 місяців звичайно завершується формування секвестрів (повне відділення ділянок остеонекрозу від непошкодженої кістки). Розмір і форма секвестрів різноманітні. У одних випадках це одиничні або множинні дрібні секвестри (міліарні), в інших - великі ділянки щелепи на всю її товщину. Дефект щелепи, що виникає у результаті формування секвестру, заповнюється знову утвореної кісткової і грануляційної тканиною. Такий дефект або секвестральна порожнина має норицевий хід, вистелений грануляційною тканиною, що відчиняється в ділянці шкірних покривів або на слизовій оболонці порожнини рота.

Дрібні секвестри можуть цілком розсмоктуватися. При великих секвестрах подібний вихід теоретично можливий, але для цього потрібне багато місяців і навіть роки.

Після хірургічного видалення або самовільного відходження секвестру, секвестральна порожнина спочатку заповнюється сполучної тканиною, а потім знову утвореною кістковою тканиною. Норицевий хід рубцюється.

Визначна роль у виникненні і розвитку хронічних остеомієлітів щелеп належить автоімунним процесам. У ряді випадків запалення на такій імунній основі може одержувати риси патологічної реакції. При цьому аутоантитіла виявляють агресивні властивості у відношенні не тільки денатурованої, але і непошкодженої кісткової тканини, впливаючи тим самим на тривалий перебіг захворювання, ураження усе нових і нових кісткових структур.

Клінічна картина одонтогенних остеомієлітів визначається низкою причин: вірулентністю мікробів, що викликали захворювання, станом імунологічної реактивності і неспецифічних чинників захисту, віком хворого, видом ураженої щелепи. У кожній фазі одонтогенного остеомієліту поширеність патологічного процесу характеризується відповідними проявами клінічної картини.

У гострій фазі захворювання хворі спочатку звичайно скаржаться на біль в ділянці одного зуба, що явився джерелом інфекції. Проте незабаром до цього приєднуються ознаки запалення періодонту й інших, поруч розташованих зубів. Біль посилюється, набуває характеру рвучої, ірадіює по розгалуженнях трійчастого нерва в орбіту, скроневу ділянку, вухо.

Однієї з характерних скарг при остеомієліті нижньої щелепи є порушення поверхневої чутливості червоної облямівці нижньої губи, слизової оболонки присінку рота, підборіддя відповідної сторони (оніміння, почуття повзання комах) - симптом Венсана. У випадках розвитку гнійно-запального процесу в м'яких тканинах біль як би переміщається за межі щелепи, з'являються скарги, характерні для навколощелепної флегмони (набряклість, зведення щелеп, біль при ковтанні, жуванні). Майже завжди спостерігається головний біль, загальна слабкість, підвищення температури тіла, порушення апетиту і сону.

При опитуванні хворого вдається з'ясувати, що одонтогенному остеомієліту передував гострий апікальний, маргінальний періодонтит або загострення хронічного періодонтиту. Нерідко захворювання виникає після консервативного лікування ускладненого карієсу зубів, видалення зубів із приводу загострення хронічного періодонтиту, нераціонального зубного протезування, котре призвело до травми кругової низки зуба і періодонту. У ряді випадків хворі зв'язують виникнення одонтогенного остеомієліту з переохолодженням, гострими інфекційними захворюваннями (ОРЗ). Хворі бліді. Пульс прискорений, у деяких випадках аритмічний. У ділянці ураженої щелепи виявляються інфільтрація і набряклість м'яких тканин. Визначається смердючий запах із рота. «Причинний» зуб спочатку нерухомий, але незабаром він розхитується. Стануть рухливими і поруч розташовані зуби: перкусія їх хвороблива. Ясна і слизова оболонка перехідної складки в ділянці

зубів, втягнутих у гнійно-запальний процес, набряклі, гіперемовані. Пальпація їх різко хвороблива. Під окістям альвеолярного відростку і тіла щелепи накопичується гній. Слідом за порушенням зубів гній з'являється також у зубоясеневих кишнях. У ряді випадків утворюються підясеневі абсцеси. При проникненні гною в клітинні простори виникають абсцеси і флегмони навколощелепних тканин. У таких випадках виявляються інфільтрація тканин щільної консистенції з гіперемією шкірних покривів. Поруч з інфільтратом з'являється різко виражений колатеральний набряк м'яких тканин. Відбитком запальної реакції при остеомієліті може бути також регіонарний лімфаденіт. Інфільтрація м'яких тканин нерідко поширюється на жувальні м'язи, що веде до зведення щелеп.

Найбільше постійними і ранніми симптомами при остеомієліті нижньої щелепи є стовщення її країв, порушення поверхневої чутливості червоної кайми нижньої губи і шкіри підборіддя, зміна електрозбудженості зубів. Морфологічним субстратом останнього симптому служить поразка нижнього альвеолярного нерву, що знаходиться в товщі нижньої щелепи.

Для остеомієліту щелеп, як і для будь-якого гострого запального процесу, характерні симптоми гнійно-резорбтивної лихоманки. Відповідна реакція організму залежить від вірулентності інфекції, реактивності хворого, протяжності патологічного процесу. Інтоксикація продуктами розпаду тканин і життєдіяльності мікробів найбільше виражена при розлитих, дифузійних остеомієлітах, гіперергічному типі запальної реакції. Ознаки інтоксикації значною мірою відбиті в скаргах хворих. Загальна реакція організму виявляється лихоманкою, частішанням пульсу і подиху, ознобом, особливо по вечорах, змінами у крові та сечі. Іноді дифузійний остеомієліт протікає при субфебрильній температурі тіла.

Гостра фаза остеомієліту щелеп супроводжується нейтрофільним лейкоцитозом (12-15-109/л) із появою молодих форм нейтрофільних лейкоцитів (палочкоядерні, юні, мієлоцити), еозино- і лимфопенією.

Червона кров у гострій фазі одонтогенного остеомієліту в більшості хворих не змінюється. Лише при розлитому ураженні кістки й навколощелепних тканин, а також у ослаблених хворих зменшується число еритроцитів і знижується утримання гемоглобіну. ШОЕ підвищена до 40-60 мм/г. Співвідношення альбумінів і глобулінів змінюється у бік переваження останніх. У гострій фазі остеомієліту щелеп, у результаті інтоксикації в сечі виявляються сліди вивірки, циліндри, еритроцити.

Гостра фаза остеомієліту верхньої щелепи характеризується більш легким перебігом, укороченням тривалості захворювання, відсутністю великої деструкції кісткової тканини. Остеомієліт верхньої щелепи рідко ускладнюється важкими флегмонами. Така своєрідність клінічного перебігу остеомієліту верхньої щелепи пояснюється її анатомо-топографічними особливостями - гарною васкуляризацією, наявністю великої кількості отворів у кортикальній речовині, що сприяє швидкої евакуації гнійного ексудату під окістя або під слизову оболонку. До верхньої щелепи не прилягають масивні м'язові прошарки, значні клітковинні простори, тому розлиті флегмони, гнійні затоки при остеомієліті цієї кістки виникають рідко.

Водночас при локалізації ураження кісткової тканини в ділянці бугра верхньої щелепи гній може поширитися в крилоподібно-піднебінну ямку, а потім через нижньоочничну щілину на клітковину орбіти. У таких випадках спочатку виникає набряклість вік і підочної ділянки, потім їхня інфільтрація. Гній може проникнути в підскроневу ямку і криловидно-щелепний простір, обумовивши важкий клінічний перебіг захворювання. При одонтогенному остеомієліті верхньої щелепи в ряді випадків у запальний процес утягується верхньощелепна пазуха.

Диференціальна діагностика. Гостру фазу одонтогенного остеомієліту необхідно диференціювати від таких захворювань:

- 1) гострого (або загостреного хронічного) періодонтиту;
- 2) гострого гнійного періоститу;
- 3) ізольованого запального процесу м'яких тканин обличчя (абсцеси, флегмони);
- 4) кіст щелепно-лицевої ділянки, що нагноїлись, (одонтогенні, дермоїдні, епідермоїдні).

Відсутність ознак ураження періосту щелепи і м'яких тканин, що відрізняє гострий гнійний періодонтит від остеомієліту. Осередок запалення при періодонтиті обмежений головним чином лункою одного зуба. Ясна і слизова оболонка перехідної складки можуть бути набряклі, хворобливі при пальпації. Перкусія і тиск на уражений зуб викликає біль; зуб стає рухливим. Стан хворого істотно не погіршується. При своєчасному лікуванні настає видужання. У ряді випадків процес приймає хронічний перебіг.

Гострий гнійний періостит супроводжується порушенням загального стану хворого, субфебрильною температурою, помірними змінами з боку крові. Осередок запалення при періоститі локалізований на

поверхні альвеолярного відростку. У процес втягнуті окістя і м'які тканини, що, як правило, призводить до колатерального набряку і формуванню підокістних гнійників. При своєчасному оперативному втручанні (видалення зуба, скресання гнійника) і раціональної медикаментозної і фізичної терапії процес купується протягом 3-5 днів.

У хворих гострим одонтогенним остеомієлітом більш чітко, чим у хворих періоститом, виражена загальна реакція організму, включаючи і зміни з боку крові. Щелепа стовщена, мають місце рухливість декількох зубів, неврологічні розлади м'яких тканин і порушення електрозбудженості зубів.

Абсцеси і флегмони лиця і шиї неодонтогенного походження, а також виниклі в результаті нагноєння регіонарних лімфатичних вузлів відрізняються від остеофлегмон характерним початком. Так, аденофлегмонам передують запальний процес у лімфатичних вузлах. Неодонтогенні флегмони розвиваються при наявності сторонніх тіл, у випадку ускладнення слинно-кам'яної хвороби, «злюкисного» перебігу фурункулів і карбункулів. Для так названих ізольованих флегмон не характерна виражена запальна реакція періосту.

Кісти щелепно-лищевої ділянки в міру росту викликають деформацію м'яких тканин або щелеп. Нагноєння з характерними ознаками гострого гнійного процесу виникає вдруге.

Підгостра фаза остеомієліту, на думку С.М. Деріжанова (1940), «...нагадує місце після перенесеного урагану, де мобілізуються всі сили і засоби, щоб відновити загинув». Підгостра, або перехідна, фаза остеомієліту щелеп непостійна, короткочасна, але частіше вона триває 1-1,5-2 тижня. Її тривалість визначається декількома чинниками, серед яких варто виділити характер реактивності хворого, вік, своєчасність і обсяг терапії хворого в попередній гострій фазі. Підгостра фаза остеомієліту щелеп характеризується стабілізацією запального процесу. Операційні рани очищаються від некротичних тканин, гранулюють, зменшуються гноєтеча і набряклість. Зуби, розташовані в зоні запального осередку, стають ще більш рухливими. Характерною ознакою підгострої фази остеомієліту є поліпшення загального стану: зникає слабкість, нормалізуються сон і апетит, знижується температура тіла, значно зменшуються лейкоцитоз і ШОЕ.

Хронічна фаза остеомієліту щелепи - сама тривала. В міру переходу остеомієліту щелепи в цю фазу стихає біль в ділянці щелепи, зменшується інфільтрація м'яких тканин. У місцях розтинів або інших ділянок шкіри, слизової оболонки порожнини рота з'являються нориці, із яких виділяється гній. Відторгнення секвестрів супроводжується появою грануляцій із норицевих ходів. У ділянці остеомієлітичного осередку щелепа стовщена, зуби звичайно рухливі. Зондування нориці дозволяє виявити нерівні контури кістки, що секвеструється.

Утворення секвестрів при остеомієліті нижньої щелепи визначається як особливостями зміни її інтраосального кровообігу, так і локалізацією абсцесу або флегмони в навколо щелепних м'яких тканинах, що є причиною порушення екстраосального кровообігу.

Виявляється визначена залежність характеру виникаючої секвестрації від локалізації вхідних воріт інфекції. При ураженні передньої групи зубів і премолярів, секвестрація обмежується альвеолярним відростком або середнім відділом тіла щелепи. У тих випадках, коли джерелом інфекції служать моляри, поряд із поразкою альвеолярного відростка і тіла щелепи в запальні процеси утягуються риг і гілка нижньої щелепи.

При остеомієліті гілки нижньої щелепи нориці локалізуються в піднижньощелепній, защелепній і привушній ділянках, іноді на шиї з переднього краю грудино-ключично-соскоподібного м'яза. Досить часто при локалізації остеомієлітичного процесу в ділянці тіла нижньої щелепи секвеструються лише ділянки кістки, що прилягають до «причинного» зуба. Край щелепи залишається не ураженим. Через порушення екстраосального кровообігу при невчасному скресанні навколо щелепних абсцесів і флегмон утворюються кортикальні секвестри і лакунарні порожнини. Такі остеомієлітичні осередки А.И. Варшавський (1970) називає повторними.

У результаті затримки виділення ексудату через нориці й утворення гнійних затоків можуть виникнути загострення запального процесу. Знову інфільтруються м'які тканини, з'являються ознаки гнійно-резорбтивної лихоманки.

У окремих хворих репаративні процеси протікають дуже активно, іноді переважаючи над деструкцією кістки. У цих випадках розвиваються так названі, гіперостозні форми (частіше уражається ділянка рогу або гілки щелепи). Тривалість захворювання від 3 місяців до 1 року 4 місяців. При цих формах остеомієліту нориці можуть бути відсутні.

В.І. Лукьяненко (1968) описав так названу повзучу форму хронічного остеомієліту, що, незважаючи на радикальні оперативні втручання, супроводжується появою нових осередків. Захворювання може тягтися місяцями і навіть роками.

Досить тривало перебіг так названих гніздових дрібно-осередкових поразок кісткової тканини. Осередки деструкції розташовуються не суцільним масивом, а чергуючись із здоровими ділянками кісткової тканини, нагадуючи рентгенологічно багатокамерну кістку.

Важливе місце в діагностиці хронічного остеомієліту щелеп належить рентгенологічному дослідженню. Оскільки остеомієлітичний процес супроводжується спочатку переважною поразкою губчастої кістки, рентгенологічні через суперпозицію щільного кортикального прошарку деструкція не завжди виявляється. Лише при швидкому прогресуванні захворювання, руйнується і кортикальний прошарок кістки, що виявляється рентгенологічно. До 10-14 доби захворювання (підгостра фаза) виявляються осередкове або дифузійне просвітління, остеопороз. Потім виявляється один або декілька осередків деструкції неправильної форми. Осередки руйнації, оточені щільними склерозованими стінками, чергуються з осередками остеосклерозу. Кістка приймає строкатий грубоволокняний малюнок. Проте найбільше діагностичне значення при остеомієліті має секвестрація, характерна для хронічної фази захворювання. Рентгенологічним симптомом секвестру служить підвищена інтенсивність його тіні. Тінь секвестру різко виділяється на фоні більш прозорих навколишніх кісткових елементів. Іноді рентгенологічно визначається зона демаркації. При остеомієліті нижньої щелепи секвестрація виявляється лише наприкінці 3-4 тижня. Анатомо-топографічні особливості верхньої щелепи благополучно сприяють секвестрації цієї кістки в більш ранні терміни. Секвестри можуть бути різноманітної форми - округлі, овальні, багатокутні з нерівними краями, центральні, периферичні і тотальні. Хронічний одонтогенний остеомієліт щелепи диференціюють від специфічних поразок щелеп (актиномікоз, туберкульоз, сифіліс), доброякісних і злоякісних пухлин.

Актиномікоз. Захворювання може бути первинним і повторним. Повторні поразки кістки виникають у результаті поширення специфічної інфекції з боку інфільтрованих навколощелепних м'яких тканин. Інфільтрат звичайно щільний. Згодом утворюються множинні нориці з крошковатим гноєм. Значно складніше диференціювати від остеомієліту, особливо його гіперостозної форми, первинний актиномікоз щелеп. Кістка при актиномікозі вздутая, має вид щільної веретеноподібної пухлини, усередині якої виявляються кистоподібні простори зі слідами серозно-гнійного ексудату.

Для **туберкульозного ураження** кістки характерний повільний перебіг (місяці, роки), різка хворобливість, виражений лімфаденіт. У патологічний процес утягуються інші кістки, утворюються утягнені рубці.

Сифіліс. Сифіліс щелеп виникає в результаті гумозного ураження кістки або окістя. У випадках переходу процесу з м'яких тканин на щелепу діагностика не подає труднощів. Більш часто при сифілісі уражаються кістки носа, центральна частина піднебінних паростків верхньої щелепи, альвеолярний відросток в ділянці передніх зубів. Для сифілітичної поразки кісток характерно утворення осередків специфічного розм'якшення (некротична форма) і періоститу, що осифікує, (гіперпластична форма). Після відторгнення секвестру на твердому небі виникає повідомлення між порожниною рота і носом або верхньощелепною пазухою. У результаті секвестрації перегородки носа і носових кісток утворюється характерна деформація - сідлоподібний ніс. При диференціальній діагностиці специфічних поразок кістки велике значення надається лабораторним дослідженням. При підозрі на сифіліс використовуються серологічні осадкові реакції, хоча відомо, що при сифілітичній поразці кісток реакція Вассермана позитивна тільки в 60-65% випадків.

Хронічний остеомієліт щелепи варто диференціювати від доброякісних пухлин і пухлиноподібних захворювань (одонтогенна кіста, що нагноїлась, остеобластокластома, остеод-остеома, еозинофільна гранулема і т.д.), а також злоякісних новоутворень. Ріст доброякісних і злоякісних пухлин звичайно безболісний, не супроводжується гострими запальними явищами, симптомами гнійно-резорбтивної лихоманки, особливо на початку захворювання. Для новоутворення не характерно періодичне збільшення або зменшення його об'єму. Винятком є саркома Юїнга, що виходить із ретикулярної тканини кісткового мозку. Ця пухлина має симптоми, подібні з такими остеомієліту (підвищення температури тіла, лейкоцитоз, локальна хворобливість кістки, набряку м'яких тканин, іноді гіперемія шкіри). Саркома Юїнга спочатку розвивається повільно, потім швидко прогресує. Для пухлини на відміну від остеомієліту не характерні гострий, підгострий і хронічний перебіг, утворення секвестрів. Велике місце в диференціальній діагностиці хронічного остеомієліту щелепи приділяється рентгенографії, томографії, цитологічному дослідженню, а при необхідності біопсії.

Ускладнення при одонтогенному остеомієліті щелеп можна умовно розділити на дві групи: а) виникаючі в гострій фазі; б) виникаючі в підгострій і хронічній фазах.

Ускладнення першої групи частіше усього пов'язані з поширенням інфекційно-запального процесу на сусідні тканини й анатомічні утворення, генералізацією інфекції. До ускладнень, що виникають у

гострій фазі остеомієліту щелеп, можна віднести флегмони й абсцеси віддалених від остеомієлітичного осередку ділянок обличчя та шиї, тромбоз пазух твердої мозкової оболонки, менінгоенцефаліт, медиастеніт, сепсис, скронево-нижньощелепний артрит, гнійний отит.

Ускладнення другої групи є слідством незворотних змін із боку тканин щелепно-лицевої ділянки і життєво важливих органів і систем. До них відносять загальний амілоїдоз, що виявляється частіше усього порушенням функції нирок, абсцес головного мозку, патологічний перелом і утворення помилкового суглоба нижньої щелепи, деформацію кісток лица, анкілоз скронево-нижньощелепного суглоба (частіше в дітей).

Лікування. У основі лікування хворих на одонтогенний остеомієліт у гострій фазі по істоті лежать принципи, розроблені в 1925 р. Т.П. Краснобаєвим при лікуванні хворих гострим гематогенним остеомієлітом: 1) безпосередній вплив на збудника захворювання; 2) підвищення резистентності організму до інфекційного початку; 3) лікування місцевого осередку.

Лікування одонтогенного остеомієліту щелеп у гострій фазі повинно бути спрямоване на ліквідацію гнійно-запального осередку в кістці й у навколишніх м'яких тканинах, проведення заходів щодо боротьби з інфекцією й усунення порушених функцій організму, викликаних основним захворюванням. Зниження вірулентності інфекційного початку досягається активним хірургічним втручанням із метою дренивання інфекційного осередку і включає видалення зуба, що явився джерелом інфекції, розтин м'яких тканин при навколощелепних абсцесах і флегмонах, проведення діалізу рани.

Видалення «причинного» зуба в початковій стадії гострого одонтогенного остеомієліту є основним і обов'язковим видом терапії цього захворювання. Оскільки разом із гноем із внутрішньо кісткового осередку віддаються вірулентні мікроорганізми, їхні токсини і продукти тканинного розпаду, видалення так названого причинного зуба може бути визначеному ступеню ототожнено в декомпресивну остеоперфорацію, що застосовується хірургами при гематогенних остеомієлітах трубчастих кісток. Це оперативне втручання, крім дренивання гнійника, призводить до зниження внутрішньо кісткового тиску, що сприяє поліпшенню кровообігу, попередженню необоротних змін у кістці, пов'язаних із порушенням мікроциркуляції.

З метою зменшення реакції організму на операційну травму, пов'язану з видаленням «причинного» зуба, Н.А. Груздевым (1978) запропонована схема медикаментозного підготування.

Поряд з антибактеріальними, що десенсибілізують і дезінтоксикаційними препаратами використовуються антикоагулянти, фібрінолітичні і седативні засоби, що створюють на перші 2-3 доби після видалення зуба норммергічний або легкий гіпоергічний фон.

У ряді випадків через зведення щелеп, неправильне розташування зубів, їхній гіперцементоз припадає відкладати видалення «причинного» зуба на декілька днів, обмежитися скресанням навколощелепних абсцесів і флегмон і проведенням комплексної інтенсивної протизапальної терапії.

Всі оперативні втручання при гострих остеомієлітах щелеп потребують відмінкового місцевого або загального знеболювання. Оперативне лікування хворих у гострій фазі остеомієліту доповнюється цілеспрямованою антибактеріальною терапією, основою якої як і раніше є антибіотики, незважаючи на зростаючу усталеність до них гноєрідної мікрофлори. Ефективність антибіотикотерапії багато в чому визначається виробітком показань до неї. Вона повинна носити суворо спрямований характер у залежності від результатів бактеріологічного дослідження і чутливості збудника захворювання до того або іншого антибіотика. При неможливості проведення подібних досліджень, а також до одержання даних бактеріологічного дослідження призначають лікування відповідно до загальних принципів антибактеріальної терапії.

У гострій фазі одонтогенного остеомієліту переважно лікування антибіотиками, що володіють тропізмом до кісткової тканини (лінкоміцин, кліндаміцин, гараміцин, морфоциклін, вібраміцин, фузидін і ін.). Антибіотикотерапію проводять довгостроково до стійкої нормалізації температури тіла хворого, після чого продовжують ще 7-10 днів. Кожні 5-7 днів необхідно визначати чутливість, висівають з осередку запалення мікрофлору до антибіотиків.

Практика показує, що перебіг одонтогенного остеомієліту щелеп ефективні комбінації і чергування різноманітних антибіотиків (до яких є чутливість мікрофлори), а також комбінації антибіотиків, препаратів нітрофуранового ряду і сульфаніламідів. Прийом лікарських засобів супроводжують прийомами лужної рідини у великій кількості. Для нейтралізації бактеріальних токсинів призначають пасивну імунізацію.

Зменшення загальної інтоксикації, поліпшення реологічних властивостей крові, корекція порушення водно-сольового і білкового балансу, нормалізація мікроциркуляції і попередження розвитку некрозів по периферії осередку запалення досягаються за допомогою декомпресивної трепанації (видалення

«причинного» зуба), декортикації, призначення антикоагулянтів прямої дії (гепарин, внутрішньовенне введення гемодеза, реополіглюкіна, 5% розчину глюкози, розчину Рінгера-Лока), вживання багато рідини.

Для десенсибілізації організму і зниження проникності судинної стінки застосовують 10 % розчин хлориду кальцію, противогістамінні препарати (дімедрол, супрастин, діазолін).

З метою протизапальної терапії призначають анаболічні гормони, вплив поля УВЧ, СВЧ. У випадку недостатності кори наднирків і гіперергічного перебігу запалення показані кортикостероїди. Підвищення неспецифічних чинників захисту досягається вітамінотерапею (А, група В, С), призначенням молочно-рослинної їжі, препаратів так названої групи адаптогенів (дібазол, пантокрін і ін.). При необхідності призначають лікарські препарати, що тонізують серцево-судинну систему (кофеїн, кордіамін, кокарбоксілаза).

У підгострій фазі остеомієліту щелепи продовжують антибактеріальну терапію, попереджаючи тим самим подальше поширення гнійно-некротичного процесу. Здійснюються також заходи щодо зберігання мікроциркуляції для попередження некрозу кістки в нових ділянках і прискорення формування секвестрів. З цією ціллю призначають засоби, що стимулюють обмін у тканинах: анаболічні гормони, метацил, пентонсил, протеолітичні ферменти, переливання крові і кровезамісників, аутогемотерапію, мікробні полісахариди (пірогенал, продігіозан), фізіотерапію (УФ-випромінювання, поле УВЧ, СВЧ).

У хронічній фазі остеомієліту щелепи у випадках загострення запального процесу продовжують антибактеріальне, протизапальне лікування. Роблять секвестректомію. Терміни оперативного втручання намічають індивідуально, з огляду на вік хворих, можливість розвитку загального амілоїдоза, при завершенні формування секвестрів і їхнього відторгнення. Водночас, приймаючи в увагу дані літератури, секвестри на верхній щелепі звичайно видаляють через 3-4 тижні від початку захворювання, на нижньої пізніше через 5-8 тижнів.

При обмежених остеомієлітах верхньої щелепи й альвеолярного відростка нижньої щелепи секвестректомію звичайно роблять із боку порожнини рота. Секвестректомія на нижній щелепі (особливо при локалізації процесу в ділянці рогу і нижнього її краю) потребує зовнішнього ротового доступу. В усіх випадках доступ до осередку поразки повинний бути достатнім для візуального обстеження секвестральної порожнини і повного видалення некротичних тканин. Водночас при секвестректомії щелеп навряд чи виправданий занадто великий радикалізм, що супроводжується широким відшаруванням окістя і видаленням невраженої кістки.

Під надійним знеболюванням розсікають і відшаровують м'які тканини. Кістку трепанують у межах секвестральної порожнини. Значні секвестри витягають пінцетом, дрібні секвестри і грануляції видаляють при вискрібанні секвестральної порожнини кістковою ложкою до здорових прошарків кістки. Таким же уявою вискрібають норицеві ходи. При процесах, що довгостроково протікають, нориці висікають. Лікування невеличкої порожнини проводять стат'ю кров'яним згустком. Порожнина може бути також заповнена гемостатичною губкою із сухим антибіотиком. Рану зашивають із залишенням випускника. При великих порожнинах запропоновані різноманітні методи «пломбування» здрібненим м'язом, консервованою очеревиною значної рогатої худоби, «щербінкою» з алогенної ліофілізованої кістки, консервованим хрящем.

Заповнення кісткових порожнин нижньої щелепи різноманітними біологічними тканинами з метою посилення остеогенезу в даний час не завжди ефективно. Більш перспективним методом усунення кісткової порожнини при хронічному остеомієліті є остеопластика м'язовим шматком на ніжці. У тих випадках, коли хірург переконаний у повному видаленні некротизованих тканин, у порожнину можна вводити кісткові трансплантати. Первинна або відстрочена кісткова пластика особливо показана в тих випадках, коли в результаті секвестректомії виникають функціональні і естетичні порушення, а також хворим із зниженою неспецифічною або імунологічною реактивністю.

У сумнівних випадках, коли немає впевненості в повному видаленні некротизованої тканини, порожнина рихло заповнюють тампоном, просоченим йодоформною емульсією. В міру виконання порожнини сполучної тканиною тампон підтягають і змінюють кожні 4-5 днів. Надалі на рану накладають повторні шви.

При секвестректомії дрібноосередкових (гніздових) форм хронічного остеомієліту нижньої щелепи притримуються щадної тактики. З порожнини кістковою ложкою вискрібають грануляції, дрібні секвестри і розм'якшену кістку. Розташовані між остеомієлітичними осередками значні ділянки кісткової тканини зберігають. Тонкі перегородки, як правило, віддаляються. Повідомлення між окремими порожнинами і нижньощелепним каналом є показанням до видалення цих перегородок і формування однієї порожнини.

Секвестректомії на нижній щелепі за показниками повинне передувати шинування. Зуби з омертвілою пульпою трепанують і піддають консервативної терапії, а якщо вона неможлива, то видаляють.

У стадії стабілізації хронічної фази одонтогенного остеомієліту у випадку переваження репаративної регенерації вживають заходів по попередженню загострення запального процесу, підвищують імунологічну реактивність і посилюють неспецифічні чинники захисту шляхом проведення імунотерапії призначення мікробних полісахаридов (пірогенал, продігіозан) полівітамінів, солей кальцію і фосфору. За показниками застосовують також анаболічні гормони (ретаболіл, неробол).

5. ПЛАН І ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА НАВЧАЛЬНОГО ЗАНЯТТЯ З ДИСЦИПЛІНИ

№ з/п	Етапи заняття	Розподіл часу	Види контролю	Засоби навчання
1.	Підготовчий етап	30 хв.	Усне опитування за переліком питань. Письмове тестування.	Комп'ютер (ноутбук). Мультимедійні методичні розробки. Анатомічні муляжі. Відео- та фотоматеріали. Електронні довідники.
1.1	Організаційні питання			
1.2	Формування мотивації			
1.3	Контроль початкового рівня підготовки (стандартизовані засоби контролю)			
2.	Основний етап (вказати всі види робіт, які виконують студенти під час цього етапу).	60 хв.	Практичний тренінг. Вирішення клінічних задач. Створення алгоритмів лікарських дій, професійний тренінг.	Рентгенограми, ортопантомограми, томограми. Набір інструментарію. Результати лабораторних, цитологічних та гістологічних досліджень.
3.	Заключний етап	45 хв.	Тестування. Практичні завдання. Ситуаційні та нетипові задачі. Усне опитування.	
3.1	Контроль кінцевого рівня підготовки			
3.2	Загальна оцінка навчальної діяльності студента			
3.3	Інформування студентів про тему наступного заняття			

4.5. Види самостійної роботи студентів.

1. Вивчити такі питання ($\alpha = I$):

- 1.1. Етіологія та патогенез остеомієліту щелеп.
- 1.2. Класифікація остеомієліту щелеп.
- 1.3. Клінічна картина остеомієліту щелеп.
- 1.4. Діагностика та диференційна діагностика остеомієліту щелеп.
- 1.5. Лікування остеомієліту щелеп.

2. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю ($\alpha = II$):

2.1. Наслідком секвестру щелепи при остеомієліті може бути:

- A. Регенерація кісткової тканини.
- B. Регіонарний лімфаденіт.
- C. Утворення нориці.
- D. Патологічний перелом.
- E. Все перераховане.

(Правильна відповідь: E)

2.2. Опишіть зміни кісткової тканини при гострому остеомієліті:

- A. Розростання грануляцій.
- B. Лакунарна резорбція кісткових балок.
- C. Склероз.
- D. Регенерація кісткових балок.
- E. Тканинний атипізм.

(Правильна відповідь: B)

2.3. Остеомієліт щелепи – це:

- A. Запальний процес, що уражає тканини пародонта і поширюється на прилягаючі до нього кісткові структури.
- B. Захворювання, що характеризується поширенням запального процесу з пародонта на окістя альвеолярного відростка і тіло щелепи.
- C. Специфічний запальний процес у кістковій тканині щелепи.
- D. Патологічний стан, зумовлений гіпофункцією парацитоподібних залоз.
- E. Інфекційно-алергічний гнійно-некротичний процес, що розвивається в кістці під впливом зовнішніх або внутрішніх чинників.

(Правильна відповідь: E)

3. Тестові завдання з множинним вибором:

3.1. Назвіть теорії виникнення остеомієліту щелеп.

- A. Вайсблата.
- B. Боброва-Лекслера.
- C. Матас-Беріні.
- D. Снежко-Дерижанова.
- E. Семенченка.

(Правильна відповідь: B, D, E)

3.2. Остеомієліт щелепи може ускладнюватися:

- A. Одонтогенним сепсисом.
- B. Резорбцією кісткової тканини.
- C. Секвестрацією змертвілих ділянок кісткової тканини.
- D. Утворенням нориць.
- E. Алергічними шкірними реакціями.

(Правильна відповідь: A, B, C, D)

3.3. Остеомієліт щелепи, як гнійно-некротичний процес, характеризується ураженням:

- A. Кісткового мозку.
- B. Основної речовини кістки.
- C. Окістя.
- D. Навколощелепних м'яких тканин.
- E. Фасцій та м'язів.

(Правильна відповідь: A, B, C, D)

4. Задачі для самоконтролю:

4.1. Хворий В., 37 років, госпіталізований в щелепно-лицеве відділення з приводу хронічного одонтогенного остеомієліту нижньої щелепи в області 48, 47, 46 зубів. Хворіє біля 2-х місяців. Об'єктивно: При зондуванні нориці визначається гола шорстка ділянка кістки, що зміщується при натисканні. На рентгенограмі нижньої щелепи – осередок деструкції, в центрі якого розташований секвестр 1,0x1,5 см, повністю відокремлений від здорової кісткової тканини. Виберіть метод лікування хворого.

- A. Стимулююча терапія.
- B. Секвестрэктомія.
- C. Санація порожнини рота.
- D. Антибіотикотерапія.
- E. Секвестрэктомія з видалення 47.

(Відповідь: B)

4.2. Хворому, 35 років, три доби тому був видалений 47, після чого його стан погіршився. Об'єктивно: хворий блідий, температура тіла 38,1 °С, нижня щелепа зліва муфтоподібно потовщена, м'які тканини навколо неї набряклі, відкривання рота утруднене. Перехідна складка на рівні 48, 47, 46 набрякла, слизова оболонка гіперемована, з лунки 47 виділяється гній, перкусія 48, 46, 45 болюча. В області нижньої губи – парестезія. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Гострий остеомієліт нижньої щелепи.
- B. Гострий періостит нижньої щелепи.
- C. Флегмона підщелепної ділянки.
- D. Гострий періодонтит 47 зуба.
- E. Нагноєння радикулярної кісти нижньої щелепи.

(Відповідь: A)

4.3. Хворий, 43 років, скаржить на рухомість 34, 36, 37 зубів, виділення гною з лунки видаленого 35 зуба. Півтора місяця тому зроблено розтин по перехідній складці та видалено 35 зуб.

Об'єктивно: в лівій щічній ділянці – щільна припухлість м'яких тканин. лімфовузли лівої підщелепної ділянки збільшені, слабо болючі. Слизова альвеолярного паростка в ділянці 34, 36, 37 зубів набрякла, синюшного, кольору. По перехідній складці - нориця з вибухаючими грануляціями. В лунці видаленого 35 зуба - гнійні грануляції. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Загострення обмеженого пародонтиту.
- B. Хронічний дифузний остеомієліт.
- C. Хронічний обмежений остеомієліт.
- D. Хронічний рарефікуючий періостит.
- E. Хронічний альвеолі.

(Відповідь: C)

4.6. Перелік індивідуальних завдань (якщо їх виконання при вивченні даного модуля передбачено робочою навчальною програмою з дисципліни).

Не передбачено.

4.8. Перелік теоретичних питань до підсумкового модульного контролю (з типової навчальної програми).

1. Остеомієліт щелеп. Етіологія, теорії патогенезу, класифікація.
2. Одонтогенний остеомієліт щелеп. Гостра стадія. Клініка, діагностика, лікування.
3. Одонтогенний остеомієліт щелеп. Хронічна стадія. Клініка, діагностика. Консервативне лікування. Операція секвестрэктомії. Показання, терміни виконання та її методика. Профілактика ускладнень.
4. Особливості клінічного перебігу одонтогенного остеомієліту нижньої та верхньої щелеп. Залежність від анатомо-топографічних особливостей. Ускладнення остеомієліту.
5. Диференційна діагностика гострого періодонтита, періостита та остеомієліту щелеп.
6. Особливості клінічного перебігу, діагностики і лікування неодонтогенного гострого остеомієліту щелеп.
7. Гематогенний гострий остеомієліт верхньої щелепи: етіологія, клініка, ускладнення і лікування.

4.9. Перелік практичних завдань та робіт до підсумкового модульного контролю (з типової навчальної програми).

1. Провести опитування хворого та на його основі зробити запис в історії хвороби.
2. Провести обстеження амбулаторного хірургічного стоматологічного хворого та зробити про це запис в історії хвороби.
3. Провести обстеження периферійних лімфатичних вузлів щелепно-лицевої ділянки, шиї та слинних залоз.
4. Встановити попередній діагноз на основі опитування хворого та його обстеження (хворого з періодонтитом, періоститом, остеомієлітом щелеп та флегмоною щелепно-лицевої ділянки).
5. Знати схему та зміст доповіді про хворого викладачеві; обґрунтувати діагноз та скласти план лікування.
6. Підготувати набір інструментарію для обстеження хірургічного стоматологічного хворого.
7. Підготувати набір інструментарію, необхідного для секвестрэктомії.
8. Зміст прочитати та встановити попередній діагноз за рентгенограмами при такій патології:
 - а) періодонтит;
 - б) остеомієліт кісток лицевого скелета, гайморит;
 - в) травматичні пошкодження зубів – вивих та перелом;
 - г) вивихи скронево-нижньощелепного суглоба;
 - д) пошкодження кісток лицевого скелета, (щелеп, виличної кістки, кісток носа);
 - ж) захворювання слинних залоз.
9. Зміст виконати будь-який вид місцевого знеболення в щелепно-лицевій ділянці.

4. ЛІТЕРАТУРА.

Основна література:

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2 т. – Т. 1 / В.О. Маланчук, О.С. Воловар, І.Ю. Гарляускайте та ін. – К. : ЛОГОС, 2011. – С. 190–216.
2. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А. Тимофеев. – К. : Червона Рута-Турс, 2002. – С. 201–226
3. Бернадський Ю.Й. Основи щелепно-лицевої хірургії і хірургічної стоматології / Ю.Й. Бернадський. – К. : Спалах, 2003. – С. 99–122.

Додаткова література:

1. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: В 2-х темах. / Под ред. В.М. Безрукова, Т.Г. Робустовой. - Изд. 2-е, перераб. и доп. – М. : Медицина, 2000. Т. 1. – С. 113–129.
2. Хирургическая стоматология в схемах и таблицах: Учеб. пособие для студентов и врачей-интернов / Г.П. Рузин, А.А. Дмитриева – Харьков : ХГМУ, 2001. – С. 21–30.
3. Хирургическая стоматология: Учебник / Под ред. Т.Г. Робустовой. – М. : Медицина, 1999. – С. 132–147.

№ 6. Одонтогенний гайморит: етіопатогенез, класифікація, клініка, діагностика, диф. діагностика, консервативні та хірургічні методи лікування. Усунення ороантральних сполучень.

1. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 1.2. Аналізувати розповсюдженість одонтогенного гаймориту.
- 1.2. Пояснювати причини виникнення одонтогенного гаймориту.
- 1.3. Запропонувати нові підходи в діагностиці одонтогенного гаймориту.
- 1.4. Класифікувати одонтогенний гайморит.
- 1.5. Трактувати дані рентгенологічних та інших додаткових методів досліджень при одонтогенному гаймориті.
- 1.6. Малювати схеми обстеження пацієнтів з різними формами одонтогенного гаймориту.
- 1.7. Проаналізувати ускладнення, наслідки та прогноз при різних формах одонтогенного гаймориту.
- 1.8. Скласти план обстеження та лікування хворих з одонтогенним гайморитом.

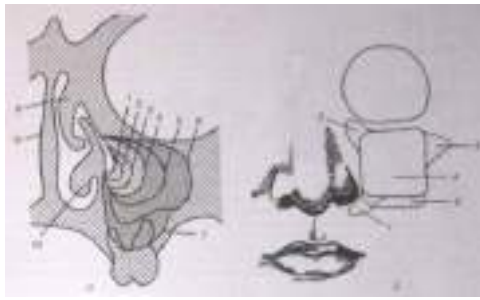
5. БАЗОВИЙ РІВЕНЬ ПІДГОТОВКИ

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Анатомія людини.	Знати анатомію щелепно-лицевої ділянки, топографію, вікові особливості будови верхньощелепного синуса. Визначити на муляжі (череп) проекцію верхньощелепного синуса.
2. Патоморфологія з секційним курсом.	Знати морфологічну будову та морфологічну структуру патологічно-змінених тканин щелепно-лицевої ділянки в цілому та верхньощелепного синуса зокрема. Розпізнавати патологічно змінені тканини. Вміти взяти матеріал для патоморфологічного дослідження.
3. Патофізіологія.	Знати етіологію та патогенез захворювань, обмін речовин в патологічно змінених тканинах. Вміти логічно представити етіопатогенетичний ланцюг розвитку одонтогенного гаймориту.
4. Хірургічні хвороби.	Знати методи обробки рук хірурга. Вміти скласти алгоритм оперативного втручання під час радикальної гайморотомії та пластичного закриття ороантрального сполучення.

3. ОРГАНІЗАЦІЯ ЗМІСТУ НАВЧАЛЬНОГО МАТЕРІАЛУ (описується навчальний матеріал, наводяться структурно-логічні схеми, таблиці, малюнки, що відображають зміст основних питань теми заняття).

Гайморова (верхньощелепна) пазуха розміщена в центрі верхньої щелепи і є найбільшою із приносних пазух. Закладається вона на 10-му тижні ембріогенезу, при народженні має об'єм 1—4 см і з віком досягає середнього об'єму 14—16 см.

Гайморова пазуха має два типи будови: пневматичний — з тонкими кістковими стінками, великим об'ємом, дно її буває нижче від носового ходу; склеротичний — порожнина мала, її кісткові стінки товсті. Між ними спостерігають перехідні форми. Трапляються багатокамерні гайморові пазухи та їхня асиметричність. З 30—40 років починається інволюція гайморових пазух, починається остеопороз, атрофія нижнього краю альвеолярного відростка, стоншення її стінок, головним чином внутрішньої. Пазуха має чотири бухти — піднебінну, очно-решітчасту, молярну та альвеолярну, в яких можуть затримуватися сторонні тіла (див. мал. 1).



Мал. 1. Схеми верхньощелепних пазух:

а — вікова динаміка розвитку (V. Rasoveanu та ін., 1964):

1 — у новонародженого; 2 — у віці 1 рік; 3 — у 4 роки; 4 — у 7 років; 5 — у 12 років; 6-у дорослих; 7 — в осіб літнього віку; 8 — середня носова раковина; 9 — носова перегородка; 10 — нижня носова раковина;

б — бухти верхньощелепної пазухи (Poitmann G., 1966):

1 — піднебінна; 2 — очно-решітчаста; 3 — молярна; 4 — верхньощелепна пазуха; 5 — альвеолярна бухта.

Верхня її стінка є нижньою стінкою очної ямки, її дном. У її товщі розміщений підочноямковий канал з нервом, артерією та веною. У 40 % випадків судинно-нервовий пучок розташовується під слизовою оболонкою гайморової пазухи. Передньозовнішня стінка — простягається від нижньоочноямкового краю до альвеолярного відростка верхньої щелепи, від носового отвору (*apertura periformis*) до вилично-альвеолярного гребеня (*crista zygomatico-alveolaris*), завтовшки до 0,5 мм, має нерви верхнього зубного сплетення, які іннервують слизову порожнини рота, верхню губу. Внутрішня стінка — це бічна стінка порожнини носа, головним чином розташовується в ділянці середнього та нижнього носового ходу. У середній носовий хід відкривається верхньощелепний отвір (*ostium maxillae*). У передній частині стінки є носо-сльозовий канал. Задня стінка — попереду неї є вилично-альвеолярний гребінь, позаду вона переходить у нижню очноямкову щілину, бере участь в утворенні підскроневої та крило-піднебінної ямок, де знаходиться крилоподібне венозне сплетення, а *maxillaris interna*, крилопіднебінний нервовий вузол. Нижня стінка, або дно пазухи, обернене до альвеолярного відростка верхньої щелепи. При склеротичному типі гайморової пазухи вона товста, розташована високо, при пневматичному — тонка, розміщується низько. У 42,8 % дно гайморової пазухи знаходиться до 11 мм нижче нижнього носового ходу, у 39,3 % — на одному рівні з ним, у 17,9 % випадків — вище (Л.І. Свершевський, 1910).

Від зубів верхньої щелепи гайморова пазуха відділена або тонкою кістковою пластинкою, або тільки слизовою. У 18 % корені зубів перебувають безпосередньо в гайморовій пазусі, а в 68 % —* у безпосередній близькості з її дном. Іноді можна бачити корені 7, 6, 5 зубів.

Кровообіг здійснюється головним чином із системи зовнішньої сонної артерії через верхньощелепну артерію. Відтік крові — через крилоподібне венозне сплетення, анастомози з венами твердої мозкової оболони, голови, очних ямок, хребта, Іннервація — в основному від другої гілки трійчастого

нерва. Відтік лімфи — до глибоких лімфатичних вузлів голови, привушної слинної залози, піднижньощелепних і глибоких шийних вузлів.

Слизова оболонка пазухи (мембрана Шнайдера) складається з трьох шарів: внутрішній шар — з миготливого епітелію; середній — з ацинозних слизових залоз; прилеглий до кістки — з веретеноподібних клітин, які відіграють роль окістя. Завдання миготливого епітелію — постійно очищати гайморову пазуху, тобто, виводити з неї мікрофлору, слиз, можливі сторонні тіла.

Етіологія, патогенез. Одонтогенний гайморит — це загальне захворювання організму, в основі якого лежить реакція на подразнення рецепторів слизової оболонки верхньощелепної пазухи. Збудником частіше буває змішана мікрофлора, трапляються також стрептококи (у монокультурі та в симбіозі зі стафілококами), стафілококи, пневмококи.

Стрептококи частіше спостерігаються при катаральних і катарально-поліпозних формах запалення. Стафілококи і пневмококи — при гнійно-поліпозних формах. Б.С. Преображенський виділяє алергійну та вазомоторну форми хронічного гаймориту, тобто гаймориту небактеріального походження.

Мікроорганізми, що проникають у гайморову пазуху, не спричиняють патологічних змін. При ослабленні або зміні реактивності організму, підвищенні патогенності мікроорганізмів порушується рівновага між мікро- і макроорганізмами, і виникає запальний процес. Найімовірнішими джерелами

проникнення інфекції в гайморову пазуху є риногенний, одонтогенний і гематогенний шляхи. Частота одонтогенних гайморитів становить близько 20—25 %.

Слизова оболонка верхньощелепної пазухи, бічної стінки носа через вегетативну нервову систему мають численні функціональні зв'язки із багатьма анатомічними утвореннями, тому патологічний процес або хірургічне втручання в цій ділянці впливає на стан організм у цілому. Зокрема, травма бічної стінки носа може спричинити зміни тонуусу внутрішньої сонної артерії (з порушенням мозкового кровообігу) та порушення регуляції серцево-судинної системи.

Інфікування гайморової пазухи можливе при: пародонтиті (абсцедуючій формі), гострому і хронічному періодонтиті (гангренозні зуби), періоститі і остеомієліті, кореневих кістах, особливо які нагноїлися, гранульоми, операціях на альвеолярному відростку щелеп, наявності стороннього предмета в гайморовій пазусі (корінь, пломбувальний матеріал, пульпекстрактор), нагноєнні при ретенуваних або дистопованих зубах верхньої щелепи.

За наявності гангренозного зуба й латентної інфекції в гайморовій пазусі провокувальний момент, у вигляді іншого подразника (термічного, хімічного або загального інфекційного процесу), активізує інфекцію і спричинює гострий процес. Видалення гангренозного зуба в латентний період може або ліквідувати, або загострити хронічний одонтогенний процес у гайморовій пазусі.

Оскільки запальний процес, що починається з дна гайморової пазухи, захоплює частину або всю слизову оболонку, переходячи на слизову носа, інколи встановлюють неправильний діагноз і таких хворих направляють до оториноларинголога.

Класифікація гаймориту. За етіологією: риногенний (у 4-5 разів частіше за інші), одонтогенний, алергійний, травматичний, перфоративний, гематогенний (спостерігається рідко) (табл. нижче).

Причини одонтогенного гаймориту

“Причинні” зуби	Причинні патологічні процеси, стани
6 зуб — 35,5 %	Періодонтит — 49,4 %
Не встановлено — 23,3 %	Остеомієліт верхньої щелепи — 16,4 %
7 зуб Щ 15,5%	Нагноєні кісти верхньої щелепи — 15,4 %
5 зуб — 9,7 %	Перфорації — 7,6 %
8 зуб - 7 %	Проштовхнуті в пазуху корені — 7,9 %
4 зуб — 5,4 %	Сторонні предмети в гайморовій пазусі — 2,1 %
3 зуб - 3,6 %	Ретенувани зуби — 0,9 %

Патологоанатомічно виділяють гайморит: гострий (катаральний, серозно- гнійний, гнійний) і хронічний (катаральний, гнійний, поліпозний).

За причиною (І.Г. Лукомський): токсичний (катаральний), перифокальний (добре піддається лікуванню при усуненні причини гаймориту) та інфекційний (при переході в хронічну стадію, вони вимагають хірургічного втручання).

Г.М. Марченко розрізняє закрити (на ґрунті хронічного періодонтиту, нагноєнні врослих у пазуху прикореневих кіст) та відкрити форму гаймориту (перфораційні або як ускладнення остеомієліту щелепи).

ГОСТРИЙ ОДОНТОГЕННИЙ ГАЙМОРИТ

Хворі скаржаться на відчуття важкості і болю у відповідній половині голови, що іррадіює в лоб, потилицю, скроню, верхні зуби, на закладеність відповідної половини носа, однобічне ослаблення нюху й утруднення носового дихання, загальну слабкість, млявість, поганий сон, підвищення температури, виділення слизу або гною з ніздрі, особливо при нахилі голови, після чого відзначається незначне тимчасове поліпшення. Усі ці симптоми мають різну вираженість і можуть проявлятися не в повній мірі, або зовсім не проявлятися.

Клінічна картина. Об'єктивно: припухлість відповідної щоки, шкіра зазвичай злегка лискуча, перкусія скроневої кістки та її пальпація в підочно- ямковій ділянці та в ділянці горба верхньої щелепи спричинює біль. Слизова оболонка порожнини носа гіперемована та набрякла, відповідний носовий хід звужений, іноді на незмінній слизовій видно гнійну доріжку із середнього носового ходу. Перкусія одного або кількох зубів на верхній щелепі з хворого боку спричинює біль, один або кілька з них, як правило, гангренозні, або мають періапикальний патологічний процес в альвеолярному відростку верхньої щелепи. Температура підвищується до 38—40 °С, відзначають гарячку, слабкість, розбитість. У крові: лейкоцитоз, збільшена ШОЕ, збільшена кількість паличко- ядерних лейкоцитів.

ХРОНІЧНИЙ ОДОНТОГЕННИЙ ГАЙМОРИТ

Клінічна картина. Хронічний процес може не турбувати хворого та проявитися випадково (асимптоматична форма), коли при видаленні гангренозного зуба з гайморової пазухи через ямку виходить гній, вибухають поліпи. Основними скаргами є: гнійні виділення з відповідної половинки носа, однібічний головний біль, відчуття важкості в голові, смердючий запах з порожнини рота або носа, особливо при спорожнюванні гайморової пазухи, закладеність носа, порушення нюху, зниження працездатності, особливо розумової праці. При різних положеннях голови змінюється кількість виділень з носа, відзначається гугнявість голосу (відсутність резонації).

Об'єктивно: гнійні виділення через верхньощелепний отвір (*ostium maxillae*) (потрібно витерти ваткою і переконатися), слизова оболонка носа іноді набрякла, гіперемована. Пальпація в ділянці передньої стінки гайморової пазухи іноді спричинює біль. З ямки "причинного" зуба можуть вибухати грануляції або поліпи, можливе сполучення порожнини рота з гайморовою пазухою через ямку зуба (норицевий хід). Позитивними є пряма та зворотна носо-повітряна проби (пряма проба — при надуванні щік повітря не утримується в порожнині рота і проходить у порожнину носа; зворотна — при видиханні повітря носом струмінь повітря йде через верхньощелепну пазуху і перфорацію в порожнину рота). Однак ці симптоми не завжди проявляються.

При гаймориті з перфорацією дна верхньощелепної пазухи головний біль відзначають у 43,6 % хворих; біль та відчуття важкості у верхній щелепі — у 80,7 %; проходження повітря крізь ямку зуба — у 67,9 %; проходження рідини в порожнину носа — у 46,1 %; гнійні виділення з ямки зуба — у 67,1 %; гнійні виділення з носа — у 23,1 %; набряклість слизової оболонки носа — у 33,3 % хворих.

При загостренні процесу скарги та клінічна картина будуть подібними до гострого гаймориту. Таким чином, діагностика хронічного одонтогенного гаймориту повинна ґрунтуватися на комплексі симптомів.

Для діагностики гаймориту виконують рентгенограми в положенні лежачи в носо-лобовій проекції (рентгенограма приносних пазух); носо-підборідній проекції (краще для виявлення кіст); бічній проекції; при вертикальному положенні голови.

Рентгенографічна картина гострого гаймориту: зниження пневматизації верхньощелепної пазухи за рахунок наявності в ній ексудату. На знімку у вертикальному положенні можна виявити рівень рідини в гайморовій пазусі. Повне затемнення гайморової пазухи можливе за умови повного заповнення пазухи ексудатом. У разі риногенного гаймориту зазвичай виникає двобічне ураження пазух і двобічне зниження їх пневматизації, а при одонтогенному — однібічне.

Хронічний гайморит визначається негомogenous мозаїчним затемненням гайморової пазухи, що залежить від нерівномірності набряку слизової оболонки, наявності проліферативних процесів (поліпи, кісти), ексудату. Для визначення відношення зубів верхньої щелепи до гаймориту необхідно робити внутрішньоротові рентгенограми.

Контрастна рентгенографія верхньощелепної пазухи допомагає диференціювати патологічний процес. Контрастну речовину вводять через норицю, ороантральне сполучення або при пункції гайморової пазухи через бічну стінку нижнього носового ходу голкою Куликовського. У нормі товщина слизової оболонки 1—2 мм, а при запаленні — до 2 см. При цьому визначається два контури тіні: від кісткових стінок пазухи та від слизової оболонки.

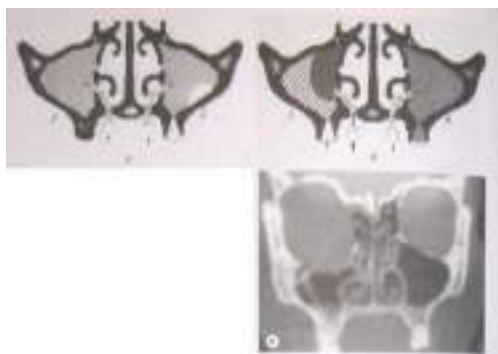
При катаральній формі хронічного гаймориту визначаються нерівності контуру тіні пазухи і стовщення її слизової оболонки. При вираженій гіперплазії — крайові дефекти наповнення пазухи контрастом.

При поліпозному гаймориті простежуються округлої форми крайові дефекти наповнення з нерівними контурами різної величини.

Гострий гайморит дає картину рівномірного стовщення частини або всієї слизової оболонки пазухи. Змішані форми хронічного гаймориту дають різноманітну картину на R-грамі.

Коренева кіста, вросла в пазуху, визначається у вигляді чіткого округлої форми дефекту наповнення по нижній стінці гайморової пазухи в ділянці "причинного" зуба. Ретенційна кіста слизової оболонки верхньощелепної пазухи дає чітку округлу тінь частіше на зовнішній стінці верхньощелепної пазухи.

Метод контрастної гаймографії (мал. 2.) дає можливість точно визначити локалізацію процесу, а роблячи повторні рентгенограми на 1-й, 5-й, 12-й і 20-й день після введення в пазуху контрастної речовини можна вивчати в динаміці її дренажну, репаративну та реактивну функції. Із незміненої верхньощелепної пазухи йодоліпол виводиться в термін до 5 днів, при гострому гаймориті — до 3 тиж., при хронічному — за кілька місяців.



Мал. 2. Схеми гайморографії (а, б):

- 1 — при інтактній слизовій оболонці верхньощелепної пазухи (її товщина до 1—1,5 мм);
 2 — при ретенційній кисті слизової оболонки верхньощелепної пазухи; 3 — при гіпертрофічному хронічному гаймориті, товщина слизової оболонки до 10—12 мм); 4— при хронічному поліпозному гаймориті, поліпами заповнена вся пазуха; в — багатокамерна верхньощелепна пазуха

Додаткові методи дослідження на одонтогенний гайморит. Рентгеномографія дозволяє точніше характеризувати і локалізувати патологічний процес. Виконують у прямій та бічній проекції. Найінформативніші шари дослідження в прямій проекції на глибині 4, 5 і 6 см.

Флюорографія не дає точних відомостей про патологічний процес, несе симптоматичну інформацію, можна використовувати при проведенні профілактичних оглядів і доповнювати комплексними клінічними і рентгенографічними дослідженнями.

Ультразвукове дослідження (ехографія) проводять одномірним і дво,мірним індикатором. Визначають товщину, глибину розташування патологічного процесу або пазухи біля верхньої щелепи, форму, контури, однорідність, розміри та довжину утворення.

Діафаноскопія — просвічування верхньощелепної пазухи електричною лампочкою в темряві. У нормі зіниця та шкіра просвічуються. При патологічному процесі світіння немає. Метод суб'єктивний і недостатньо інформативний, тому широкого поширення не одержав.

Риноскопія передня, середня або задня дає змогу визначити стан слизової оболонки порожнини носа, джерело гноетечі.

Дистанційна або контактна термографія, термометрія — визначення шкірної температури і ділянок з підвищеною температурою, що може свідчити про запалення або місцеве посилення обміну речовин. Виконують за допомогою індикації інфрачервоних променів або люмінесцентних фарб.

Зондування нориці, ямки зуба — за глибиною проходження зонда судять про наявність перфорації верхньощелепної пазухи, якість її стінок, про наявність врослої у верхньощелепну пазуху кісти. При перфорації дна ямки зуба зонд проходить у верхньощелепну пазуху більше, ніж на 1—1,5 см, кісткової перешкоди немає.

Діагностична пункція верхньощелепної пазухи можлива через: 1) нижній носовий хід; 2) передню стінку верхньощелепної пазухи; 3) ямку видаленого “причинного” зуба.

Після знеболювання бічної стінки носа в нижньому носовому ході під контролем носового дзеркала вводять голку Куликовського завдовжки 10—12 см під передній кінець нижньої раковини, просувають її на 2—3 см вглиб, надають косий напрямок і, натиснувши, роблять прокол бічної стінки носа. Момент проходження голки у верхньощелепну пазуху відчувається добре. Через передню стінку верхньощелепної пазухи пункцію проводять аналогічно, на рівні 3—5 зубів.

Через голку одержують екссудат, промивають верхньощелепну пазуху, вводять медикаменти, контрастні речовини. Але пункцію слід застосовувати лише в разі потреби, оскільки описані випадки смерті хворих від рефлєкторного і больового шоку, кровотечі, повітряної емболії. Ускладнення пункції — кровотеча, емфізема, абсцес щоки або очної ямки, сепсис, флегмона крилопіднебінної ямки, сліпота, перфорація горба верхньої щелепи.

Дослідження пунктатів і змивів із слизової верхньощелепної пазухи є складним, але дає змогу ідентифікувати і спостерігати динаміку процесу за наявністю і динамікою різних клітин. У нормі в 1 мм промивної рідини виявляють 2—3 лейкоцити, одну клітину епітелію, білка немає, до 91 % живих лейкоцитів.

Застосовують також електроодонтодіагностику, реографію, визначення чутливості холодкових рецепторів шкіри, тощо.

У крові — збільшення ШОЕ, лейкоцитоз, зміщення формули тощо. Ступінь змін залежить від характеру запального процесу. Діагноз гаймориту встановлюють після комплексного обстеження хворого.

Патологічна анатомія. При гострому гаймориті відзначають катаральне, серозно-гнійне або гнійне запалення, обмежене або розлитого характеру. Запалення починається з дна пазухи, захоплює кісткову тканину і поступово поширюється на інші стінки верхньої пазухи. Слизова оболонка набрякла, гіперемована, у тканинах лімфоїдна інфільтрація. Коли з'являється гнійний екссудат, клітинна інфільтрація виражена більш чітко.

При хронічному гаймориті патологоанатомічно виділяють ексудативну, продуктивну (фіброзну) і змішану форму, найбільш часту. Поряд з ексудацією, лімфоїдною інфільтрацією спостерігають виражені явища проліферації, ріст сполучної тканини. Миготливий епітелій метаплазує у багат шаровий плоский (виражене переродження тканини!), слизова поліпозно змінюється. У кістковій тканині виникають явища деструкції, некрозу, секвестрації разом з гіперпластичними нашаруваннями. У разі поліпів завжди є гнійний екссудат.

При поширенні запалення з верхньощелепної пазухи можуть бути ускладнення загального і місцевого характеру: гнійний менінгіт; екстрадуральний абсцес; неврит зорового нерва; метастатичні ураження легенів, серця, печінки, нирок; анемії; гастрит; флегмони очної ямки; тромбоз крилоподібного венозного сплетення, печеристого синуса. Хронічний гайморит може спричинити злоякісне переродження слизової гайморової пазухи.

Основні клінічні ознаки гаймориту різної етіології

Клінічні ознаки	Риногенний гайморит	Одонтогенний гайморит
Джерело інфекції	Слизова оболонка носа	Зуб, кіста, остеомієліт
І Кісткова тканина	Не залучена	Залучена
Інші пазухи	Ушкоджуються	Не залучені
Локалізація вогнища	Спочатку медіальна стінка, потім — усі стінки	Дно, передня і зовнішня стінка пазухи
Гній у середньому носовому ході	Є завжди	Може не бути
Нориця у порожнині рота	Немає	Можливо
Гній через норицю	Немає	Може бути
Оперативне лікування	Часто безуспішно	Дає, як правило, стійке видужання
Консервативне лікування	Часто ефективне	Ефективним є рідко

Диференціальний діагноз необхідно проводити із риногенним (табл. вище), алергічним гайморитом; новоутворенням верхньої щелепи; врослою у гайморову пазуху кістою; з періоститом та остеомієлітом; з невралгією трійчастого нерва; з ретенційними кістами слизової оболонки верхньощелепної пазухи.

Пухлина верхньої щелепи. У початковій стадії диференціювати майже неможливо. Клінічно визначаються різні ознаки залежно від локалізації пухлини. Рентгенологічна ознака деструкція стінок верхньощелепної пазухи пухлиною. Ідентифікувати процес допомагає радіоізотопне дослідження з фосфором (P-35). Бажана ендонозальна біопсія та гістологічне дослідження матеріалу, отриманого при гайморотомії. Ускладних випадках (розхитування зубів, випинання пухлини, смердючий запах) діагноз очевидний.

Коренева кіста, вросла у верхньощелепну пазуху. При пункції врослих у верхньощелепну пазуху кіст спостерігається симптом струменя — пунктат (гній або бурштинова рідина) виходить під тиском струменем. При гаймориті гній потрібно відсмоктувати. На контрастній рентгенограмі видно чіткий дефект наповнення верхньощелепної пазухи з чіткими контурами округлої форми, а на внутрішньоротових рентгенограмах — картина резорбції кісткової тканини, властива корневим кістам.

Періостит, остеомієліт щелепи. Їх важко відрізнити від гострого гаймориту, оскільки при періоститі часто, а при остеомієліті завжди відзначають токсичний перифокальний гайморит. При несвоєчасному видаленні зуба через 1 —3 дні наростаючий біль та гноетеча з ямки видаленого зуба й рани по перехідній складці повинні наштовхнути лікаря на думку про гайморит.

Крім перерахованого, у верхньощелепній пазусі можуть виникати й інші патологічні процеси: амелобластома, одонтома, остеома, циліндрома, міксома, остеофіброма, злоякісна меланома, екстремедулярна плазмоцитома, ретенційні кісти, невралгія та ін., хоча деякі зустрічаються як казуїстика. Найбільший відсоток помилок у діагностиці спостерігається при гострому одонтогенному остеомієліті верхньої щелепи, тому що клінічна картина гаймориту замаскована.

Особливості одонтогенного гаймориту: відома причина гаймориту; первинно-хронічний (до 40—60 % випадків), особливо при сполученні з порожниною рота (але є випадки й гострого); як правило, обмежений — уражується нижня, передня, рідше внутрішня стінка пазухи; однобічний; можливий безсимптомний розвиток процесу; інфікування і запалення кісткової тканини стінок гайморової пазухи спостерігається майже завжди.

Лікування гострого г а й м о р и т у полягає у:

- 1) припиненні інфікування гайморової пазухи — цього досягають видаленням “причинного” зуба або його пломбуванням за верхівку кореня;
- 2) поліпшенні відтоку ексудату з гайморової пазухи — досягають пункцією порожнини через ніс або передню стінку гайморової пазухи, розрізом по перехідній складці до кістки і пункцією, закапуванням у ніздрю розчинів судинозвужувальних засобів — ефедрину, адреналіну, санорину, нафгизіну 6—8 разів на день, голову нахиляють у здоровий бік. Гайморову пазуху промивають за допомогою пункції, через залишений у пазусі трубчастий дренаж (поліетиленова трубка діаметром до 3 мм) або через ямку видаленого зуба, якщо є ороантральне сполучення. Пункція евакуує ексудат, зменшує набряк слизової, відновлює аерацію гайморової пазухи, ослаблює активність патологічного процесу, але до повного одужання не призводить;
- 3) видаленні з порожнини стороннього тіла (за наявності в ній кореня зуба, зламаного інструмента, пломбувальної маси та ін.), незворотно патологічно змінену слизову оболонку,
- 4) збереженні функції остеомеатального комплексу з природного очищення гайморової пазухи;
- 5) допомозі організму ліквідувати інфекцію — призначають антибактеріальну, дезінтоксикаційну, симптоматичну, стимулювальну терапію.

Тільки при комплексному хірургічному та медикаментозному лікуванні гострий гайморит виліковується. У разі неправильного лікування гострий гайморит переходить зазвичай у хронічний.

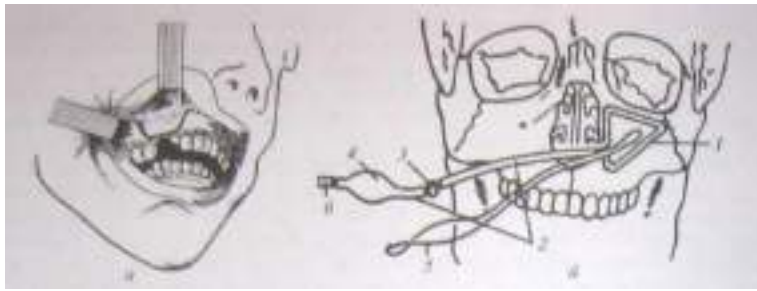
Лікування хронічного одонтогенного гаймориту передбачає; усунення причини гаймориту, видалення з гайморової пазухи патологічно змінених тканин, забезпечення відтоку ексудату з пазухи та її аерацію, можливість реепітелізації пазухи та закриття нориці або ороантрального сполучення.

Видалення “причинного” зуба сприяєвилікуванню хронічного гаймориту за відсутності поліпозних змін слизової оболонки гайморової пазухи, знищує вогнище мікробної сенсibiliзації. При цьому консервативне лікування має бути більш потужним, особливо стимулювальна, імунокорегувальна терапія. Лише медикаментозні засоби при хронічному одонтогенному гаймориті не завжди доцільні, тому що консервативновилікувати поліпозно змінену слизову оболонку неможливо. Радикальним засобом лікування є хірургічний, зокрема операція за Калдвелом—Люком або малоінвазивна гайморотомія з застосуванням ендоскопічної техніки.

Гайморотомія за Калдвелом—Люком. Після туберальної, підчочномкової, піднебінної та різцевої анестезій проводять розріз по перехідній складці до кістки від 7 до 2 зуба, відшаровують слизово-окісний клапоть, у підчочномково-вій ділянці створюють отвір у гайморову порожнину, забирають патологічно змінені тканини, створюють риностому по нижньому носовому ходу площею понад 1,5 см², клапоть слизової носа укладають на дно гайморової пазухи, па-зуху тампують або ставлять в неї дренажні трубки й рану ушивають. Оперені виконують в умовах стаціонару.

Операція за Денкером. Оголюють край грушоподібного отвору та збивають для створення риностоми. Метод травматичніший, крім того, руйнується носо-сльозовий канал, що призводить до сльозотечі після операції.

Модифікація Заславського — викроюють трапецієподібний розріз із широкою ніжкою в ділянці “причинних” зубів, одонтогенного вогнища або норицевого ходу, і потім — по перехідній складці. Незмінена слизова гайморової порожнини залишається. Тампонада пазухи йодоформною марлею для спинення або запобігання кровотечі є небажаною — вона подразнює рану, може спричинити кровотечу в момент відриву від стінок щелепи при його видаленні, тому видалити тампон бажано після його ослизнення. Для зменшення травмування тканин замість йодоформного тампону використовують спеціальні балони (мал. 3).



Мал. 3. Лінія розрізу за Вассмундом—Заславським (а) і схема використання балона для гемостазу після гайморотомії (б):

1 — балон; 2, 3 — трубки і з'єднання; 4 — контрольний балон; 5 — страхувальна нитка; 6 -- заглушка (Ю.Й. Бернадський та співавт., 1977)

Останнім часом почали виконувати™ гайморотомію за допомогою ендоскопічної техніки, що дозволяє значно зменшити травматичність основного оперативного втручання і зберегти важливі анатомічні структури, зокрема, остеомеатальний комплекс, що включає в себе миготливий епітелій цієї ділянки, який забезпечує можливість самоочищення гайморової порожнини від сторонніх тіл, мікрофлори тощо. Для цього на передній стінці верхньощелепної пазухи над “причинним” зубом роблять отвір діаметром 5—6 мм, уводять у пазуху ендоскоп і інструменти, видаляють патологічні тканини і рану ушивають (В.О. Маланчук, І.В. Федірко, 2004—2008).

Створення назоанастомозу в нижній носовий хід є досить болісним і травматичним етапом операції в рефлексогенній зоні, під час якого в організмі хворого виникають значні негативні рефлекторні вегетосудинні реакції. До того ж, цей етап руйнує остеомеатальний комплекс. Тому для зниження травматичності операції, забезпечення відтоку з пазухи і для її промивання після операції, під візуальним контролем пунктують пазуху через нижній носовий хід, уводять у пазуху пластмасовий катетер на 5—7 діб і пазуху ушивають. Через катетер уводять потрібні лікувальні розчини (В.О. Маланчук, В.Н. Єфісько, 2008).

Класична тампонада верхньощелепної пазухи після гайморотомії йодоформним тампоном із виведенням його кінця через назоанастомоз у нижній носовий хід у ряді випадків не є оптимальним методом через болісність видалення тампона (часто потрібен знеболювальний супровід хворого), часом йол є шкідливим для хворого і стримує репаративні процеси в стінках пазухи тощо. Тому запропоновано тампонувати гайморову пазуху тампоном, просякнутим 0,1 % розчином мірамістину, який є добрим антисептиком. Крім того, тампон не приклеюється до стінок пазухи, забезпечує значний антимікробний ефект, не дає неприємного запаху при введенні в пазуху навіть до 5—7 діб і видаляється безболісно (Фаршад, 2008).

Післяопераційне лікування. Після традиційної операції на щоку накладають стисну пов'язку або міхур з холодною водою. Призначають постільний режим на 1—2 доби, а також антибіотики, сульфаніламіді. Йодоформний тампон з пазухи вилучають через 1—5 діб при його ослизненні. З 3—4-го дня після операції гайморову пазуху промивають через сполучення теплим розчином калію перманганату і можна призначити фізіопроцедури. За відсутності ускладнень шви знімають на 1—10-у добу.

Одужання хворих після радикальних гайморотомій настає в 61,3—88%. Ю.Й. Бернадський наводить дані щодо ефективності хірургічного лікування: у 80 % оперованих відзначають стійке одужання; у 12 % — поліпшення; у 1,5 % — відсутність ефекту; у 0,7 % — виникає рецидив гаймориту; у 5,7 % — формуються стійкі нориці, які закривають повторними операціями.

При гаймориті із проштовхуванням кореня в гайморову пазуху успіх простежується у 92 % випадків, при гаймориті періодонтитного походження — у 89 % випадків, при поєднаному із остеомиєлітом гаймориті — у 44% випадків.

Найефективнішим з традиційних оперативних доступів є операційний доступ за Заславським. Після операції хворі можуть відзначати відчуття гиску, тяжкості, тупий біль, парестезії, оніміння зубів верхньої щелепи, ідо зникають у різний термін (від 1 до 4—7 років). Порушення чутливості спостерігається при всіх видах розтинів, і це пов'язано з трепанацією передньої стінки гайморової пазухи. На післяопераційних рентгенограмах завжди деякий час простежується зниження прозорості гайморової пазухи.

Рецидиви хронічного одонтогенного гаймориту виникають за наявності захворювання інших приносних пазух. Прогноз і результати лікування позитивні.

ПЕРФОРАТИВНИЙ

ГАЙМОРИТ

Приблизно в 38—40 % випадків верхівки коренів верхніх молярів контактують зі слизовою оболонкою верхньощелепної пазухи, тому перфорації її дна виникають унаслідок анатомічних умов, через періапикальні патологічні процеси, а також через грубу, некваліфіковану роботу лікаря під час видалення зуба, здебільшого при накладанні щічок щипців на кістку ямки зуба або невмілому застосуванні елеватора (мат. 4).



Мал. 4. Пошкодження дна верхньощелепної пазухи при видаленні зуба та інструментами.

Клінічна картина перфоративного гаймориту. Розрізняють гостре (кілька годин-днів до розвитку запалення) і тривале хронічне розкриття верхньощелепної пазухи. При випадковому розкритті інтактної верхньощелепної пазухи (близько 12 % випадків) з отвору виходить кров з повітрям, носоповітряні проби є позитивними, а при розкритті пазухи, в якій вже є хронічне запалення (близько 30 % випадків), — з перфорації виходить гній або вибухають поліпи.

При не діагностованій перфорації дна верхньощелепної пазухи через перфораційний отвір в порожнину потрапляє слина, їжа і через 2—5 днів розвивається гострий гайморит (близько 58 % випадків), який може перебігати з меншою активністю клінічних проявів, ніж гострий одонтогенний гайморит. Якщо перфорація виникла при наявному хронічному гаймориті, врослій в порожнину радикальної кисті, то загострення запального процесу зазвичай не виникає.

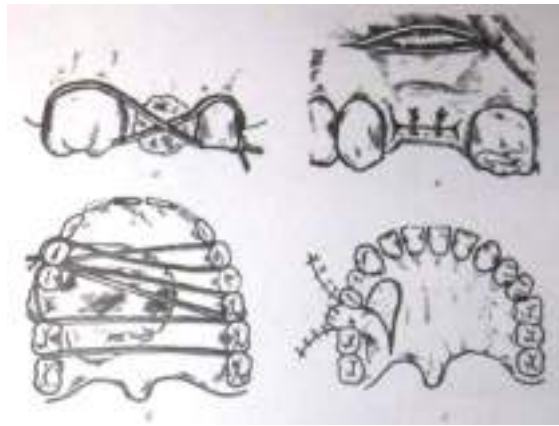
Рентгенографічні дані мають одну особливість: на внутрішньоротовій рентгенограмі лінія кісткової стінки дна верхньощелепної пазухи в межах перфорації буде порушеною.

Клінічно і патологоанатомічно доцільно розрізняти такі види ороантральних сполучень:

- 1) перфорація — гостре розкриття інтактної верхньощелепної пазухи, стінки сполучення представлені травмованою кісткою лунки та слизовою оболонкою без ознак запалення (потребує закриття консервативним або оперативним методом);
- 2) нориця — у сполучення часто вибухають поліпи слизової оболонки (є хронічний гайморит), стінки представлені інтактними тканинами або грануляційною тканиною з гнійним ексудатом (потребує закриття, частіше оперативним методом і санації верхньощелепної пазухи);
- 3) ороантральне співустя — стінки його епітелізовані, епітелій верхньощелепної пазухи поєднується з епітелієм порожнини рота (закривають оперативним методом із висіченням слизової оболонки за ходом співустя і, за показаннями, з місцевою кістковою пластикою).

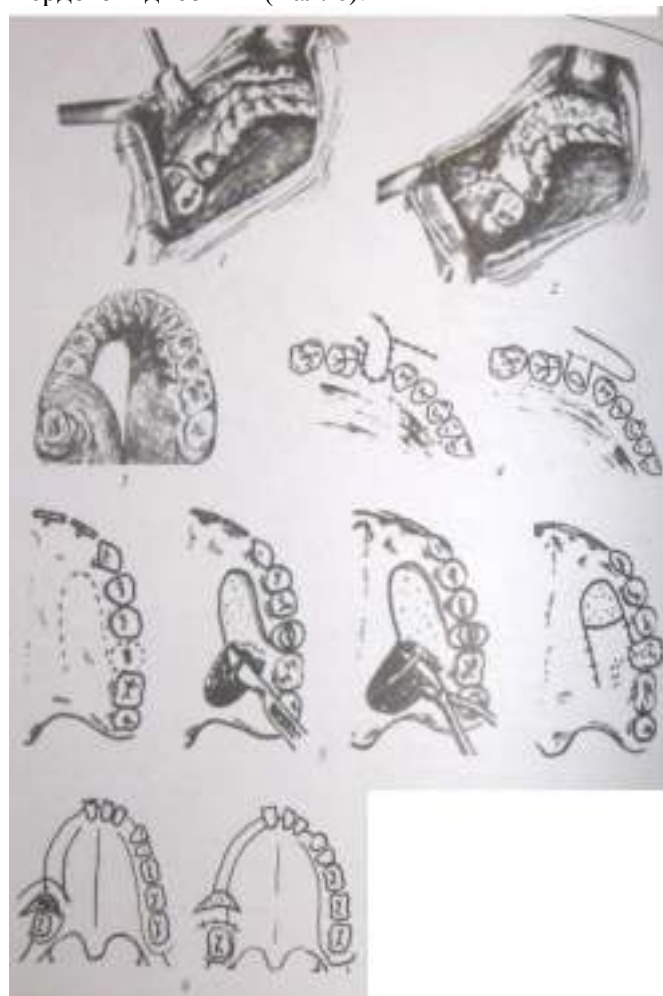
Вибір методу і термінів лікування гаймориту при ороантральному сполученні залежить від наявності в пазусі запалення, його характеру і тривалості, змін слизової верхньощелепної пазухи, наявності кореня у верхньощелепній пазусі або іншого стороннього предмета (зламаної інструмента, пломбувальної маси, тампона, залишків їжі, ендодонтичних штифтів для заповнення кореневого каналу), стану прилеглих до лунки м'яких тканин.

При випадковому розкритті інтактної верхньощелепної пазухи, відсутності запалення, малих розмірах перфорації показане консервативне лікування. Не промиваючи пазуху, ізолюють її від порожнини рота консервативно (тампон на ямку, захисна назубна пластмасова капа) або хірургічно — ямку виповнюють кров'ю, краї зближують швом для утримання згустка крові, зверху закривають її йодоформним тампоном, який фіксують за сусідні зуби індивідуальною назубною капою з пластмаси або лігатурним дротом (мал. 5).



Мал. 5. Схеми закриття ороантрального сполучення тампоном і варіанти його фіксації (а, б), методом І.М. Старобинського (в), клаптем зі щоки (г).

У разі значної травми або втрати м'яких тканин і кісткових країв ямки видаленого зуба виконують пластичне закриття перфорації місцевим слизово-окісним клаптом, який викроюють з альвеолярного відростка, зі щоки або з твердого піднебіння (мал. 6).

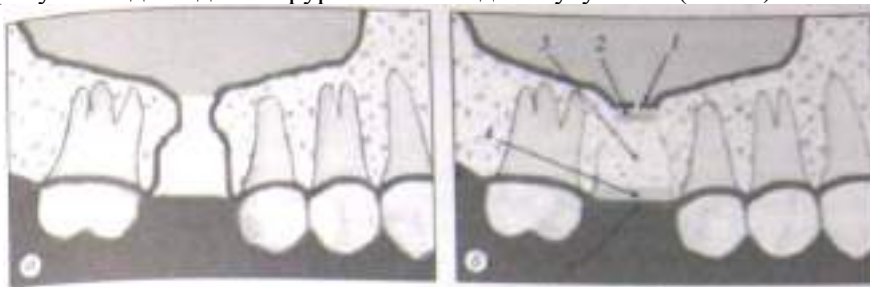


Мал. 6. Варіанти закриття ороантрального сполучення:

1, 2— трапецієподібним слизово-окісним клаптом (а — лінія розсічення окістя для мобілізації клаптя); 3 — клаптем з твердого піднебіння (містить піднебінну артерію); 4 — клаптем з перехідної складки; 5 - за Г.І. Семенченко та співавт.; 6 - мостоподібним клаптом.

Місьцеве пластичне усунення перфорації є можливим також при обмеженій гіперплазії слизової оболонки. Радикальна гайморотомія з пластичним усуненням ороантрального сполучення потрібна при поліпозно зміненій слизовій оболонці ендодонтичного інструмента) або врослої в пазуху кісти, наявності в пазусі стороннього тіла (зуба, його кореня, пломбувальної маси). За наявності великого розміру кісткових дефектів дна верхньощелепної пазухи виконують кістково-пластичне відновлення дна пазухи місцевими невільними (В.О. Маланчук, І.Г. Скворцова, 1986; П.В. Ходорович та співав..

1988) або вільними аутокістковими трансплантатами, зокрема, з передньої стінки верхньощелепної пазухи, які розташовують з боку порожнини рота або верхньощелепної пазухи, чим одночасно збільшують об'єм наявної в цьому місці кістки (В.О. Маланчук, Д.Н. Кеян, 2010). Призначення хворим комплексної медикаментозної терапії є необхідним. Стійкі епітелізовані ороантральні сполучення потребують відповідних хірургічних методів їх усунення (мал. 7).



Мал. 7. Схеми ороантрального сполучення (а) і його усунення (б);

1 — м'які тканини співвуста повернуто в бік синуса; 2, 4 — мембрани з тромбоцитарного гелю авто крові; 3 — заміщувальний кістку (біологічний або синтетичний) матеріал; 5 — слизово-окісний клапоть (О.В. Чумаченко, 2009).

Здійснювати оперативне закриття свіжої перфорації потрібно в перші 1—2 доби, до появи запальних явищ (за умови прикриття тампоном перфорації) або вже після стихання гострого процесу. За відсутності запалення слизової оболонки верхньощелепної пазухи риностому робити не рекомендують, а за наявності стійких епітелізованих норичь риностома є обов'язковою.

Гайморит при потраплянні в пазуху сторонніх тіл. Останніми роками при застосуванні швидкооберткових інструментів для пломбування кореневих каналів зубів частішими стають випадки введення пломбувальної маси у верхньощелепну пазуху. Деякі види цих матеріалів мають виражену антимікрообну дію і можуть, вірогідно, впливати на біоценоз верхньощелепної пазухи і порушувати його, що вважають однією з причин виникнення так званих міцетом, тобто розвитку в пазусі патогенних грибів, які симулюють наявність пухлини. У такому разі проводять хірургічне і протизапальне лікування.

Прогноз при одонтогенному та перфоративному гаймориті зазвичай позитивний, тривалість лікування до 7-12 діб.

6. ПЛАН І ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА НАВЧАЛЬНОГО ЗАНЯТТЯ З ДИСЦИПЛІНИ

№ з/п	Етапи заняття	Розподіл часу	Види контролю	Засоби навчання
1.	Підготовчий етап	30 хв.	Усне опитування за переліком питань. Письмове тестування.	Комп'ютер (ноутбук). Мультимедійні методичні розробки. Анатомічні муляжі. Відео- та фотоматеріали. Електронні довідники.
1.1	Організаційні питання			
1.2	Формування мотивації			
1.3	Контроль початкового рівня підготовки (стандартизовані засоби контролю)			
2.	Основний етап (вказати всі види робіт, які виконують студенти під час цього етапу).	60 хв.	Практичний тренінг. Вирішення клінічних задач. Створення алгоритмів лікарських дій, професійний тренінг.	Рентгенограми, ортопантомограми, томограми. Набір інструментарію. Результати лабораторних, цитологічних та гістологічних досліджень.
3.	Заключний етап	45 хв.	Тестування. Практичні завдання. Ситуаційні та нетипові задачі. Усне опитування.	
3.1	Контроль кінцевого рівня підготовки			
3.2	Загальна оцінка навчальної діяльності студента			
3.3	Інформування студентів про тему наступного заняття			

4.5. Види самостійної роботи студентів.

1. Вивчити такі питання ($\alpha=I$):

- 1.1. Етіологія та патогенез одонтогенного гаймориту.
- 1.2. Причини та механізм виникнення ороартральних сполучень.
- 1.3. Класифікація одонтогенного гаймориту.
- 1.4. Клінічна картина одонтогенного гаймориту та ороартрального сполучення.
- 1.5. Діагностика та диференційна діагностика одонтогенного гаймориту та ороартрального сполучення.
- 1.6. Комплексне лікування одонтогенного гаймориту.
- 1.7. Методика пластичного закриття ороартральних сполучень.

2. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю ($\alpha=II$):

2.1. Нижня межа верхньощелепної пазухи розташовується у новонароджених:

- A. Нижче за дно носової порожнини на 5 мм.
- B. Нижче за дно носової порожнини на 3 мм.
- C. На рівні дна носової порожнини.
- D. Вище за дно носової порожнини на 3 мм.
- E. Вище за дно носової порожнини на 5 мм.

(Правильна відповідь: E)

2.2. Яким епітелієм вислана верхньощелепна пазуха у дорослих?

- A. Плоским неороговіваючим.
- B. Плоским ороговілим.
- C. Багатошаровим миготливим.
- D. Циліндричним.
- E. Кубічним.

(Правильна відповідь: C)

2.3. Яка особливість одонтогенного гаймориту?

- A. Частіше має гострий перебіг.
- B. Частіше має первинно-хронічний перебіг.
- C. Обов'язково є відчуття важкості у верхній щелепі.
- D. Обов'язково є виділення гною з відповідної половини носа.
- E. Обов'язково є виділення гною з протилежної половини носа.

(Правильна відповідь: B)

6. Тестові завдання з множинним вибором:

3.1. Запальний процес з верхньощелепної пазухи переходить на:

- A. Підскроневу ямку.
- B. Крило-піднебінну ямку.
- C. Щічну область.
- D. Крило-щелепний простір.
- E. Орбіту.

(Правильна відповідь: A, B, C, E)

3.2. Що є характерним для риногенного гаймориту?

- A. Двосторонність ураження.
- B. Розлитий характер.
- C. Відсутність причинного зуба.
- D. Виділення гною з відповідної половини носа;
- E. Локалізація в області дна, передньої і зовнішньої стінки верхньощелепної пазухи.

(Правильна відповідь: A, B, C, D)

3.3. Що є характерним для злоякісної пухлини верхньої щелепи?

- A. Болі носять наполегливий характер.
- B. Наявність у відокремлюваному домішок крові.
- C. Наявність причинного зуба.
- D. Носові кровотечі й іхорозний запах.
- E. Консервативне лікування не дає ефекту.

(Правильна відповідь: A, B, D, E)

4. Задачі для самоконтролю:

4.1. Чоловік, 25 років, звернувся зі скаргами на біль, відчуття тяжкості у верхній щелепі зліва. Раніше видалено 25 зуб, але поліпшення не наступило. З'явилися гнійні виділення з лівого носового ходу.

Був поставлений діагноз гострий одонтогенний гайморит зліва. Як правильно провести пункцію верхньощелепної пазухи?

- A. Через верхній носовий хід.
- B. Через нижній носовий хід.
- C. Через середній носовий хід.
- D. Через верхній та нижній носовий хід.
- E. Через середній та нижній носовий хід.

(Відповідь: B)

4.2. Після клінічного і рентгенологічного обстеження у хворого, 32 років, встановлений діагноз: хронічний одонтогенний гайморит, співвустя гайморової пазухи з порожниною рота через лунку 27 зуба. Вкажіть найбільш оптимальний метод оперативного лікування цього захворювання.

- A. Радикальна гайморотомія з пластиком співвустя місцевими тканинами.
- B. Пластика співвустя місцевими тканинами, протизапальна терапія.
- C. Радикальна гайморотомія.
- D. Пластика співвустя клаптом з твердого неба.
- E. Ушивання норицевого ходу, промивання гайморової пазухи.

(Відповідь: A)

4.3. Хворий, 42 років, скаржиться на болі в 26 зубі, які посилюються при стисканні щелеп, слабкість, розбитість, підвищення температури тіла до 38°C, головна біль, почуття тиску в лівій половині обличчя. Ліва половина носа закладена, з лівої ніздрі виділяється слизова рідина. Болі в зубі з'явилися 3 дні тому. Об'єктивно: асиметрія обличчя за рахунок набряку м'яких тканин лівої підочної області. Слизова оболонка носової порожнини зліва гіперемована. Відкривання рота вільне. Слизова оболонка по перехідній складці в області 26 зуба гіперемована. Коронкова частина 26 зруйнована на 2/3. Перкусія різко болісна. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Гострий гнійний періостит від 26.
- B. Гострий гнійний періодонтит 26
- C. Гострий одонтогенний гайморит.
- D. Одонтогенна флегмона підочної ділянки
- E. Одонтогенний гострий лімфаденіт щоки.

(Відповідь: C)

4.6. Перелік індивідуальних завдань (якщо їх виконання при вивченні даного модуля передбачено робочою навчальною програмою з дисципліни).

Не передбачено.

4.8. Перелік теоретичних питань до підсумкового модульного контролю (з типової навчальної програми).

- 1. Одонтогенний гайморит. Етіологія, класифікація, клініка, діагностика.
- 2. Одонтогенний гайморит. Консервативне та хірургічне лікування. Ускладнення та їх профілактика.

4.9. Перелік практичних завдань та робіт до підсумкового модульного контролю (з типової навчальної програми).

- 10. Провести опитування хворого та на його основі зробити запис в історії хвороби.
- 11. Провести обстеження амбулаторного хірургічного стоматологічного хворого та зробити про це запис в історії хвороби.
- 12. Провести обстеження периферійних лімфатичних вузлів щелепно-лищевої ділянки, шиї та слинних залоз.
- 13. Встановити попередній діагноз на основі опитування хворого та його обстеження (хворого з періодонтитом, періоститом, остеомієлітом щелеп та флегмоною щелепно-лищевої ділянки).
- 14. Знати схему та вміти доповісти про хворого викладачеві; обґрунтувати діагноз та скласти план лікування.
- 15. Підготувати набір інструментарію для обстеження хірургічного стоматологічного хворого.
- 16. Обстежити хворого з гайморитом, встановити діагноз і призначити лікування.
- 17. Встановити діагноз та надати допомогу при перфорації гайморової пазухи.
- 18. Вміти виконати будь-який вид місцевого знеболення в щелепно-лищевої ділянці.

7. ЛІТЕРАТУРА.

Основна література:

- 4. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2 т. – Т. 1 / В.О. Маланчук, О.С. Воловар, І.Ю. Гарляускайте та ін. – К. : ЛОГОС, 2011. С. 272–290.

5. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А. Тимофеев. – К.: Червона Рута-Турс, 2002. – С. 226–241.
6. Бернадський Ю.Й. Основи щелепно-лицевої хірургії і хірургічної стоматології / Ю. Й. Бернадський. – К. : Спалах, 2003. – С. 152–163.

Додаткова література:

4. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: В 2-х темах. / Под ред. В.М.Безрукова, Т.Г.Робустовой. - Изд. 2-е, перераб. и доп. – М. : Медицина, 2000. Т. 1. – С. 152–167.
5. Хирургическая стоматология в схемах и таблицах: Учеб. пособие для студентов и врачей-интернов / Г.П. Рузин, А.А. Дмитриева. – Харьков : ХГМУ, 2001. – С. 34–42.
6. Хирургическая стоматология: Учебник / Под ред.Т.Г. Робустовой. – М. : Медицина, 1999. – С. 176–194.

№ 7. Специфічні захворювання - актиномікоз, туберкульоз, сифіліс, СНІД: етіопатогенез, класифікація, клініка, діагностика, консервативні та хірургічні методи лікування.

1.КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 1.3. Аналізувати розповсюдженість актиномікозу, туберкульозу та сифілісу в цілому та його проявів в ЩЛД; прояви СНІДу в порожнині роту та ЩЛД.
- 1.2. Пояснювати причини та шляхи зараження актиномікозом, туберкульозом, сифілісом та СНІДом.
- 1.3. Запропонувати нові підходи в діагностиці специфічних захворювань та СНІДу.
- 1.4. Класифікувати специфічні захворювання.
- 1.5. Тракувати дані рентгенологічних, патоморфологічних, серологічних досліджень при специфічних захворюваннях та СНІДі.
- 1.6. Малювати схеми обстеження пацієнтів зі специфічними захворюваннями ЩЛД.
- 1.7. Проаналізувати ускладнення, наслідки та прогноз специфічних захворювань ЩЛД та СНІДу.
- 1.8. Скласти план обстеження та лікування хворих зі специфічними захворюваннями ЩЛД.

8. БАЗОВИЙ РІВЕНЬ ПІДГОТОВКИ

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Анатомія людини.	Знати анатомію щелепно-лищевої ділянки, кровопостачання та іннервацію м'язів голови та шиї. Вміти визначити анатомічну область щелепно-лищевої ділянки.
2. Патоморфологія з секційним курсом.	Знати гістологічну будову та морфологічну структура патологічно-змінених тканин. Розпізнавати патологічно змінені тканини. Вміти взяти матеріал для патоморфологічного дослідження.
3. Патофізіологія	Знати етіологію та патогенез захворювань, обмін речовин в патологічно змінених тканинах. Вміти логічно представити етіопатогенетичний ланцюг розвитку специфічних захворювань та СНІДу.
4. Мікробіологія, вірусологія та імунологія.	Знати біологію збудників специфічних захворювань та СНІДу. Вміти трактувати дані серологічних реакцій при цій патології.
5. Шкірні та венеричні хвороби.	Знати шляхи інфікування сифілісом та клінічні прояви, заходи профілактики. Вміти діагностувати сифіліс на різних періодах перебігу захворювання.
6. Фтизіатрія.	Знати шляхи інфікування туберкульозом та клінічні прояви, групи ризику, заходи профілактики. Вміти діагностувати туберкульоз на різних стадіях перебігу захворювання.
7. Інфекційні хвороби з епідеміологією.	Знати шляхи інфікування вірусом імунодефіциту людини та перші клінічні прояви, групи ризику, заходи профілактики. Вміти діагностувати прояви ВІЛ-СНІДу в порожнині роту та ЩЛД на різних стадіях перебігу захворювання.

3. ОРГАНІЗАЦІЯ ЗМІСТУ НАВЧАЛЬНОГО МАТЕРІАЛУ (описується навчальний матеріал, наводяться структурно-логічні схеми, таблиці, малюнки, що відображають зміст основних питань теми заняття).

АКТИНОМІКОЗ

Актиномікоз — запальний процес м'яких тканин та кісток щелепно-лицевої ділянки, який спричинюється променистими грибами людини, актиноміцетами. Їх відкрив німецький ветеринар Otto Bollinger у 1877 р. Актиноміцети постійно існують у порожнині рота людини і тому, вважають, зумовлюють аутоінфікування (ендогенний шлях інфікування). Вони можуть також потрапляти в організм людини, у порожнину рота із зовні — з колосків різних трав, злаків. Частота виникнення актиномікозу — до 5—7 % від загальної кількості хворих із запальними процесами щелепно-лицевої ділянки.

Актиноміцети (від грецьк. *aktis* — промінь, *mykes* — гриб) — це одноклітинні бактерії, мають вигляд тонких переплетених гілок, які утворюють міцелій. Вони займають проміжний стан між грибами та бактеріями і виділені в самостійну групу, рід *Actinomyces*. За Грамом вони фарбуються позитивно. Найчастіше розвиток актиномікозу спричинюють анаеробні проактиноміцети *Actinomyces israeli* або *Actinomyces bovis*, рідше — аеробні актиноміцети. У людини С.Ф. Дмитрієв показав можливість переходу анаеробних форм в аеробні і виділив такі аеробні збудники: *Actinomyces albus*, *Actinomyces violaceus*, *Mic- romonospora*.

Вважають, що зараження відбувається при неодноразовому потрапленні актиноміцетів в організм людини через пошкоджену слизову оболонку, при операціях, запальних процесах, що викликає попередній стан специфічної сенсibilізації організму до цього збудника. Ендогенний шлях інфікування обумовлює відсутність епідемічних спалахів та передачі інфекції типовим шляхом. При достатньому рівні специфічної і, навіть, неспецифічної сенсibilізації, знижені захисних можливостей організму та достатній кількості прониклого в тканини збудника інкубаційний період триває до 1—3 тиж., після чого розвивається запальний процес.

Актиномікоз може розвинути́ся і як самостійний патологічний процес, і як вторинна інфекція при тривалому неспецифічному запальному процесі, зокрема одонтогенного походження. Вторинна інфекція може бути різною, але створює умови для розвитку актиномікозу, який є основним специфічним компонентом запалення.

Шляхи поширення актиноміцетів типові для інфекції — контактний (ушкоджуються всі тканини з утворенням специфічної гранульоми), гематогенний (метастазування інфекції у віддалені органи — легені, мозок, печінку) та лімфогенний (поширення продуктів лізису актиноміцетів). У тканинах актиноміцети утворюють специфічної будови гранульоми, які руйнують прилеглі тканини за рахунок запального процесу, який характеризується гістологічними та клінічними особливостями.

Частота виникнення захворювання в Європі становить 1 випадок на 40—120 тис. населення на рік, у 2,5—3 рази частіше хворіють чоловіки. Вік хворих — від 1,5 до 89 років, переважно від 11 до 30 років (жінки) та 20—40 років (чоловіки).

Патологоанатомічно виокремлюють гнійно-некротичну та фіброзну форми реакції тканин на проникнення актиноміцетів. Актиномікотичні гранульоми тверді, малорухомі за рахунок фіброзного компоненту, що розташований по периферії гранульоми з грануляційною тканиною, плазматичними клітинами, фібробластами і ксантомними клітинами, у центрі гранульоми знаходяться друзи, колонії гриба-збудника, полінуклеари, лімфоцити. Після ущільнення фіброзного шару гранульома стає дуже твердою та нерухомою, що значно обмежує рухомість прилеглих м'яких тканин та нижньої щелепи.

Виділяють класифікації клінічного перебігу актиномікозу. Т.Г. Робустова (1982) виокремлює такі 10 форм актиномікозу: шкірна (0,3 %), підшкірна (16,9 %), слизова (0,3 %), підслизова (0,6 %), одонтогенна актиномікозна гранульома в шкірі, підшкірній жировій клітковині, підслизовій тканині, під окістям (8,9 %), підшкірно-міжм'язова форма (28,9 %), актиномікоз лімфатичних вузлів (30,7 %), актиномікоз окістя щелеп (0,9 %), кісток щелеп (6,9 %), органів порожнини рота та інших відділів щелепно-лицевої ділянки (язика, слинних залоз, мигдаликів, верхньощелепної пазухи, придатків ока — 36,5 %).

За перебігом процесу виділяють легку, середньої тяжкості та тяжку форму актиномікозу, не ускладнену або ускладнену вторинною інфекцією. До ускладнень первинних форм ураження тканин відносять також вторинне ураження кісток обличчя, метастазування інфекції та генералізацію процесу.

Захворювання може починатися гостро і за 1-2 тиж. переходить у хронічний перебіг. Характерним для всіх форм актиномікозу є повільний і млявий перебіг, дерев'яниста щільність інфільтрату, нориці з гнійним ексудатом, шкіра над інфільтратом ціанотична, синьо-багрового кольору.

Неускладнена форма актиномікозу починається без яскравої клінічної картини. Спочатку в ділянці проникнення в тканини збудника з'являється мало болючий інфільтрат, збільшується 1-2 регіонарні лімфатичні вузли. Згодом інфільтрат більшає, стає дифузним, без чітких контурів, щільним при пальпації, майже нерухомим, після його поширення на жувальні м'язи виникає обмеження відкривання рота, утруднення рухів шиєю та поворотів голови. Загальний стан хворого первинно страждає мало, ознаки запального процесу в організмі невиразні, нечіткі. За деякий час у ділянці інфільтрату шкіра набуває багрово-ціанотичного кольору, у центрі інфільтрату виникає м'яка ділянка, де з'являються 1-2-3 нориці, з яких виділяється гній з білуватими крупинками, друзами. Періодично нориці закриваються та відкриваються знову, кількість та якість ексудату, що з них виходить, також може змінюватися.

Ускладнена форма розвивається за наявності додаткового збудника запального процесу і має інші клінічні прояви, зумовлені цією додатковою інфекцією. Місцеві та загальні прояви запального процесу є більш яскравими, характерними для гострої фази неспецифічного гнійного запалення — значний місцевий набряк тканин, швидка динаміка і поширення місцевого процесу, висока температура, інтоксикація тощо. Після розтину інфільтрату або флегмони по лінії розрізу залишаються стійкі нориці із незначним гнійним ексудатом, який містить малі білуваті крупинки, друзи. При ускладненому перебігу актиномікозу запальний процес часто розповсюджується на кісткові структури обличчя — щелепи, виличну, лобову, скроневу та інші кістки, зокрема кістки основи черепа тощо. Можлива також генералізація процесу, поширення збудника на інші відділи тіла хворого — легені, черевну порожнину, основу та порожнину черепа тощо.

Шкірна форма — спостерігається рідко в щічній, підщелепній ділянках, на шиї. Виокремлюють пустульозну, горбкувату та змішану форму. Загальний стан хворого не порушується, ураження тканин поверхневе, шкіра змінює колір, виявляють кілька вогнищ ураження із стоншенням шкіри та появою пустул з ексудатом або грануляційною тканиною.

Підшкірна форма — виділяють абсцедуючу, гумозну та змішану форми. Ураження тканин у тих самих анатомічних ділянках є більш глибоким, тому у хворого може спостерігатися підвищення температури тіла, ширший інфільтрат.

Слизова форма — розвивається дуже рідко. Сприяє ураженню механічне пошкодження слизової оболонки. Перебіг повільний, без загальних проявів. Інфільтрат поверхневий, спаяний із підслизовою тканиною.

Підслизова форма — спостерігається рідко, з помірними больовими відчуттями, переважно локалізується в ретромоларній, під'язиковій, крило-нижньощелепній ділянці. Після розкриття інфільтрату можна виявити в тканинах невелику порожнину з ексудатом та грануляціями.

Одонтогенна актиномікотична гранульома — після первинного формування в ділянці верхівок зуба гранульома поширюється на інші тканини — під шкіру, кістку, у м'язи. Можна виявити по перехідній складці тяж ущільнених тканин від зуба до інфільтрату.

Підшкірно-міжм'язова (глибока) форма — процес уражує шкіру, підшкірну жирову і міжм'язову клітковину, м'язи. Клінічний перебіг характеризується різними проявами залежно від переважної локалізації та поширеності інфільтрату. Загальний стан хворого поширений. Часто приєднується вторинна мікрофлора. Ураження кісток проявляється у вигляді вогнищ остепорозу та остеосклерозу, мозаїчності кістки, наявності внутрішньокісткових абсцесів, гум.

Актиномікоз лімфатичних вузлів — може давати початок для підшкірної, міжм'язової та іншим формам ураження. Частіше підпадають ураженню під-нижньощелепні лімфатичні вузли у вигляді хронічного гіперпластичного, абсцедуючого лімфаденіту, аденофлагмони, лімфангіту.

Актиномікоз періосту щелеп — простежується рідко у вигляді ексудативного, гіперпластичного ураження періосту з вестибулярної поверхні щелепи, частіше на рівні молярів.

Актиномікоз кістки щелепи — може бути первинним або вторинним ураженням, частіше — нижньої щелепи у вигляді деструктивного, продуктивно-деструктивного або продуктивного процесу. Можливий типовий симптом Венсана, поширення інфекції на м'які тканини, у порожнину очної ямки або черепа.

Актиномікоз органів порожнини рота — ураженню підпадають різні органи. Ураження язика відзначають підслизової, м'язової форми внаслідок переважно місцевої травми. Ураження слинних залоз виникає після проникнення збудника через слинні протоки або через лімфатичні залози. Здебільшого уражується привушна слинна залоза. Відрізняють обмежений або дифузний ексудативний та продуктивний сіалоаденіт, актиномікоз глибоких лімфатичних вузлів із поширенням на паренхіму залози. Ураження мигдаликів — часто ізольоване або з ураженням прилеглих м'яких тканин. Клінічно — збільшення мигдаликів, вони стають щільними, малорухомими, слизова

оболонка над ними з'єднана з інфільтратом. Ураження слизової оболонки верхньощелепної пазухи трапляється рідко. Клінічно і рентгенографічно воно схоже на хронічний гайморит. Ураження придатків ока розвивається за ходом слезових шляхів, нижньої повіки.

Інші локалізації ураження актиномікозом (Німеччина, 1969—1995 рр.) зустрічаються у 2,4 % випадків: торакальний (включаючи грудну клітку) — 1,3 % випадків, абдомінальний (включаючи органи малого таза) — 0,7 %, кінцівки і шкіра — 0,7 %, мозок — 0,1 %, кров (септицемія) — 0,06 % випадків.

Діагностика актиномікозу є складною, бо первинні прояви його є різноманітними та можуть нагадувати низку інших захворювань, особливо, коли відразу від початку запального процесу долучається неспецифічна інфекція.

Актиномікоз потрібно диференціювати з ретромолярним періоститом, гострим і хронічним остеомієлітом щелеп, особливо в разі локалізації процесу в ретромолярній ділянці біля гілки щелепи, з туберкульозом і сифілісом тканин щелепно-лицевої ділянки, неспецифічним хронічним лімфаденітом та сіалоаденітом, одонтогенною грануломою обличчя (мігруюча стадія), доброякісними та злоякісними пухлинами, фурункульозом, а також з деякими системними захворюваннями сполучної тканини. До останніх належить грибоподібний мікоз, дерматоміозит, особливо, коли процес неоколоагенезу супроводжується відкладенням у новоутвореній сполучній тканині мінеральних солей, кальцію, що спричинює значну твердість тканин при пальпації (синдром Тіб'єрже-Вейсенбаха).

Під час діагностики ретельно вивчають анамнез хвороби, з'ясовують наявність шкідливих професійних та інших впливів на хворого, також застосовують додаткові методи дослідження — мікробіологічні, серологічні, імунологічні, патогістологічні тощо. Досліджують гній, грануляції та біоптати. Методом прямої мікроскопії гною в нативному препараті беруть ексудат з нориці або пунктат, бажано з білуватими, солом'яно-жовтими, зеленуватими, темними або малопігментними крупинками друз. Кладуть на предметне скло, додають 1-2 краплі 5 % розчину їдкого калію, який розчиняє білкові структури гною окрім друз актиноміцету, які є стійкими до цього лугу, покривають препарат покривним склом та вивчають під мікроскопом у боковому білому світлі. При цьому можна бачити колонії актиноміцетів округлої форми, з радіальним розташуванням елементів колонії по периферії.

При фарбуванні за Грамом центр друзи фарбується позитивно, а периферія — негативно. Однак у гнійному виділенні не завжди вдається знайти друзи. Утім, типова картина променистого гриба не завжди свідчить про наявність специфічного процесу в тканинах, оскільки актиноміцети існують у порожнині рота й здорової людини.

Культуральна діагностика передбачає посіви гною на прозорі живильні середовища і культивування в анаеробних умовах у 3 чашках для дослідження після 3-ої, 7-ої та 14-ої доби.

Серологічна діагностика. Застосовують шкірно-алергійні проби, імунодіагностику. Проба за Д.І. Аснїним: 0,3 мл актинолізату (фільтрат лізованих актиноміцетів людини, вирощених на м'ясо-пептонному бульйоні) вводять у шкіру передпліччя хворого, а на 10 см вище — 0,3 мл м'ясо-пептонного бульйону. У місці введення антигенів через 10-12 год з'являється еритема, яка існує протягом тривалого часу у хворої на актиномікоз людини. Введення бульйону слугує як тестове введення — чи є реакція на бульйон (вона зникає через 10-12 год), чи на актинолізат. Проба не є специфічною — вона є позитивною лише у 68,7-92,1 % хворих на актиномікоз, у 80,77 % хворих з іншими запальними процесами щелепно-лицевої ділянки, у 12,2—25,5 % хворих на туберкульоз, у 12 % хворих на рак та інші хвороби.

Реакція зв'язування комплекменту з полівалентним актинолізатом та сироваткою крові хворого дає точність у 80-92 %, що теж вказує на її неспецифічність.

Реакція гальмування міграції лімфоцитів (РГМЛ) крові та ротової рідини. Як антиген використовують актинолізат, для контролю — алергени стафілокока, стрептокока. Ця реакція дає змогу отримати інформацію про специфічну імунну відповідь на актиноміцет.

Прямий базофільний тест (ПБТ) з використанням актинолізату як антигену показує алергійну реакцію негайного типу, специфічну імунну відповідь і корелює із шкірно-алергійною пробую, доповнює РГМЛ.

Аналізуючи 125 клінічних симптомів цього захворювання виділили 35 симптомів, які найчастіше спостерігаються при актиномікозі, однак їх сукупність не виявилася специфічною для цього захворювання. Труднощі діагностики актиномікозу останніми роками зумовлені ще й тим, що нині відсутній діагностичний актинолізат, унаслідок змін в імунній системі та змін самих збудників багатьох запальних процесів. Перебіг захворювання також дещо змінився — став тривалішим, з

рецидивуючими загостреннями, стійкими до лікування.

Лікування актиномікозу, як і інших запальних процесів, має бути етіологічним та патогенетичним, тобто комплексним і комбінованим. Призначають хірургічне лікування, імунотерапію (специфічний захист), антибіотикотерапію, гіпосенсибілізувальну, протизапальну, симптоматичну терапію, лікування супутніх захворювань.

Хірургічні методи лікування є основними і їх застосовують для розтину інфільтратів та абсцесів м'яких тканин, секвестроектомії відповідно до клінічної картини захворювання та впливу на місцеве запальне вогнище. Видаляють причинні зуби і санують прилеглу до зубів кістку, розкривають актиномікотичні вогнища, некротичні і грануляційні тканини, уражені лімфатичні вузли, ретельно видаляють надлишкову новостворену кістку, сторонні тіла, секвестри. після чого рану дрениують трубчастими дренажами для її промивання розчинами антисептиків, антибіотиків, ферментів тощо.

Імунотерапія. Актиноміцети практично нечутливі до впливу традиційних антибіотиків та протигрибкових засобів, тому основним специфічним етіологічним лікуванням актиномікозу є специфічна імунотерапія з використанням актинолізату для посилення імунної відповіді організму на наявність в організмі збудника — актиноміцету. Запропоновано кілька схем актинолізаттерапії. Лікування за Д.І. Асніним передбачає проведення 15-25 внутрішньошкірних ін'єкцій кожні 2-3 доби. Уводити потрібно 0,5-0,7-0,9-1-1,1 мл зі збільшенням щоразу дози на 0,1 мл. На 14-й ін'єкції доза стає 2 мл і залишається такою до закінчення лікування. О.І. Євдокімов, Г.А. Васильєв залежно від глибини ураження тканин використовують 15-20 ін'єкцій актинолізату, двічі на тиждень по 3 мл внутрішньошкірно, підшкірно або внутрішньом'язово. Інтервал між курсами актинолізаттерапії — до 1,5-2 міс. Для активної імунотерапії використовують також актиноміцетну полівалентну вакцину (АПВ), в 1 мл якої міститься 1 млрд грибів. Вакцину вводять внутрішньошкірно в різні точки по 0,1 мл за наростаючою схемою: 0,1-0,2-0,3-0,4 мл і так до 1 мл. На курс пропонують 20-25 ін'єкцій, схему повторюють через 1 міс., а для подальшої профілактики призначають курс із 10 ін'єкцій.

Сучасну антибіотикотерапію застосовують для усунення переважно вторинної супутньої інфекції при актиномікозі, яка значно погіршує перебіг основного захворювання. Призначають її у високих дозах протягом 3-12 міс. (пеніциліни, аміноглікозиди, лінкозаміни, карбопеніми, цефалоспорины) разом із сульфаніламідними препаратами, антистафілококовими препаратами (анатоксин, гамаглобулін). Нині ефективним є застосування амоксицидину і клавіранової кислоти, ампіциліну і сульфактаму, додатково до основних антибіотиків призначають кліндаміцин і метронідазол. Ефективним є також фтывазид по 1-2 г на добу на період до 3 міс. і більше.

Додатково для лікування застосовують препарати йоду — 5 % розчину калію йодиду по 1 ст. л. 4-6 разів на день, або від 10 до 50 мл 10 % розчину натрію йодиду внутрішньовенно щодня, бо місцеве застосування препаратів йоду є недостатньо ефективним.

Імунотерапія і гіпосенсибілізувальна терапія — має за мету корекцію стану імунітету і зниження алергійного фону, проводять її стандартними препаратами.

Ураховуючи зниження системи імунітету хворого, призначають неспецифічну стимулювальну терапію. Проводити її потрібно обережно, лише після імунограми. Застосовують необхідні імунокоректори.

Загально зміцнювальна терапія передбачає призначення різних методів впливу на організм хворого з метою підвищення його резистентності — полівітамінотерапія, активатори обміну речовин (калію оротат, пентоксил, неробол тощо), аутогемотерапія, посилене харчування тощо.

Інфузійна терапія з контрольованим діурезом передбачає корекцію метаболічних зрушень, гемодинаміки, дезінтоксикацію організму.

Місцева фізіотерапія має забезпечити поліпшення кровообігу в ділянці хронічного специфічного запалення при нормергічному та гіпоергічному запаленні. Фізіотерапія поліпшує контакт захисних факторів організму зі збудником, зміненими тканинами, поліпшує функціональні можливості задіяних в запальному процесі тканин, допомагає ввести в тканини необхідні речовини, а відтак — прискорити одужання та зменшити негативні наслідки запалення. Для цього призначають місцеву лазеротерапію, опромінення ультрафіолетовими променями інфільтрату і крові (УФО), ультразвук і фонофорез, електрофорез препаратів йоду і лідази, кальцію хлориду, лідази, гормонів (гідрокортизон), флюктуоризацію та інші фізичні фактори курсами до 10-25 процедур з інтервалами в 3-4 міс.

Протизапальна рентгенотерапія — пригнічує надто виражену місцеву запальну реакцію. Разова доза опромінення — 100-150 Р, фокусна відстань 20-30 см, загальна доза 1500-2000 Р.

Місьцеве лікування — показане використання антибактеріальних мазей з вказаними препаратами, промивання нориць розчинами антисептиків, введення 1-2-5 % спиртового розчину йоду.

Тривалість лікування хворого на актиномікоз залежить від клінічної форми захворювання, поширеності процесу, загального стану організму хворого, своєчасності початку лікування та його адекватності клінічному перебігу хвороби, своєчасності і точності виконання призначеного лікування тощо. Для досягнення повного одужання інколи необхідно проводити до 4—5 курсів актинолізаттерапії з перервами між ними, що вимагає відповідного часу. Тривалість лікування уражень м'яких тканин без наявності вторинної інфекції менша (близько 3-6 міс.) порівняно з лікуванням уражень щелепних кісток та прилеглих м'яких тканин з наявністю додаткового неспецифічного запального процесу (до 6-12 міс. і більше). Рубці на обличчі та шиї від норичь та розрізів інфільтратів, які залишаються після закінчення запального процесу, можна усунути лише через 6 міс. після об'єктивно надійного одужання хворого.

ТУБЕРКУЛЬОЗ

Туберкульоз (tuberculosis) — хронічне інфекційне захворювання з виникненням специфічних гранулом у тканинах і поліморфною клінічною картиною. У 92 % випадків його спричинює мікобактерія туберкульозу — тонка коротка паличка із заокругленими кінцями, облігатний анаероб, факультативний внутрішньоклітинний паразит, який може розмножуватися в тканинах та макрофагах.

Шляхи інфікування — аерогенний (90-95 % випадків), аліментарний, контактний (через пошкоджену шкіру, слизову оболонку), внутрішньоутробний (через пупкову вену і плаценту). Ураження тканин щелепно-лицевої ділянки переважно є проявом загального специфічного туберкульозного процесу в організмі хворого. Головна його локалізація — легені, де мікобактерія розмножується в макрофагах і через лімфатичну та кровоносну системи потім поширюється в інші специфічні ділянки.

Потрапляння збудника на тканини обличчя та шиї можливе гематогенним, лімфогенним, контактним шляхом, через структури дихальної системи тощо (наприклад, відкашлювання мокротиння з легень у порожнину рота). При первинному зараженні ураження тканин щелепно-лицевої ділянки спостерігається рідко.

У дорослих і дітей ураженню підпадають шкіра, слизові оболонки, підшкірна жирова клітковина, слинні залози, кістки і лімфатичні вузли. Специфічна морфологічна реакція тканин — туберкульозна гранулома. В її центрі є вогнище некрозу (казеозу), оточене епітеліоїдними і гігантськими багатоядерними клітинами Пирогова-Лангханса, лімфоїдними і плазматичними клітинами, а по периферії — фібробластами.

Виокремлюють первинний і вторинний періоди туберкульозу. У разі первинного ураження збудником за умови достатнього рівня імунного захисту можливе (само)одужання людини, і тоді рентгенографічно в легенях виявляють вогнища кальцифікованого первинного туберкульозного комплексу. При повторному ураженні збудником виникає вторинний туберкульоз із формуванням вогнища, інфільтрату, каверни.

Розрізняють такі види ураження слизової оболонки порожнини рота і шкіри обличчя:

1. Вогнищевий — люпоїдний (туберкульозний вовчак), коліквативний (скрофулодерма), бородавчастий, міліарно-виразковий туберкульоз.
2. Дисемінований — індуративна еритема Базена, міліарний туберкульоз, ліхеноїдний туберкульоз, папулонекротичний лишай шкіри.

Туберкульоз слизової оболонки порожнини рота, губ, шкіри. Він є переважно ускладненням легеневих форм туберкульозу, дуже рідко виникає як первинне ураження. Клінічні прояви залежать від гостроти, локалізації, форми процесу. Основні прояви туберкульозу цих локалізацій — інфільтрат та виразка. Інфільтрати бувають різного розміру, щільності, кольору слизової над ним. За наявності виразок відзначають больові відчуття під час вживання їжі, мовлення, пиття, ковтання. Розміри виразки варіюються, дно її у вигляді ранової поверхні, що кровоточить, краї її м'які. Хронічні форми ураження можуть перебігати без чітких проявів.

Туберкульозний вовчак часто виникає в осіб із достатнім рівнем захисних можливостей організму. Переважна локалізація — шкіра обличчя, часто з одночасним ураженням верхньої губи, ясна, альвеолярний відросток верхньої щелепи, піднебіння, слизова оболонка порожнини рота (18—35 % випадків). Виокремлюють 4 стадії перебігу туберкульозного вовчака: інфільтративну, горбкову, виразкову, рубцеву. Спочатку слизова оболонка набуває яскраво-червоного кольору, потім з'являються горбки, виразки і щільні рубці. Ускладнення перебігу туберкульозного вовчака — вторинна інфекція, бешихове запалення, розвиток злоякісної пухлини. Диференціюють захворювання з третинним сифілісом, лепрою, червоним вовчаком.

Міліарно-виразковий туберкульоз слизової оболонки порожнини рота виникає в осіб із зниженими можливостями системи імунітету, вторинно після виникнення первинного вогнища. Типова

локалізація — у місцях травмування слизової оболонки. Спочатку з'являються типові горбки, а потім — виразки значного розміру, навколо яких можуть виявляти малі абсцеси (зерна Треля). Перебіг хвороби повільний, загальний стан хворого незадовільний.

Коліквативний туберкульоз (скрофулодерма шкіри) частіше трапляється в дитячому та підлітковому віці як первинне або вторинне ураження. Під шкірою виникають щільні вузли, які розм'якшуються та розкриваються зовні, виникають виразки. Після загоєння виразок залишаються втягнуті рубці шкіри переважно в піднижньощелепній ділянці та на шиї.

Туберкульоз лімфатичних вузлів спостерігається в осіб будь-якого віку, уражаються регіонарні щодо вхідних воріт вузли. Виділяють первинний та вторинний туберкульозний лімфаденіт. У першу фазу ураження розвивається гіперпластичний, фіброзний та фіброзно-казеозний лімфаденіт. Після потрапляння збудника в лімфатичні вузли вони збільшуються в розмірі, мало болючі, спочатку — рухомі. Потім декілька лімфовузлів з'єднуються у великий нерухомий конгломерат, відзначають пом'якшення інфільтрату в центрі конгломерату, шкіра тут стоншується, стає ціанотичною, у результаті абсцедування під нею формується “холодний” абсцес. Такі абсцеси потрібно розкривати, хоча вони можуть розкритися і самовільно з формуванням однієї або більше нориць.

З нориць виходить гній з наявністю білуватих включень, спостерігають в'ялі грануляції. Вторинний туберкульозний лімфаденіт є наслідком дисемінації інфекції з первинного вогнища (частіше легень), а тому є двобічним — збільшення лімфовузлів у розмірах, перифокальні інфільтрати незначні, абсцеси майже не виникають, тому перебіг за локальними даними сприятливий. Диференціюють туберкульозний лімфаденіт з лімфогранульоматозом, лейкозом, метастатичним раком, сифілісом, лімфаденітами іншої природи.

Туберкульоз кісток лицевого черепа виникає вторинно. Інфекція потрапляє в кістки гематогенним, лімфогенним, контактним шляхом, через канали коренів зубів. Виокремлюють три форми ураження кісток: інфільтративну (розливу), секвестральну, перфораційну.

Типові місця ураження верхньої щелепи — передня поверхня щелепи, альвеолярний відросток, нижньоочномковий край, виличний відросток; нижньої щелепи — альвеолярний відросток, тіло та гілка щелепи. Можливе приєднання вторинної інфекції. Специфічне запалення спричинює втрату кістки і зубів, виникнення дефектів кістки, склерозованих секвестрів, що можна визначити зондуванням. Коли інфекція поширюється на м'які тканини, на шкірі виникають нориці, їх періодичне самочинне закриття зумовлює виникнення рубців на шкірі, поруч з якими можуть з'явитися нові нориці.

Рентгенографічне дослідження, як правило, не дає чітких, притаманних туберкульозному ураженню ознак, — можна бачити ознаки апікального періодонтиту уражених зубів, вогнища остеопорозу з нерівними контурами за типом “танучого цукру”, краями та ділянками остеосклерозу по їх периферії. Майже ніколи не спостерігають ділянки стовщення окістя.

Методи виявлення мікобактерій туберкульозу — бактеріоскопічний (фарбування мазків-відбитків з поверхні виразки), біологічний (зараження лабораторних тварин), культуральний (посів на живильні середовища), алергодіагностика і туберкулінодіагностика (реакції Пірке, Манту вважаються позитивними при розмірі інфільтрату понад 5 мм).

Диференціюють туберкульозне ураження тканин щелепно-лицевої ділянки з хронічним неспецифічним лімфаденітом, захворюваннями білої крові (лейкози), зі злоякісними новоутвореннями щелеп, із неспецифічним остеомієлітом щелеп. Як правило, хронічний неспецифічний лімфаденіт має локальне первинне джерело інфекції — зруйнований зуб з періапикальним вогнищем запалення, пародонтальну кишеню із вогнищем зруйнованої кістки, ретенований зуб, резидуальну кістку, хронічний тонзиліт тощо. Серологічні показники туберкульозу та рентгенографічні ознаки специфічного процесу в легенях відсутні. Діагноз лейкозу встановлюють після дослідження аналізу і мазка крові, а за потреби — після стерильної пункції. Злоякісні новоутворення (рак) щелеп спричинює більші за розміром дефекти кістки, відзначають втрату маси тіла, порушення системи імунітету. Неспецифічний одонтогенний остеомієліт щелеп характеризуються яскраво вираженою клінічною картиною з гострим початком, наявністю “причинного” зуба, потім — підгострою та хронічною фазами перебігу. Для отримання точного діагнозу роблять мікроскопічне дослідження гною для виявлення специфічного збудника, патогістологічне дослідження біоптатів м'яких тканин і кістки, виокремлюють збудника в мікробіологічній лабораторії.

Лікування хворого на туберкульоз має бути раннім, своєчасним, комплексним, послідовним, індивідуально зумовленим, загальним і місцевим. Проводять лікування разом із фтизіатром. Він призначає протитуберкульозні препарати (антибіотики, тубазид, фтивазид, ПАСК та ін.) на термін до

12 міс. і більше та контролює динаміку процесу в легенях, інших ділянках тіла. Щелепно-лицевий хірург здійснює переважно місцеве лікування — розтин абсцесів, дренажування та промивання рани, секвестрнекректомію, остеосинтез нижньої щелепи в разі виникнення резорбційного (патологічного) перелому нижньої щелепи. Після одужання хворого виконує за показаннями пластичні операції з метою усунення рубців на шкірі, рубцевих контрактур нижньої щелепи тощо.

Прогноз лікування є зазвичай позитивний за умови дотримання всіх лікувальних вимог і виконання призначень фтизіатра. Запобігання рецидивам та новому інфікуванню в усуненні його джерела, покращенні харчування, умов життя та праці, усуненні несприятливих факторів загального і місцевого характеру, проведенні санацію порожнини рота тощо.

СИФІЛІС

Сифіліс — хронічне інфекційне захворювання, яке спричинюється блідою трепонемою. Необхідною умовою зараження є пошкодження слизових оболонок, шкіри і достатня кількість збудника. Перші два роки хворі найнебезпечніші щодо зараження інших осіб. Можливим є безсимптомний перебіг захворювання після трансформації збудника в серонегативну L-форму.

Виділяють такі шляхи зараження сифілісом: прямий (поцілунки, статеві контакти, годування дитини хворою жінкою), професійний (огляд, оперування хворих, розтин тіл), трансфузійний (переливання інфікованої крові), трансплацентарний (зараження плода від матері) та непрямий — через інфіковані предмети (медичні інструменти, у перукарні).

Періоди перебігу захворювання: 1-й період — інкубаційний, триває від 10 діб до 4 міс. (у середньому 21 добу); 2-й період — первинний сифіліс, триває 6-7 тиж., виникає твердий шанкр (первинна сифілома), можливе приєднання вторинної інфекції, лімфаденіт, підвищення температури тіла; 3-й період — вторинний сифіліс, триває 2-4 роки і більше, з'являються висипання на шкірі, які за 2-2,5 міс. зникають і починається вторинний закритий період; 4-й період — третинний сифіліс, розвивається за 3-5 років і триває пожиттєво.

Ураження тканин щелепно-лицевої ділянки можливо в усі періоди хвороби і первинно починається зі слизової оболонки порожнини рота, глотки або губ, коли в місці первинного проникнення збудника на ній з'являється сифілітична виразка. Ця виразка з'являється у другий період хвороби і має типові клінічні ознаки — безболісна, округлої форми, краї її валікоподібно підвищені та дещо підриті, її дно містить салоподібний сіруватий ексудат, в'ялі грануляції. Диференціюють твердий шанкр з шанкриформною піодермією, пухлинами, герпесом, афтозним стоматитом, травматичними виразками, раком, туберкульозною виразкою, проявами ВІЛ-інфекції, глибокою трихофітією.

Прояви вторинного сифілісу починаються через 9-10 тиж., коли виникає випадіння волос (алопеція), сифілітична лейкодерма (порушення пігментації шкіри). Можлива поява “корони Венери” — лінійної форми висипання (папули, плями, пустули) на шкірі лоба по лінії носіння капелюха.

Третинний сифіліс проявляється ураженнями кісток, сифілітичними гумами, дифузними інфільтраціями тканин, горбковими сифілідами. Кісткові структури уражаються вторинно, починаючи з окістя, коли виникає сифілітичний періостит, що проявляють локальною гіперпластичною реакцією. Уражаються щелепи та, частіше, носова перегородка і тверде піднебіння. Перебіг захворювання та локалізація ураження кісток значною мірою залежать від місця первинного ураження слизової оболонки. На гіперемованій слизовій оболонці виникають ділянки стовщення, горбки, які після розкриття перетворюються на виразки неправильної форми, різної глибини. Зуби в ділянці цих виразок можуть стати рухомими, з періодонтальних кишень може виходити гній, при перкусії зубів відзначають помірні больові відчуття. На піднебінні внаслідок некрозу кістки виникають наскрізні дефекти в порожнину носа, куди потрапляє їжа, з'являється гугнявість. За значного руйнування носової перегородки, леміш спинки носа западає.

При вродженому сифілісі відзначають зуби Гетчінсона (бочкоподібної форми, півмісяцева вирізка різального краю), сідлоподібний ніс, саблеподібні гомілки (наслідок остеохондриту), деформацію черепа, діастему (Гоша), високе готичне піднебіння, рубці навколо ротової щілини (симптом Робінсона— Фурн'є), гіпертрихоз, п'ятий додатковий горбок (Карабеллі) верхнього шостого зуба, фізичне недорозвинення.

Рентгенографічно виявляють ознаки розширення періодонтальної щілини кількох сусідніх зубів, остеопороз альвеолярного відростка. Стовщені внаслідок ураження тканини окістя спочатку тверді, слабо болючі, через деякий час нагноюються, гумозні вогнища самовільно розкриваються і виникають виразки. Рентгенографічно в цьому місці можна виявити вогнища остеопорозу з ознаками остеосклерозу по периферії зони ураження. Зони остеопорозу можуть бути з'єднаними з розширеним періодонтом уражених зубів.

Типовим місцем ураження кісток обличчя сифілісом є тверде піднебіння. Після виникнення

первинного ураження слизової оболонки процес поширюється на тонку кістку твердого піднебіння, унаслідок її руйнування виникає наскрізний дефект тканин з утворенням перфорації в порожнину носа і таповими вторинними порушеннями (гугнявість, відсутність герметизму порожнини рота, потрапляння їжі в порожнину носа тощо).

Ураження інших кісток обличчя нагадує повільний розвиток неспецифічного остеомієліту — припухлість тканин, біль, порушення чутливості в ділянці відповідних нервів, що проходять у товщі кісток, тощо. Стовщуються і деформуються відповідні ділянки щелеп, розвивається запальна контрактура нижньої щелепи, у прилеглих м'яких тканинах виникає нерухомий, пов'язаний із щелепою інфільтрат, шкіра змінюється в кольорі. Згодом інфільтрат м'якшає, м'які тканини гинуть з утворенням однієї кількох норичь із виділенням гною. Поєднання норичь спричинює утворення виразки. Рентгенографічно виявляють зони деструкції (одночасно остеопорозу та остеосклерозу) кісткової тканини щелеп з ділянками різної щільності кістки (мармуровість кістки).

Діагностують сифіліс клінічно та лабораторно. У лабораторії використовують мікроскопічні дослідження (вивчення нативного препарату в темному полі), серологічні, гістологічні дослідження, обстеження на СНІД. Серед серологічних досліджень застосовують реакції: ліпідні — з ліпідними антигенами (преципітації), зв'язування комплементу (Вассерманна), осадочні; трепонемні реакції; видоспецифічні протеїнові трепонемні реакції — іммобілізації, гемаглютинації блідих трепонем тощо.

Диференціюють сифілітичне ураження тканин щелепно-лицевої ділянки з неспецифічними запальними процесами, актиномікозом, туберкульозом, злоякісними пухлинами, що досить складно. Допомагають виставити правильний діагноз ретельний збір та вивчення анамнезу, клінічні, рентгенографічні і серологічні імунологічні дослідження (реакція Вассерманна), консультації суміжних спеціалістів.

Превентивне лікування сифілісу призначають особам, які контактували з хворим на сифіліс не пізніше ніж 1 міс. Тому. Уводять біцилін-1, -3, -5 двічі на тиждень по 1 200 000 ОД, 1 800 000 ОД, 1 500 000 ОД, курсом по 4 ін'єкції, а також екстенцилін одночасно в дві різні точки по 1 200 000 ОД.

Загальне специфічне лікування сифілітичного ураження проводить дерматовенеролог. Застосовують бензилпеніцилін, біцилін, екстенцилін курсами до 14 ін'єкцій. Загальне протизапальне лікування супроводжується симптоматичним лікуванням, санацією порожнини рота, видаленням усіх зубів з ураженим періодонтом, якщо не проведено ендодонтичне лікування. На фоні загальної специфічної терапії виконують секвестректомію, секвестрнекректомію. Дефекти твердого піднебіння, інших відділів обличчя усувають переважно місцевими пластичними операціями після закінчення основного процесу за висновком дерматовенеролога.

СНІД

СНІД — інфекційне вірусне захворювання, що виникає внаслідок розмноження в клітинах людини лімфотропного ретровірусу і загибелі цих клітин, що призводить до втрати функціональних можливостей системи імунітету. Вірус знищує Т-хелперні клітини, хворий стає беззахисним перед умовно-патогенною мікрофлорою і неодноразово нею інфікується.

Нині виокремлено 2 види вірусу — ВІЛ-1 і ВІЛ-2. Джерело інфікування — хвора людина, в якій в крові, спермі, грудному молоці, вагінальному секреті, слині, сльозах, поті, лімфовузлах, тканинах головного мозку, кістковому мозку і спинномозковій рідині може бути вірус.

Сприйнятливість людей до вірусу є різною — лише в 10-30 % інфікованих за 5 років розвивається СНІД. Достатньо лише 0,1 мл крові або сперми із 10 000 вірусами для інфікування. Хвороба передається статевим шляхом, через медичні інструменти, препаратами крові, від матері до дитини під час вагітності, пологів, годування груддю (висхідний шлях інфікування).

Клінічні прояви хвороби можуть бути зумовлені ендегенною або екзогенною флорою, грибами, вірусами, найпростішими.

Розрізняють 4 стадії перебігу ВІЛ-інфекції у людини:

1. Стадія інкубації — триває від 3 тиж. до 3 міс., у крові антитіл немає, виявляють лише віруси.
2. Стадія первинних проявів (гостра інфекція, безсимптомна інфекція, персистувальна генералізована лімфаденопатія) — може тривати від 2-3 до 10-15 років.
3. Стадія вторинних захворювань (перед-СНІД).
4. Термінальна стадія (СНІД).

Стадія первинних проявів. Гостра інфекція має типові загальні ознаки і триває зазвичай 2-3 тиж. Відзначають підвищення температури тіла, збільшення лімфатичних вузлів, інтоксикацію, ангіну, висипання на шкірі, головний біль. Антитіла в крові виявляють не завжди. Лікування в цій стадії ефективне. У безсимптомній стадії можливе лише збільшення лімфовузлів, антитіла в крові

виявляють завжди. Далі розвивається персистувальна генералізована лімфаденопатія, що характеризується збільшенням лімфовузлів до 1 см і більше в 2-3 суміжних анатомічних ділянках, що триває понад 3 міс.

Стадія вторинних захворювань (перед-СНІД) починається через 3-5 років після зараження, коли виникають запальні захворювання верхніх дихальних шляхів, які носять тривалий, тяжкий характер. Згодом уражаються внутрішні органи, нервова система, виникає саркома Капоші.

Термінальна стадія (СНІД) — зміни внутрішніх органів мають незворотний характер, виникає немотивована гарячка, тривала діарея, втрата маси тіла, злоякісні пухлини, стійкі запальні процеси (пневмонії), коли активна терапія є неефективною і хворий гине. Інколи хвороба за 2-3 роки переходить у термінальну стадію.

Описано кілька варіантів перебігу хвороби: легеневий, кишковий, церебральний, дисемінований (змішаний), недиференційований. Кожен із них характеризується клінічними проявами переважно в конкретній ділянці тіла.

Перші прояви ВІЛ-інфекції найчастіше спостерігають у порожнині рота.

1. Чітко пов'язані із ВІЛ-інфекцією.
2. Менш чітко пов'язані із ВІЛ-інфекцією.
3. Можуть бути пов'язаними із ВІЛ-інфекцією.

Серед можливих проявів хвороби найчастіше виявляють наступні.

Кандидоз спостерігається у 31-91 % ВІЛ-інфікованих. Частіше уражується слизова оболонка піднебіння та щік. Часто поширюється на глотку, зів, стравохід, внутрішні органи, є стійким до лікування.

Волосиста лейкоплакія виникає переважно на язиці, слизовій оболонці щік у вигляді білуватих висипань.

Простий герпес проявляється часто рецидивуючими тривалими папульозними висипаннями на слизовій оболонці та шкірі обличчя, які супроводжуються больовими відчуттями, лімфаденітом, некрозом поверхневих тканин.

Виразково-некротичний гінгівіт починається з крайових ясен навіть за відсутності назубних відкладень і швидко переходить у гінгівостоматит, пародонтит, що спричинює запалення та секвестрацію кістки, втрату зубів.

Саркома Капоші — на твердому піднебінні виникають червоно-сині плями, потім тут виникають виразки, процес остеолізу. На обличчі виникає частіше на підборідді. Перебігає за типом системного захворювання, швидко призводить до летального кінця. Може бути не пов'язана з ВІЛ-інфекцією.

Лімфома не-Годжкіна — безболісна пухлина лімфатичних вузлів, діагноз ставлять після гістологічного дослідження.

Діагностику ВІЛ-інфекції/СНІДу проводять після клінічного обстеження хворого і дослідження його крові на наявність в сироватці антитіл до ВІЛ, антитіл до окремих білків вірусу, виділення збудника з рідин організму хворого, за даними імунограми.

Лікування хворого на ВІЛ-інфекцію/СНІД передбачає створення охоронного психологічного режиму, своєчасний початок причинної терапії, ретельний підбір необхідних ліків, ранню діагностику і лікування супутніх захворювань. У лікуванні хворих беруть участь інфекціоністи, імунологи, терапевти, психологи, педіатри, дерматовенерологи, гінекологи та інші фахівці.

Завдання хіміотерапії — блокування розмноження вірусу модифікованими нуклеазидами в якості інгібіторів зворотної транскриптази вірусу. Для цього застосовують різні препарати: азидотимідин, дидеоксинозин, дидеокситидин, ставудин, ламівудин, невірапін, делавірдин, інвіраза, криксиван, норвір, а також різні імуномодулятори. На сьогодні середня ціна по життєвого лікування хворого — понад 1000 доларів на місяць.

Хірургічні втручання пацієнтам із ВІЛ-інфекцією/СНІДом виконують за об'єктивними показаннями (розтин інфільтратів, абсцесів, флегмон, секвестректомія при остеомієліті з некрозом кістки) у заздалегідь підготовлених умовах, з необхідним обладнанням і інструментарієм, засобами захисту медичного персоналу. Забезпечують інактивацію (знищення) видаленого патологічного та зараженого кров'ю або видаленого матеріалу.

У практиці стоматолога можливим є зараження одного пацієнта від іншого через брудні інструменти та зараження лікаря (медперсоналу) від хворого. Сприяє цьому неналежний збір анамнезу та обстеження хворого, відсутність належної професійної підготовки лікаря щодо ВІЛ-інфекції/СНІДу та щодо нетравматичної роботи з тканинами в порожнині рота, травмування слизової оболонки при багатьох стоматологічних маніпуляціях, порушення правил асептики, робота лікаря без захисних засобів, відсутність у клініці одноразового інструментарію.

Для запобігання зараження медперсоналу в стоматологічних поліклініках, особливо під час хірургічного прийому, розроблені необхідні системні організаційні заходи захисту, зокрема організація спеціального стоматологічного кабінету, використання окремо призначеного або одноразового інструментарію тощо. У разі розриву рукавичок, потрапляння інфікованого матеріалу на шкіру медичного працівника необхідно обробити її 70 % етиловим спиртом, вимити руки з милом, вдруге обробити шкіру спиртом. При проколах шкіри — витиснути кров із рани, обробити шкіру, як шойно зазначено, приймати протягом 30 діб тимозид по 800 мг на добу. У разі потрапляння інфікованого матеріалу на слизові оболонки, в око потрібно обробити їх 0,05 % розчином калію перманганату, горло прополоскати спиртом або розчином калію перманганату.

Про кожний випадок інфікування медичного персоналу інформують керівництво медичного закладу.

7. ПЛАН І ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА НАВЧАЛЬНОГО ЗАНЯТТЯ З ДИСЦИПЛІНИ

№ з/п	Етапи заняття	Розподіл часу	Види контролю	Засоби навчання
1.	Підготовчий етап	30 хв.	Усне опитування за переліком питань. Письмове тестування.	Комп'ютер (ноутбук). Мультимедійні методичні розробки. Анатомічні муляжі. Відео- та фотоматеріали. Електронні довідники.
1.1	Організаційні питання			
1.2	Формування мотивації			
1.3	Контроль початкового рівня підготовки (стандартизовані засоби контролю)			
2.	Основний етап (вказати всі види робіт, які виконують студенти під час цього етапу).	60 хв.	Практичний тренінг. Вирішення клінічних задач. Створення алгоритмів лікарських дій, професійний тренінг.	Рентгенограми, ортопантомограми, томограми. Набір інструментарію. Результати лабораторних, цитологічних та гістологічних досліджень.
3.	Заключний етап	45 хв.	Тестування. Практичні завдання. Ситуаційні та нетипові задачі. Усне опитування.	
3.1	Контроль кінцевого рівня підготовки			
3.2	Загальна оцінка навчальної діяльності студента			
3.3	Інформування студентів про тему наступного заняття			

4.5. Види самостійної роботи студентів.

1. Вивчити такі питання ($\alpha= I$):

1.1. Етіологія та патогенез актиномікозу, туберкульозу та сифілісу ЩЛД, СНІДу.

1.2. Класифікація специфічних захворювань ЩЛД.

1.3. Клінічна картина актиномікозу, туберкульозу та сифілісу ЩЛД, прояви СНІДу в порожнині рота та ЩЛД.

1.4. Діагностика та диференційна діагностика специфічних захворювань ЩЛД, ВІЛ-СНІДу.

1.5. Комплексне лікування актиномікозу, туберкульозу та сифілісу ЩЛД.

1.6. Заходи профілактики специфічних захворювань та ВІЛ-СНІДу.

2. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю ($\alpha= II$):

2.1. До туберкульозу частіше схильні:

А. Новонароджені

В. Діти та підлітки.

С. Особи молодого віку.

Д. Люди середнього віку.

Е. Літні люди.

(Правильна відповідь: В)

2.2. Шкірна форма актиномікозу ділиться на:

А. Абсцедуючу, гумозну і змішану.

В. Пустульозну, горбкову і змішану.

С. Гнійну, некротичну, гнійно-некротичну;

D. Папульозну, розеольозну і змішану.
E. Інфільтративну, абсцедуючу, змішану.

(Правильна відповідь: B)

2.3. Інкубаційний період для первинного сифілісу складає:

- A. 1-2 дні.
- B. 7-8 днів.
- C. 3-4 тижні.
- D. 1-2 місяці.
- E. Півроку.

(Правильна відповідь: C)

9. Тестові завдання з множинним вибором:

3.1. Патоморфологічно туберкульозний лімфаденіт буває:

- A. Фіброзним.
- B. Фіброзно-казеозному.
- C. Ексудативним.
- D. Гіперпластичним.
- E. Проліферативним.

(Правильна відповідь: A, B, D)

3.2. Вторинне ураження щелепно-лицевої області виникає при попаданні туберкульозної інфекції:

- A. З легенів.
- B. З кісток.
- C. З кишківника.
- D. Через мигдалики.
- E. Зі слини.

(Правильна відповідь: A, B, C)

3.3. Патоморфологічні зміни при туберкульозі залежать від:

- A. Форми захворювання.
- B. Стадії захворювання.
- C. Локалізації процесу.
- D. Сезонності захворювання.
- E. Поширеності процесу.

(Правильна відповідь: A, B, C, E)

4. Задачі для самоконтролю:

4.1. Пацієнт, 47 років, звернувся зі скаргами на набряк лівої привушної ділянки, погане відкривання рота, норицю. Об'єктивно: асиметрія обличчя за рахунок розлитого інфільтрату лівої привушної ділянки, що має дерев'янисту щільність і бугоркову поверхню. В межах інфільтрату визначається нориця із серозно-гнійним вмістом з домішками крихто-подібного гною, шкіра навколо нориці червоно-фіолетова. Відкривання рота обмежене до 2 см, безболісне. Призначте дообстеження хворому.

- A. Мікроскопія. Шкірно-алергічна реакція.
- B. Рентгенографія нижньої щелепи.
- C. Бактеріологічне дослідження.
- D. Контрасна рентгенографія.
- E. Термовізіографія.

(Відповідь: A)

4.2. Хворий, 25 років, скаржиться на набряк і гноетечу в правій піднижньощелепній ділянці. Об'єктивно: має місце щільний дерев'янистий безболісний інфільтрат діаметром біля 2 см в правій піднижньощелепній ділянці. В центрі інфільтрату тканини м'які, є нориця, з якої виділяється крихто-подібний гній в невеликій кількості. Відкривання рота 4,5 см, безболісне. Слизова оболонка порожнини рота і зуби інтактні. Поставте попередній діагноз.

- A. Актиномікоз шкіри.
- B. Туберкульоз шкіри.
- C. Первинний сифіліс.
- D. Підшкірна гранульома обличчя.
- E. Аденоабсцес.

(Відповідь: A)

4.3. Хворий, 47 років, скаржиться на наявність нориць в правій привушно-жувальній ділянці, обмежене відкривання рота. Три місяці тому видалений 48 з приводу хронічного періодонтиту. Об'єктивно: обличчя асиметричне за рахунок припухлості м'яких тканин обличчя. На рівні кута нижньої щелепи – нориці з мізерним, кров'янисто-гнійним виділенням. Шкіра в цій області синьо-багрового кольору. Пальпаторно визначається інфільтрат дерев'янистої щільності, помірно болісний. У окремих місцях осередки розм'якшення. Рот відкривається до 1-1,2см між центральними різцями. Лунка 48 повністю зажила. 47, 46 інтактні. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Одонтогенна гранульома обличчя.
- B. Хронічний одонтогенний остеомиєліт нижньої щелепи.
- C. Актиномікоз правої привушно-жувальної області.
- D. Хронічний паротит.
- E. Хронічний лімфаденіт правої привушно-жувальної області.

(Відповідь: С)

4.6. Перелік індивідуальних завдань (якщо їх виконання при вивченні даного модуля передбачено робочою навчальною програмою з дисципліни).

Не передбачено.

4.8. Перелік теоретичних питань до підсумкового модульного контролю (з типової навчальної програми).

- 8. Актиномікоз щелепно-лицевої ділянки: клініка, диференціальна діагностика, лікування.
- 9. Сифіліс щелепно-лицевої ділянки: клініка, диференціальна діагностика, лікування.
- 10. Туберкульоз щелепно-лицевої ділянки: клініка, диференційна діагностика, лікування.

4.9. Перелік практичних завдань та робіт до підсумкового модульного контролю (з типової навчальної програми).

- 19. Провести опитування хворого та на його основі зробити запис в історії хвороби.
- 20. Провести обстеження амбулаторного хірургічного стоматологічного хворого та зробити про це запис в історії хвороби.
- 21. Провести обстеження периферійних лімфатичних вузлів щелепно-лицевої ділянки, шиї та слинних залоз.
- 22. Встановити попередній діагноз на основі опитування хворого та його обстеження (хворого з періодонтитом, періоститом, остеомиєлітом щелеп та флегмоною щелепно-лицевої ділянки).
- 23. Знати схему та вміти доповісти про хворого викладачеві; обґрунтувати діагноз та скласти план лікування.
- 24. Підготувати набір інструментарію для обстеження хірургічного стоматологічного хворого.
- 25. Вміти прочитати та встановити попередній діагноз за рентгенограмами при такій патології:
 - а) періодонтит;
 - б) остеомиєліт кісток лицевого скелета, гайморит;
 - в) травматичні пошкодження зубів – вивих та перелом;
 - г) вивихи скронево-нижньощелепного суглоба;
 - д) пошкодження кісток лицевого скелета, (щелеп, виличної кістки, кісток носа);
 - ж) захворювання слинних залоз.
- 26. Вміти виконати будь-який вид місцевого знеболення в щелепно-лицевій ділянці.

10. ЛІТЕРАТУРА.

Основна література:

- 7. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2 т. – Т. 1 / В.О. Маланчук, О.С. Воловар, І.Ю. Гарляускайте та ін. – К. : ЛОГОС, 2011. С. 313–327.
- 8. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А. Тимофеев. – К. : Червона Рута-Турс, 2002. – С. 359–371.
- 9. Бернадський Ю.Й. Основи щелепно-лицевої хірургії і хірургічної стоматології / Ю.Й. Бернадський. – К.: Спалах, 2003. – С. 174–186.

Додаткова література:

- 7. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: В 2-х темах. – Т. 1. / Под ред. В.М. Безрукова, Т.Г. Робустовой. - Изд. 2-е, перераб. и доп. – М. : Медицина, 2000. – С. 265–312.
- 8. Хирургическая стоматология в схемах и таблицах: Учеб. пособие для студентов и врачей-интернов / Г.П. Рузин, А.А. Дмитриева. – Харьков : ХГМУ, 2001. – С. 46–57.
- 9. Хирургическая стоматология: Учебник / Под ред. Т.Г. Робустовой. – М. : Медицина, 1999. – С. 236–290.

8. Артрита, артрози, синдром больової дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба. Анкілози СНЩС. Пластика СНЩС. Контрактури і вивихи нижньої щелепи. Діагностика, хірургічне та фізіотерапевтичне лікування.

1. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 1.1. Дати визначення, що таке артрит, артрозо-артрит, артроз СНЩС.
- 1.2. Аналізувати етіологію і патогенез артритів, артрозо-артритів, артрозу СНЩС.
- 1.3. Запропонувати план обстеження хворого з гострим і хронічним артритом, артрозо-артритом, артрозом СНЩС.
- 1.4. Класифікувати артрити, артрозо-артрити, артроз СНЩС.
- 1.5. Перерахувати основні клінічні ознаки гострих артритів СНЩС.
- 1.6. Перерахувати основні клінічні ознаки хронічних артритів СНЩС.
- 1.7. Перерахувати основні клінічні ознаки артрозо-артритів СНЩС.
- 1.8. Перерахувати основні клінічні ознаки артрозу СНЩС.
- 1.9. Запропонувати схеми лікування хворих з артритом, артрозо-артритом, артрозом СНЩС.
- 1.10. Проаналізувати дані додаткових методів обстеження хворих з артритом, артрозо-артритом, артрозом СНЩС.

2. БАЗОВИЙ РІВЕНЬ ПІДГОТОВКИ.

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Етика і деонтологія	Встановити психологічний контакт з хворим
2. Нормальна анатомія	Знати анатомічну будову скронево-нижньощелепного суглобу
3. Нормальна фізіологія	Знати функціональні можливості скронево-нижньощелепного суглобу в нормі
4. Патоморфологія	Описувати морфо-функціональні зміни у скронево-нижньощелепному суглобі при різних видах його патології
5. Пропедевтика внутрішніх хвороб	Застосовувати методи обстеження хворого при різних видах патології скронево-нижньощелепного суглобу
6. Рентгенологія	Вміти описати рентгенологічні знімки скронево-нижньощелепного суглобу
7. Клінічна фармакологія	Знати дію, показання до застосування, протипоказання, дозування, схеми призначення медикаментозних препаратів вживаних при лікуванні патології скронево-нижньощелепного суглобу

3. ОРГАНІЗАЦІЯ ЗМІСТУ УЧБОВОГО МАТЕРІАЛУ.

Артрита. Залежно від етіології захворювання розрізняють інфекційні і травматичні артрити, а за характером течії — гострі і хронічні. Інфекційні артрити можуть бути неспецифічними і специфічними. Травматичні артрити є результатом механічного ушкодження.

Гострі артрити. Гострий артрит СНЩС травматичної етіології виникає в результаті сильної механічної дії: удару, забиття, надмірного відкривання рота і т. п.

Хворі пред'являють скарги на різкий біль в області суглоба у момент його ушкодження. При спробі відкривати рот виникають болі, підборіддя при цьому зміщується у бік пошкодженого суглоба. Розвивається набряк. Пальпація суглоба різко хвороблива. При рентгенографічному дослідженні, якщо немає перелому кісткових структур виросткового відростка, не визначаються відхилення від норми. Виняток становлять випадки, коли відбувається розрив зв'язкового апарату, що супроводжується крововиливом в суглоб; у таких випадках на рентгенограмі визначається розширення суглобової щілини.

Гострий артрит інфекційного походження розвивається зазвичай на тлі гострого тонзиліту, переохолодження, грипу і т. п. Ревматичні і ревматоїдні артрити є результатом гематогенного інфікування або поширення інфекції по продовженню при отиті, мастоїдиті, остеомієліті гілки щелепи, гнійному паротиті і т. п.

Початок захворювання — гострий. З'являються сильні болі в суглобі, що посилюються при спробі зробити рухи щелепою. Іноді болі можуть іррадіювати у вухо, мову, скроню, потилицю, по ходу вушно-височного, великого вушного, малого потиличного нервів, вушної гілочки блукаючого нерва, що має анастомоз з мовно-глотковим нервом. Проте, як правило, болі пульсуючі і локальні, що

відрізняють їх від болів при невралгії трійчастого нерва. Відкривання рота обмежене — на 3-5 мм. При огляді хворого визначається набряк м'яких тканин наперед від козелка вуха, при пальпації цієї області виникають болі, шкірні покриви гіперемовані.

Розвиток гнійного артрити супроводжується утворенням інфільтрату в області суглоба, гіперестезією шкіри, вона напружена, в складку не збирається, гіперемована. Зовнішній слуховий прохід звужений: хворі відмічають зниження гостроти слуху, запаморочення. При натисканні пальцем на підборіддя вперед і вверх болу посилюються. Температура тіла підвищена до 38°3, ШОЕ збільшена, реакція на С-реактивний білок позитивна. На рентгенограмі при випоті ексудату суглобова щілина розширена. При ревматичному артриті можливе ураження обох суглобів, хоча слід зазначити, що за останні роки воно зустрічається значно рідше. При обстеженні хворого зазвичай виявляють захворювання серця: вади, ревмокардит і т. п.

При ревматоїдному артриті вражається, як правило, один з СНЩС, але хворі відмічають болі і в інших суглобах: плечовому, тазостегновому або колінному. При цьому СНЩС об дуже рідко вражається першим; частота його ураження при ревматоїдному артриті досягає, за даними ряду авторів, 50,7% [Каназирська Ц., Мажаров Д., 1978]. Видимих змін серця не виявляють. Для ревматоїдного артрити нехарактерна летючість болів.

Гострий артрит доводиться диференціювати від гострого отиту, невралгії трійчастого нерва, перикоронарити, а також від ряду інших захворювань, в клінічній картині яких прояви артропатії дуже виражені: дерматомиозита, подагри, гострих інфекційних артритів вірусної етіології, хвороби Бехтерева, синдрому Бехчета, інфекційно-алергічного поліартрити та ін.

Лікування гострого артрити будь-якої етіології розпочинають із забезпечення спокою суглобу. Цього досягають за допомогою прашевидної пов'язки, що індивідуально виготовляється, і міжзубний такою, що роз'єднує прикус пластинки або прокладення, яке накладають на стороні ураження строком на 2-3 дні. Їжа має бути рідкою.

Лікування при травматичному артриті проводять з метою зняти болі, досягти розсмоктування крові, що вилілася в суглоб, в можливо ранні терміни і добитися повного відновлення функції нижньої щелепи. Хворому призначають анальгетики (анальгін по 0,25 г 3 рази в день) і місцеву гіпотермію впродовж 2-3 днів.

В подальшому УВЧ-терапію по 10-15 мін щодня впродовж 6 днів, електрофорез калію йодиду і новокаїну (по черзі). Одночасно можуть бути рекомендовані компреси з ронідазою, парафіно — або озокеритотерапія, грязелікування. При тривалих болях слід призначати діадинамічні струми Бернара (2-3 сеанси).

Лікування ревматичних і ревматоїдних артритів проводять консервативними засобами і обов'язково спільно з ревматологом. У комплекс терапії, що призначається, входять протизапальні нестероїдні, антибактеріальні, стероїдні препарати. Дуже стриманий, але слід відноситися до рекомендацій застосовувати внутрішньосуглобове впровадження лікарських препаратів, не можна одночасно вводити в суглоб більше 1 мл розчину будь-якої речовини, оскільки це призводить до розтягування суглобової сумки. Завданнями стоматолога є санація порожнини рота хворого і раціональне протезування зубів для нормалізації висоти прикусу.

При гнійних артритих показано невідкладне оперативне лікування хворого: розтин і дренажування вогнища запалення, які роблять в стаціонарі.

На етапі долікування хворим призначають фізіотерапевтичне лікування: сухе тепло, УВЧ-терапію, електрофорез, діатермію, компреси.

При несвоєчасному і недостатньо повному лікуванні гострий гнійний і травматичний артрити можуть ускладнюватися анкілозом, особливо у дітей. Течія гострого ревматичного і ревматоїдного артрити може набути хронічної форми.

Хронічні артрити. Хронічний артрит характеризується, передусім, ниючими болями в суглобі, тугоподвижністю, хрускотом, скутістю вранці і після більш менш тривалого стану спокою. Болі мимовільні, постійні, такі, що посилюються при відновленні функції нижньої щелепи. Хворий в змозі відкрити рот на 2-2,5 см. Відкривання рота супроводжується помірним крепитуючим, а іноді сильним хрускотом, при цьому підборіддя зміщується у бік ураженого суглоба. Забарвлення прилеглих до нього шкірних покривів може бути не змінене, але пальпація суглоба завжди викликає посилення болів.

На рентгенограмі визначається звуження суглобової щілини — результат реактивних, а пізніше і деструктивних змін покривного хряща голівки нижньої щелепи і суглобової ямки.

Загальний стан хворого залишається задовільним, температура тіла нормальна. У крові не відзначається видимих змін, ШОЕ збільшена до 25— 35 мм/ч. При загостренні процесу клінічний перебіг набуває характеру гострого запалення.

Лікування хворих з ревматичним і ревматоїдним артритом здійснюють ревматологи. Під час переходу травматичних артритів в хронічну стадію призначають ультразвукову терапію, парафіно— і озокерито— терапію, масаж жувальних м'язів, електрофорез бджолиної отрути, медичної жовчі, препаратів йоду. Добрий результат дає міогімнастика [Рубінів І. С., 1965]: роблять дозоване відкривання рота без висунення нижньої щелепи. Для цього хворий сідає на випорожнення, притуливши потилицю до стіни, а кулаком натискає на підборіддя при відкриванні і закриванні рота. Такі вправи хворої робить самостійно щодня уранці і ще 2-3 рази впродовж дня по 3-5 мін упродовж 4-6 тижнів.

Модифікація викладеної методики міогімнастики запропонована Б.К.Костур і співавт. (1981). Автори рекомендують створювати дозований тиск на підборіддя не лише в напрямі від низу до верху і спереду назад, але і убік, протилежну до зміщення щелепи при відкриванні рота. Такі вправи повторюють 5— 10 разів, проводять 3-4 сеанси в день, стежачи за тим, щоб тиск на підборіддя не був надмірним і не викликав болів.

Дуже важливо, щоб в комплексі лікування була вироблена санація порожнини рота і носоглотки, а за наявності показань здійснено раціональне протезування зубів.

При ефективному лікуванні змін, що виникають в суглобі при ревматичному артриті, у відмінності від таких при ревматоїдному артриті, повністю зворотні.

Інфекційно-специфічні артрити. Інфекційно-специфічні артрити зустрічаються порівняно рідко. Розрізняють гонорейний, туберкульозний, актиномікотичні, сифілітичний артрити та ін. Вони виникають в результаті поширення інфекції по продовженню або при її проникненні в суглоб гематогенним (лімфогенним) шляхом.

Гонорейний артрит розвивається впродовж першого місяця захворювання, але при ускладненій формі течії гонореї, на тлі хронічного уретриту, може з'явитися і в пізніші терміни. Захворювання починається гостро з виникненням різких болів, набряку м'яких тканин навколо ураженого суглоба, звуження слухового проходу, що призводить до зниження гостроти слуху. Первинно виникаюча серозна форма запалення швидко переходить в гнійну. Утворюється інфільтрат. На рентгенограмі визначається розширення суглобової щілини. Захворювання характеризується раннім утворенням м'язової контрактури, ураженням хрящових покривів суглобових поверхонь і схильністю до анкілозування.

Зустрічаються три форми туберкульозного артриту : первинно-кістковий, первинно-сіновіальний і інфекційно-алергічний. Захворювання починається непомітно, розвивається в'яло, протікає тривало. При рентгенографії визначається поступова резорбція кісткових структур голівки щелепи. При туберкульозному артриті може розвинути фіброзний анкілоз.

Актиномікотичний артрит зазвичай є результатом поширення первинного вогнища на ті, що підлягають тканині. Патологічний процес, вражаючи суглобову капсулу, викликає розвиток нестійкої контрактури, що чергується з ремісіями. Загальний стан хворого змінюється мало: турбують слабкі болі в суглобі, що посилюються при спробі відкрити рот. В процесі лікування і після його завершення морфологічних змін в суглобі не виявляють.

Сифілітичний артрит характеризується в'ялою течією, мало вираженою хворобливістю. Захворювання зустрічається у край рідко.

Лікування хворих з інфекційно-специфічними артритами спрямоване на ліквідацію основного захворювання і здійснюється відповідними фахівцями.

Артроз. У основі етіології захворювання лежать процеси дистрофічного характеру, що розвиваються на тлі тривалого, в'яло перебігаючого запалення або хронічної мікротравми, серед яких значне місце займають часткова адентія, особливо при односторонніх кінцевих дефектах, зубощелепної деформації і неправильні взаємовідносини артикуляцій, що створюються при протезуванні зубів. В результаті одночасно протікаючих процесів запалення і дегенерації, що супроводжуються деструкцією і проліферацією хрящової і кісткової тканини, розвиваються явища остеосклерозу і остеопорозу анатомічних структур СНЩС, що призводить до їх деформації і порушення конгруентності. Залежно від міри виразності цих станів розрізняють склерозуючий і деформуючий артроз.

Хворі скаржаться на тупі болі, що посилюються при функціональному навантаженні суглоба. У виражених випадках з розвитком вторинного реактивного сіновііта вони стають постійними, що особливо проявляється в холодну сиру погоду, при перевантаженні, до вечора і при початкових рухах

після стану спокою. Аналогічними за своєю характеристикою є старечі болі. Вони також характеризуються відчуттями тяжкості і ломоти в кістках, але відрізняються короткочасністю і малою інтенсивністю. Хворі часто скаржаться, крім того, на болі в області ока і вуха на стороні ураження суглоба, головний біль, глосалгію, парестезію слизової оболонки порожнини рота, зниження гостроти слуху.

В результаті порушення конгруентності суглобових поверхонь, спазму м'язів, змін в суглобовій капсулі і в періартикулярних тканинах розвивається тугорухомість в суглобі. Хворі відмічають швидку стомлюваність, почуття скутості, але обмеження функції суглоба у них зазвичай помірно і обумовлено больовим симптомом або кістковими розростаннями. Фіброзних або кісткових анкілозів ніколи не буває.

У міру утворення на суглобових поверхнях нерівностей в результаті вапняних відкладень і склерозу з'являється грубий хрускіт при рухах голівки нижньої щелепи. Місцеві ознаки запалення відсутні: забарвлення шкіри не змінене, вона не набрякла, але чутливість у вушно-скроневої області може бути знижена, що пояснюється невритом вушно-скроневого нерва, що розвивається.

Загальний стан хворого залишається задовільним. У крові не відбувається виражених патологічних змін, але ШОЕ збільшена, а реакція на С-реактивний білок позитивна.

Клінічні прояви склерозуючого артрозу менш виражені, чим що деформує. На рентгенограмах при склерозуючому артрозі визначається склероз поверхневих і підлягаючих шарів губчастої речовини кістки анатомічних утворень суглоба з де якоюсь деформацією голівки нижньої щелепи. При деформуючому артрозі виникають кісткові розростання у вигляді екзостозів і остеофітів, що призводить до безповоротних структурних змін голівки нижньої щелепи і суглобового горбка. Суглобова щілина звужена. Хвороба протікає повільно.

Діагноз встановлюють на підставі оцінки результатів клінічних, рентгенографічних і лабораторних досліджень.

Лікування хворих комплексне: медикаментозне, фізіотерапевтичне, ортопедичне і, за наявності показань, оперативне. Медикаментозну терапію призначають ревматологи. Вона включає бруфен, вольтарен, вітаміни групи В, препарати стероїдного ряду. Проте потрібно мати на увазі, що внутрішньосуглобове введення стероїдних препаратів має лише допоміжне значення і є симптоматичною терапією. Цей метод не слід рекомендувати в пізніх стадіях захворювання при розвитку вторинного остеоартрозу і за наявності ознак остеопорозу, оскільки він сприяє їх прогресу. Застосування кортикостероїдів протипоказане при деформуючому артрозі.

У комплексі з медикаментозним лікуванням призначають фізіотерапію: електрофорез жовчі, бджолиної отрути, лідази, препаратів йоду. Можуть бути також рекомендовані: парафіно- і озокерітотерапія, грязелікування, інфрачервоне опромінення і лазерне випромінювання. Одночасно призначають масаж жувальних м'язів і лікувальну гімнастику. Важливою умовою досягнення сприятливого результату є здійснення раціонального протезування зубів. У важких випадках показано оперативне лікування: кондилектомія з одночасною артропластикою ортотропним алогенним остеотрансплантатом.

Контрактура нижньої щелепи (лат. *contrahere* - стягуватися, скорочуватися) - різке обмеження рухливості у скронево-нижньощелепному суглобі внаслідок патологічних змін м'яких тканин, що оточують його і функціонально пов'язаних з ним.

Нерідко контрактура нижньої щелепи поєднується з внутрішньосуглобовими спайками (т. е. з анкілозом).

Контрактура нижньої щелепи виникає в наслідок змін в шкірі, що оточує суглоб, підшкірній клітковині, в жувальних м'язах, у фасції (привушно-скроневої), в нервових волокнах травматичного або запального походження.

Грубі фіброзні і кісткові зрощення переднього краю гілки нижньої щелепи або її вінцевого відростка з вилицюватою дугою або горбом верхньої щелепи можуть виникнути після вогнепальних і невогнепальних ушкоджень. Також контрактура може виникнути після помилкової ін'єкції розчинів (спирту, формаліну, кислот, перекису водню і т. п.), що викликають некроз м'яких тканин навколо щелепи на місці ін'єкції. Після некрозу нормальні тканини заміщаються рубцевими тканинами.

Контрактури в наслідок тривалої динамії голівок нижньої щелепи при міжщелепному скріпленні відламків нижньої щелепи можуть доповнюватися утворенням рубців в товщі щік або губ, коли одночасно з переломом щелепи були пошкоджені м'які тканини хворого.

Неврогенна контрактура нижньої щелепи може розвинути в наслідок рефлексорно-больового скорочення жувальних м'язів (викликаного перикоронаритом, остеомиєлітом, травмою м'язів голкою під час проведення анестезії), спастичних паралічів і істерії.

Клініка контрактури нижньої щелепи

При контрактурі нижньої щелепи завжди відзначається більш менш виражене зведення щелеп. Якщо в основі його лежить гостре запалення жувальних м'язів (тризм на фоні міозиту), спроби насильницького розведення щелеп викликають біль.

При стійких рубцевих і кісткових зрощеннях зведення щелеп може бути особливо значним, але спроба розведення їх в цьому випадку не супроводжується гострими больовими відчуттями. Пальпаторно при цьому іноді можна визначити грубі рубцеві стяжіння в усьому передодні рота або в ретромолярній ділянці, в області виличної кістки, вінцевого відростка.

У випадках, коли травма або запальний процес виникли у дорослої людини, зовні помітної грубої асиметрії обличчя, а також змін форми гілки, виличного відростка, кута і тіла нижньої щелепи не відзначається. Якщо ж захворювання розвинулося ще в дитячому або юнацькому віці, то до моменту обстеження (у дорослого) лікар може виявити (клінічно і рентгенографічно) грубі анатомічні порушення: недорозвинення гілки і тіла щелепи, зміщення її відділу підборіддя в хвору сторону та ін.

Лікування контрактури нижньої щелепи

Лікування контрактур нижньої щелепи має бути патогенетичним. Якщо контрактура нижньої щелепи центрального походження, хворого направляють в неврологічне відділення лікарні для усунення основного етіологічного чинника (спастичний тризм, істерія).

У разі її запального походження спочатку усувають джерело запалення (видаляють причинний зуб, розтинають флегмону або абсцес), а потім проводять антибіотико-, фізіо- і механотерапію. Останню бажано здійснювати апаратами А. М. Никандрова і Р. А. Досталь (1984) або Д. В. Чернова (1991), в яких джерелом тиску на зубні дуги є повітря, тобто пневматичний привід, який в початковому стані має товщину в 2-3 мм. Д. В. Чернов рекомендує доводити робочий тиск в трубі, що вводиться в порожнину рота хворого, в межах 1.5-2 кг/см² як при консервативному лікуванні рубцево-м'язової контрактури, так і при запальній її етіології.

Контрактури нижньої щелепи, викликані кістковими або кістково-фіброзними спайками, зрощеннями вінцевого відростка, переднього краю гілки або щоки, усувають шляхом видалення, розтину цих спайок, а обумовлені наявністю вузьких рубцевих стяжінь в ретромолярній області - методом пластики зустрічними трикутними клаптями.

Після операції з метою попередження зморщування шкірного клаптя і рубцювання під ним треба, по-перше, залишати у роті лікувальну шину (разом із стеновим вкладишем) на 2-3 тижні, щодня витягаючи її для проведення туалету порожнини рота. Потім виготовляти знімний протез. По-друге, в післяопераційному періоді необхідно здійснити низку заходів, застережливих рецидив контракттури і зміцнюючих функціональний ефект операції. До них відноситься активна і пасивна механотерапія, починаючи з 8-10-го днів після операції (бажано - під керівництвом методиста).

Для механотерапії можна використати стандартні апарати і індивідуальні пристосування, які виготовляють в зуботехнічній лабораторії.

Рекомендуються фізіотерапевтичні процедури (опромінення променями Букки, іоногальванізація, діатермія), сприяючі профілактиці утворення грубих післяопераційних рубців, а також ін'єкції лідази при тенденції до рубцевого стяжіння щелеп.

Після виписки із стаціонару необхідно продовжувати механотерапію впродовж 6 місяців - до остаточного формування сполучної тканини в області колишніх раневих поверхонь. Періодично паралельно з механотерапією треба проводити курс фізіотерапії.

При виписці необхідно забезпечити хворого простими пристосуваннями - засобами для пасивної механотерапії (пластмасові гвинти і клини, гумові розпірки та ін.).

Методики усунення контрактури нижньої щелепи.

Видалення фіброзних спайок, остеотомія і артропластика на рівні основи виросткового відростка із застосуванням дезепідермизованного шкірного клаптя.

Така ж операція на рівні нижнього краю виличоватої арки з видаленням кістково-рубцевого конгломерату і моделюванням голівки нижньої щелепи, інтерпозицією шкірного дезепідермизованного клаптя.

Розтин і видалення рубців м'яких тканин з боку порожнини рота; резекція вінцевого відростка, усунення кісткових зрощень (долотом, бормашиною, кусачками Люэра); епідермізація рани розщепленим шкірним клаптем.

Розтин і видалення рубцевих і кісткових зрощень через зовнішній доступ, резекція вінцевого відростка. За відсутності рубців на шкірі - операція через внутрішньоротовий доступ з обов'язковою пересадкою розщепленого шкірного клаптя.

Видалення усього конгломерату рубців і кісткових спайок через внутрішньоротовий доступ, щоб забезпечити широке відкриття рота; пересадка розщепленого шкірного клаптя. Перед операцією перев'язують зовнішню сонну артерію.

Розтин і видалення кісткових і фіброзних спайок щоки, щоб забезпечити широке відкриття рота і закриття дефекту, що утворився, заздалегідь пересадженим на щоку філатовским стеблом або усунення дефекту щоки шкірним артериалізованим клаптем.

Добрі результати при лікуванні вищеописаними методами відмічені у 70.4% хворих. Розкриття рота у них між передніми зубами верхньої і нижньої щелеп коливалося в межах 3-4.5 см, а у окремих осіб досягало 5 см У 19.2% чоловік величина відкриття рота складала до 2.8 см, а у 10.4% - тільки до 2 см В останньому випадку доводилося робити повторну операцію.

Причинами рецидивів контрактур нижньої щелепи є: недостатнє видалення рубців під час операції, застосування (для епідермізації рани) не розщепленого, а тонкого епідермального клаптя А. С. Яценко -Tiersh; некроз частини пересадженого клаптя шкіри; недостатньо активна механотерапія, ігнорування можливостей фізіотерапевтичної профілактики виникнення і лікування. Рубцевих стяжінь після операції.

Рецидиви контрактур нижньої щелепи частіше виникають у дітей, особливо у оперованих не під наркозом або потенційованим знеболенням, а під звичайною місцевою анестезією, коли хірурги не вдається виконати операцію за усіма правилами. Крім того, діти не виконують призначень по механо- і фізіотерапії. Тому у дітей особливо важливе правильне виконання самої операції і призначення після неї грубою пиши (сухарі, бублики, льодяники, яблука, морква, горіхи і т. п.).

Анкілоз скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС) - фіброзне або кісткове зрощення суглобових поверхонь, що обумовлює часткове або повне зникнення суглобової щілини.

За наявності у хворого разом з внутрішньосуглобовими (анкілозуючими) спайками ще і кісткових утворень позасуглобових (контрактурних) слід говорити про поєднання анкілозу СНЩС з контрактурою нижньої щелепи. Такий діагноз вимагає і відповідного плану хірургічного втручання.

На підставі класифікації хвороб кісток і суглобів у дітей Н. Н. Каспарова іменує стан фіброзної спайки суглобових поверхонь (т. е. фіброзний анкілоз СНЩС), що поєднується з грубою деформацією суглобового відростка (його укороченням і конгломератним розростанням), вторинним деформуючим остеоартрозом (ВДОА). На підставі цієї обставини ми ділимо фіброзні анкілози на дві підгрупи, що мають право на самостійність нозологічних форм: неускладнений фіброзний анкілоз і ускладнений (деформацією) фіброзний анкілоз, який можна назвати ще і вторинним деформуючим остеоартрозом або анкілозоконтрактурою.

Причиною внутрішньосуглобових зрощень можуть бути інфекційні остеоартрити і травми, у тому числі родові; у одиничних випадках відзначається туга рухомість в суглобі, що виникає ще до народження дитини. Прийнято ділити анкілози на придбані і природжені, запальні і травматичні.

У дітей анкілоз розвивається найчастіше в результаті гнійного отиту, що виник у зв'язку з яким-небудь інфекційним захворюванням (скарлатина, епідемічний паротит та ін.).

Розвиток анкілозу можливий також (як у дітей, так і у дорослих) у зв'язку з артритами будь-якої іншої етіології. За наявними даними, в мирний час близько 30% анкілозів виникає в наслідок ушкодження суглобового відростка нижньої щелепи і суглобової ямки скроневої кістки при падіннях, ударах в ділянку підборіддя і травмах під час пологів; 22% - внаслідок вторинного септичного ураження суглоба при гнійному отиті; 13% - із-за ураження голівки нижньої щелепи остеомиєлітом; гонорейні, ревматичні, деформуючі артрити бувають причиною анкілозів у 13% хворих. Травматичні анкілози зазвичай розвиваються після закритих переломів суглобового відростка нижньої щелепи. Після відкритих, особливо вогнепальних, ушкоджень анкілозування настає не так часто.

Іноді анкілоз розвивається внаслідок вивиху нижньої щелепи. У дітей грудного віку травматичний анкілоз може виникнути у зв'язку з ушкодженням суглоба при накладенні щипців під час пологів.

Механізм розвитку кісткового анкілозу після перелому шийки нижньої щелепи у дітей можна собі уявити таким чином: голівка нижньої щелепи, що змістилася, зберігає епіфізарні зони росту, що продовжують функціонувати - продукувати нову кісткову тканину, яка поступово заповнює нижньощелепну ямку, зростається з нею і призводить до анкілозу.

Ушкодженням зон росту пояснюється подальше недорозвинення відповідної гілки щелепи; якщо вона і не пошкоджена, то мікрогенія розвивається через те, що «енергія» зони росту йде на утворення кісткового конгломерату: чим він більший, масивніший, тим більше недорозвинена гілка щелепи по своїй висоті. Тому для профілактики посттравматичних анкілозів у дітей рекомендується ретельно зіставляти і надійно фіксувати відламки гілки щелепи.

Симптоми анкілозу СНЩС.

Природжені анкілози спостерігаються виключно рідко. Згідно з наявними даними, до 80% анкілозів СНЩС розвиваються у дітей у віці до 10-15 років. Проте багато хворих поступають до лікувальних установ значно пізніше.

Анкілози можуть бути повні і часткові, кісткові і фіброзні, одно- (близько 93%) і двосторонні (близько 7%).

Неодмінний симптом анкілозу - це стійке повне або часткове обмеження розкриття рота, т. е. обмеження опускання нижньої щелепи і повна відсутність ковзаючих рухів в ураженому суглобі по горизонталі. Можливість відкриття рота у хворих з кістковими анкілозами одні автори пояснюють еластичністю самої нижньої щелепи, а інші - наявністю в кістковому конгломераті, що замурував суглоб, більш менш значного шару фіброзної тканини.

Міра рухливості голівки нижньої щелепи визначається шляхом її пальпації попереду козелка вуха і через передню стінку зовнішнього слухового проходу. При фіброзному анкілозі лікар відчуває ледве помітну рухливість голівки нижньої щелепи, чого немає при синостозі. Проте, незважаючи на повний синостоз в ураженому суглобі, зберігається, хоча і незначна, рухливість голівки нижньої щелепи на здоровій стороні. Це виявляється можливим за рахунок еластичності усієї нижньощелепної кістки.

Іноді, у випадках рецидиву анкілозу, відзначається стійко фіксований відкритий прикус. Це зазвичай є наслідком рецидиву після оперативного втручання, при якому резеціює значний фрагмент гілки щелепи, або результатом неправильної фіксації нижньої щелепи після операції, а також механотерапії, що неправильно проводиться, коли хворий приділяє увагу тільки відкриттю рота.

При обстеженні дорослого хворого, у якого анкілоз розвинувся в дитячому віці, виявляють виражену затримку росту ураженої половини нижньої щелепи і усієї відповідної половини обличчя. Проте і у дітей з анкілозами помітна асиметрія особи внаслідок зміщення підборіддя і кінчика носа в хвору сторону, зменшення усіх розмірів ураженої половини тіла і гілки нижньої щелепи (одностороння мікрогенія або мандибулярна ретрогнатія). До того ж вушна раковина на хворій стороні може бути розташована нижче, ніж на здоровій. В результаті цього здорова половина обличчя виглядає такою, що запала і сплюсненою. Підборіддя зміщене в хвору сторону, яка, внаслідок розміщення нормального об'єму м'яких тканин в області зменшених в розмірах тіла і гілки нижньої щелепи, здається округлішою і створює враження здоровою. Тому бувають випадки, коли недосвідчений лікар приймає здорову сторону за хвору і навіть робить операцію на здоровому суглобі. У зв'язку з цим треба ретельно визначити основні розміри нижньої щелепи з обох боків.

Якщо в дитячому віці вражаються обидва суглоби, розвивається двостороння мікрогенія, така, що характеризується так званою пташиною особою, т. е. різким недорозвиненням усього нижнього відділу особи.

У разі розвитку анкілозу у дорослої людини, у якої вже закінчилося формування скелета, затримка в розвитку нижньої щелепи незначна або абсолютно відсутній.

В результаті тривалого анкілозування різко порушується функція жування і мови, особливо при двосторонніх фіброзних і кісткових анкілозах. У цих випадках внаслідок недостатнього розкриття рота повністю або майже повністю виключається їда нормальної консистенції. Хворі живляться рідкою або кашкоподібною їжею через вузьку щілину між зубними рядами, через щілину на місці відсутнього зуба або позадимоларну щілину; хліб їм доводиться протирати пальцем крізь щілини між зубами.

За даними мастикаціографії, для анкілозів характерні роздавлюючий тип жування, зменшення частоти жувальних рухів (до 0.4-0.6 в 1 с), втрата жувальної ефективності коливається в межах 17-98%.

Біоелектрична активність жувальних м'язів (БАЖМ) на хворій і здоровою сторонах дуже різна і залежить від міри поширення рубцевих змін в суглобі і навколишніх тканинах; у тих випадках, коли кісткові або фіброзні спайки локалізуються в самому суглобі, БАЖМ на хворій стороні завжди вище, ніж на здоровій, а коли рубці поширилися на м'язи і м'які тканини, що оточували суглоб, БАЖМ на хворій стороні нижче, ніж на здоровій. При двосторонніх анкілозах БАЖМ майже однакова з обох боків.

Неможливість нормального прийому і розжовування їжі призводить до появи гінгівіту, патологічних ясенних кишень, до відкладення великої кількості зубного каменю, множинного ураження зубів каріозним процесом і віялоподібного зміщення зубів.

Такі хворі, як правило, ослаблені, виснажені і мають нездоровий колір обличчя; у більшості з них відзначається знижена або нульова кислотність шлункового соку із-за порушення секретії

шлунку. Проте в деяких випадках хворі добре адаптуються до таких умов їди і живлення їх при цьому майже не порушене. Мова хворих з анкілозом порушена і ускладнена.

Лікування і видалення зубів при повному зведенні щелеп або дуже ускладнено, або абсолютно неможливо.

У разі блювоти (при інтоксикації, сп'янінні) таким хворим загрожує аспірація і асфіксія.

Недорозвинення щелепи призводить до западання язика під час сну на спині, внаслідок чого спати в цьому положенні зовсім неможливо або ж сон супроводжується найсильнішим хропінням. Постійне недосипання призводить до виснаження нервової системи, хворий стає дратівливим, худне і втрачає працездатність.

Обов'язковими рентгенографічними ознаками у хворих з кістковим анкілозом є повна або часткова відсутність суглобової щілини, переходу структури однієї кістки в іншу і відсутність зображення контурів тих відділів кісток, які утворюють зчленування.

Якщо анкілоз розвинувся давно (у ранньому дитинстві), на рентгенограмі визначатиметься укорочення і потовщення суглобового відростка, «шпора» в області кута нижньої щелепи, наявність нижнього, що не прорізається, 7 або 8 зуба в області її гілки.

Диференціальна діагностика анкілозу СНЩС. Неускладнений кістковий анкілоз необхідно диференціювати з кістковою контрактурою нижньої щелепи, а також з механічними перешкодами до відкривання рота. Перешкоди можуть бути обумовлені пухлиною (остеоомою, одонтомою, саркомою і т. д.) в області гілки щелепи, горба верхньої щелепи або вилицюватої кістки. Тому для остаточного встановлення діагнозу слід зробити ретельне пальцеве дослідження (при цьому вказівний палець вводять між горбом верхньої щелепи і гілкою нижньої щелепи хворого, а також пальпують бічну стінку глотки) і рентгенографію.

При фіброзній, кістковій або кістково-фіброзній контрактурі нижньої щелепи, що не поєднується з анкілозом, обмеження її рухливості викликане позасуглобовими фіброзними або кістковими стяжіннями або розростаннями.

Діагноз анкілозу повинен ґрунтуватися на даних анамнезу (з'ясування етіологічного чинника і динаміки захворювання), клінічного і рентгенографічного обстеження, а саме: стійке повне або часткове обмеження рухів у СНЩС; деформація виросткового відростка; зміна розмірів і форми нижньої щелепи на ураженій стороні; наявність рентгенографічних ознак анкілозу.

Оглядаючи область суглобів, необхідно звертати увагу на наявність на шкірі рубців (слід поранення або запалення), післяопераційних шрамів позаду вушної раковини (з приводу мастоїдиту, отиту) і виділення гною із зовнішнього слухового проходу, а також на положення вушних раковин, відділу підборіддя нижньої щелепи і на рівень її нижнього краю на хворій і здоровою сторонах. Ці і інші дані проаналізовані при описі клінічних симптомів анкілозу.

Лікування таких хворих комплексне. Оперативне втручання має бути спрямоване на відновлення рухливості в суглобі і усунення супутній анкілозу деформації. Мета консервативного лікування у ортопеда — відновлення прикусу. При хірургічному лікуванні анкілозів слід не лише добитися рухливості щелепи шляхом створення неправдивого суглоба, але і одночасно з цим усунути супутні анкілозу деформацію щелепи і порушення прикусу.

Сприятливих результатів при хірургічному лікуванні анкілозів СНЩС можна добитися, якщо виконати наступні умови:

При виділенні зміненого суглобового кінця гілці щелепи мають бути забезпечені максимальне збереження і атравматичність жувальних м'язів під час операції і фіксація їх у фізіологічному натягненні. Для цього не слід відділяти від кістки сухожилля м'язів, а потрібно проводити кістково-м'язовий декорікат;

Проводити високу остеотомію гілки щелепи біля основи виросткового відростка з видаленням патологічно зміненого верхнього фрагмента і формувати суглобовий майданчик, за формою близький до природної і так само розташований;

Заміщення дефекту суглобового кінця щелепи бажано здійснювати ортотопічним алотрансплантатом з хрящовим покриттям суглобового кінця, а краще проводити пересадку нижнього напівсуглоба (разом з меніском) або блоку повного СНЩС з усіма його компонентами (гілка щелепи з суглобовою голівкою, міжсуглобовий диск, суглобовий майданчик скроневої кістки, міжсуглобові зв'язки і суглобова капсула);

Необхідно щільно припасувати трансплантат до кістки реципієнта і надійно фіксувати;

Рекомендувати ранні функціональні навантаження. Оперативне лікування анкілозів СНЩС є складним і травматичним хірургічним втручанням, тому операцію слід робити під ендотрахеальним наркозом з введенням інтубаційної трубки через ніс "наосліп". У тих випадках, коли назотрахеальний

наркоз провести не вдається (викривлення носової перегородки, атрезія, рубцеве зарощування або звуження носових ходів), доводиться прибїгати до трахеотомії.

Найбільш зручний доступ забезпечується напівовальним розрізом шкіри, який починається на 1,5-2 см нижче мочки вуха і огинає кут щелепи.

Далі розріз продовжують в підщелепну область приблизно до рівня бб. У підщелепній області розріз необхідно проводити на 3-4 см нижче краю щелепи з урахуванням укорочення і зведення гілки щелепи. Тканини розтинаються пошарово до кістки. Необхідно враховувати, що відновлення жувальної функції при анкілозі залежить не лише від створення штучного суглоба, але і від стану жувальних м'язів. У зв'язку з цим для забезпечення успіху операції дуже велике значення має збереження цілості жувальних м'язів і їх фіксація у фізіологічному положенні. Враховуючи це, сухожилля власне жувального м'яза треба не відсікати від кістки, а відділяти разом з кортикальною пластинкою гілки щелепи відповідно до місця їх прикріплення.

З цією метою лінійним розрізом по нижньовнутрішнього краю кута, тобто на межі прикріплення власне жувальною і медіальною крилоподібною м'язів, розтинають сухожильно-м'язові волокна і відділяють від нижнього краю кістки. Потім по нижньозадньому краю кута і передньому краю власне жувального м'яза за допомогою бормашини циркулярною пилкою і трепаном, ультразвуком або лазерним променем проводять розпилювання кортикального шару нижньої щелепи і відділяють воно разом з прикріпленим м'язом за допомогою тонкого широкого гострого долота. На іншій ділянці гілки щелепи із зовнішнього і внутрішнього боку на усьому протязі до вилицюватої дуги распатором субперіостально відділяють м'які тканини. Після цього приступають до створення сприймаючого ложа для трансплантата. Для цього із зовнішнього боку гілки фрезою рівним шаром знімають решту кортикальний шар до появи точок, що кровоточать.

Рівень перетину гілки щелепи визначається характером і поширеністю патологічних змін в кістці. Так, при фіброзному або кістковому зрощенні суглобової голівки з суглобовою западиною скроневої кістки проводять резекцію виросткового відростка. Розтинають кістку за допомогою трепана і бору в поперечному або пилою Джиглі в косому напрямі через півмісяцеву вирізку назад і вниз. Якщо після видалення виросткового відростка тяга скроневого м'яза перешкоджає зведенню гілки, то остеотомію проводять біля основи вінцевого відростка, який зберігають для проведення кісткової пластики і відновлення функції нижньої щелепи. При масивних кісткових розростаннях, коли суглобовий і вінцевий відростки утворюють єдиний кістковий конгломерат, проводять поперечну остеотомію у верхній її третині, як можна вище до суглоба.

Під час остеотомії щоб уникнути ушкодження судин асистент підводить зігнутий шпатель під внутрішню поверхню гілки на рівні передбачуваного перетину кістки. В цей час хірург спеціальним гострим довгим трепаном за допомогою бормашини робить ряд наскрізних отворів, які сполучають тригранною хірургічною фрезою або циліндричним бором. Після того, як отримана рухливість щелепи на місці остеотомії, хірург бере кісткові щипці (костотримач), захоплює ними щелепу за кут і зводить її. Не завжди вдається при цьому легко звести щелепу, оскільки на внутрішній поверхні гілки іноді залишаються рубцеві спайки з навколишніми тканинами. У такому разі поступають таким чином. Асистент гачками добре піднімає жувальний м'яз разом із слинною залозою і м'якими тканинами, а хірург в лінію остеотомії вводить роторозширювач і їм розсовує кісткові поверхні. Цей прийом завжди забезпечує цілком достатнє зведення щелепи. Якщо рубцева тканина спаювала гілку щелепи із слизовою оболонкою заднього відділу порожнини рота, то при насильницькому зведенні нижньої щелепи відбувається розрив слизової оболонки; при цьому може виникнути кровотеча і, крім того, операційна рана забруднюється слиною. Щоб можна було добре оглянути рану в глибині, роторозширювач з рани видаляють, а асистент однозубим гачком утримує щелепа в зведеному положенні.

Капілярна кровотеча з рубців у більшості випадків вдається зупинити тугою тампонадою марлею, змоченою гарячим ізотонічним розчином хлориду натрію, біологічним тампоном або гемостатичною губкою.

Але іноді при зведенні щелепи або при звільненні з рубців виросткового відростка ушкоджується щелепна артерія, яка відходить від зовнішньої сонної артерії і дуже близько розташовується до виросткового відростка, а при масивних рубцях або кістковому мозолі може розташовуватися в них. В цьому випадку слід спробувати перев'язати її в рані, але зробити перев'язку артерії в рані часто в подібних випадках не вдається. Не затаючи операцію багатократними безуспішними спробами перев'язати артерію в рані, слід рану туго затампонувати, і зробити перев'язку зовнішньої сонної артерії в типовому місці на шії. Для закриття рани слизової оболонки слід мобілізувати її краї і накласти кетгутуові шви. Якщо ж це не вдається, то залишається єдиний

вихід — тампонувати рану слизової оболонки з боку порожнини рота йодоформною турундою, яку поступово видаляють на 8-10-й день після операції. Після зведення щелепи і переміщення підборіддя в правильне положення необхідно кістковими кусачками згладити розітнуті поверхні кістки і особливо ретельно видалити усі гострі шпильки. Якщо при дослідженні пальцем внутрішньої поверхні гілки виявляються кісткові шпильки і розростання кісткової тканини, то їх необхідно видалити долотом, кусачками і гострою ложкою, оскільки шпильки, що залишилися, і кісткові вирости можуть дати надалі розростання нової кісткової тканини і рецидив анкілозу. Так само з внутрішньої поверхні гілки щелепи видаляють обривки окістя. Для остеопластики при дефектах нижньої щелепи найширше застосовують кістковий аутоотрансплантат, узятий з ребра і гребеня клубової кістки. Такий трансплантат являється найбільш близьким тканинам організму в генетичному плані. Проте при аутопластиці складно, а іноді неможливо добитися правильної форми нижньої щелепи, особливо при заміщенні її великих дефектів. Аутопластика пов'язана з додатковою травмою для хворого. При узятті трансплантата збільшується тривалість операції, внаслідок чого погіршується стан хворого. У разі використання аутоотрансплантатів при ушкодженнях виросткового відростка або їх наслідках неможливо провести первинну артропластику і здійснити реконструктивні операції на СНЩС. У останні десятиліття, як в нашій країні, так і за кордоном накопичений значний експериментальний і клінічний досвід використання кісткових алотрансплантатів, консервованих різними способами, при конструктивних і реконструктивних операціях в щелепно-лицьовій області. Найбільш цінним пластичним матеріалом є ортотопічний алотрансплантат, тобто трансплантат з нижньощелепної кістки, і СНЩС з його складеними компонентами. Ідентичність цього трансплантата по анатомічній і гістологічній будові нижньощелепної кістки реципієнта створює сприятливі умови для того, що його, що приживляє і перебудови з освітою органотипового регенерату, що дозволяє, особливо при первинній кістковій пластиці, отримати добрі результати.

Артропластика при анкілозі СНЩС (перший варіант)

При виконанні операції по першому варіанту, коли в якості трансплантата використовують ортотопічний алотрансплантат з консервованої нижньощелепної кістки разом з суглобовою голівкою, що сприймає суглобовий майданчик створюють таким чином. При формуванні суглобового майданчика щоб уникнути вивиху попереду неї створюють кістковий горбок, який обмежує зміщення суглобової голівки вперед. Це дозволяє їй здійснювати не лише шарнірні, але і якоюсь мірою поступальні рухи. Після цього при необхідності здійснюють зведення гілки і зміщення щелепи в здорову сторону. Підборіддя встановлюють в правильне положення по середній лінії. У дітей і підлітків, враховуючи ріст неураженої половини щелепи, прикус встановлюють з деякою гіперкорекцією. У цьому положенні щелепу фіксують за допомогою різних шин. Для кісткової пластики дефекту суглобового кінця нижньої щелепи, що утворився, після видалення верхнього фрагмента і переміщення щелепи використовують консервований методом ліофілізації або формалізації алотрансплантат з гілки нижньої щелепи разом з суглобовою голівкою, а в деяких випадках і з вінцевим відростком.

Кращі функціональні результати спостерігаються при пересадці напівсуглоба, тобто нижнього поверху суглоба — гілки щелепи з суглобовою голівкою, міжсуглобовим диском і відповідною ділянкою капсули. В цьому випадку сприймаючий суглобовий майданчик треба формувати за формою верхньої поверхні міжсуглобового диска зі збереженням по краях виступів, що перешкоджають зміщенню трансплантата. З внутрішньої поверхні трансплантата відповідно до сприймаючого ложа кістки реципієнта знімають кортикальний шар. Із зовнішнього боку його в області прикріплення кортикальної пластинки з жувальним м'язом також створюють сприймаюче ложе. Трансплантат гілки з нижньої щелепи слід брати з кутом і в усю її ширину, для того, щоб їм можна було одночасно подовжити гілку, створити кут щелепи, і відшкодувати бракуючу частину кістки по задньому краю гілки, що утворилася після переміщення щелепи вперед. Дефект суглобового кінця щелепи, що утворився, заміщають трансплантатом з таким розрахунком, щоб його суглобова голівка поміщалася на створеному суглобовому майданчику. Вінцевий відросток, що зберігся, сполучають з вінцевим відростком трансплантата. Другий кінець трансплантата сполучають з кінцем щелепи реципієнта унакладку і щільно зміцнюють двома дротяними швами. Вінцеві відростки скріплюють тонким танталовим дротом. Сухожилля медіального крилоподібного м'яза і власне жувальний м'яз з кортикальною пластинкою прикріплюють не до кута, а ззаду кута до заднього краю гілки щелепи, тобто, не змінюючи їх довжини, прагнучи відтворити фізіологічне натягнення м'язів. Збереження цілості і фізіологічного натягнення жувальних м'язів, поза сумнівом, позитивно позначається на жувальній функції.

Артропластика при анкілозі СНЩС (другий варіант)

Артропластика суглоба по другому варіанту полягає в тому, що в область дефекту виросткового відростка після його видалення при анкілозі пересаджують цілий блок консервованого алогенного суглоба. Показанням до його пересадки є наявність тільки кісткового і рецидивуючого анкілозу у поєднанні з недорозвиненням щелепи або без її деформації. Доступ до суглоба при операції по другому варіанту здійснюють також екстраоральним підходом. Після остеотомії і видалення кісткового конгломерату формують не суглобовий майданчик, як при першому варіанті операції, а сприймаюче кісткове ложе для трансплантата. Кісткове ложе має бути рівною горизонтальною площиною з двома — переднім і заднім — виступами, в яких роблять по одному отвору для фіксації трансплантата. Трансплантат містить блок суглоба, який складається з: ділянки скроневої кістки з суглобовим майданчиком; міжсуглобового диска; суглобової голівки; суглобової капсули; міжсуглобових зв'язок.

Під час тієї, що припасувала трансплантата його верхню поверхню на скроневої кістці вирівнюють. По краях передньої і задньої сторін її роблять по одному отвору відповідно до ділянок сприймаючого ложа, що виступають. Після введення трансплантата в створене ложе його фіксують двома швами з тонкого танталового дроту. Другий кінець трансплантата сполучають з гілкою щелепи реципієнта, як в першому варіанті. У рану вводять антибіотики і пошарово зашивають її. Для попередження утворення гематоми на 1-2 дні в рані залишають гумовий випускник.

Щільність трансплантата забезпечує надійну фіксацію його до щелепи реципієнта і міцне утримання щелепи в посагу положенні дротяними швами.

Нижню щелепу фіксують до верхньої тільки на період проведення кісткової пластики і на 7-10 днів післяопераційного періоду, до усунення набряку. Потім хворий поступово починає робити активні рухи щелепою, в подальшому йому призначають фізіо- і механотерапію. Застосування цих методів дозволяє відновити жувальну функцію, одночасно подовжити гілки щелепи, встановити прикус в нормальне положення і усунути деформацію нижньої щелепи. Крім того, при пересадці цілісного блоку суглоба, окрім функції відкривання рота, до певної міри відновлюються і бічні рухи, що має важливе значення для повноцінного розжовування їжі.

В. С. Иовчев (1963) описав спосіб "підвісної" артропластики при анкілозі без змін вінцевого відростка і навколишніх тканин. Він зробив поперечну остеотомію виросткового відростка по можливості ближче до голівки і під основу вінцевого відростка. Щелепу переміщав вниз і в неуражену сторону. Потім вільний кінець вінцевого відростка сполучав з куксою в області відокремленого виросткового відростка і скріплював їх кістковим швом. При цій методиці гілка щелепи не має упору в суглобі і залишається як би підвішеною на скроневому м'язі.

Для заповнення м'яких тканин до заднього краю зрушеної вперед гілки щелепи прикріплюють двома швами хрящовий алотрансплантат.

Г. П. Иоаннідіс (1970) при анкілозі СНЩС робив остеотомію у верхній третині гілки щелепи. Після видалення і відповідної обробки верхнього фрагмента підборіддя встановлюють по середній лінії. Дефект суглобового кінця щелепи заміщають ребровим кістково-хрящовим алотрансплантатом. Кістковий кінець трансплантата занурюють в створене поглиблення гілки або подовжньо розщеплюють і одну його частину поміщають в створений канал, а іншу — на зовнішню поверхню піднадкістя без додаткової фіксації. При цьому хрящовий кінець закругленої форми обернений у бік суглоба, який зазвичай розташовується нижче природного, що, на думку автора, лише трохи погіршує функцію нижньої щелепи.

Западіння в защелепному просторі, що виникає після переміщення щелепи вперед і в неуражену сторону, ліквідують шляхом додаткової підсадки алогенного хряща, який фіксують до заднього краю гілки кетгуттовими швами. При використанні цієї методики, як відмічає автор, значно зменшується мікрогенія і досягаються добрі функціональні результати.

П. 3. Аржанцев (1971) при анкілозі СНЩС і мікрогенії після ретельного вивчення клінічних, рентгенологічних і функціональних даних, а також особливостей щелепно-лицьової деформації робив реконструктивні операції з метою усунення мікрогенії, кісткового анкілозу з одного боку і фіброзного — з іншою. Під ендотрахеальним наркозом (з інтубацією через трахеостому) виконують двосторонню високу остеотомію гілок нижньої щелепи. Видаляють кістковий конгломерат в області виросткового відростка на стороні кісткового зрощення. Виниклий дефект відшкодовує імплантатом з органічного скла або пластмаси. Суглобову западину формують хірургічним шляхом. У області підборіддя накладають затиск апарату Рудько для скелетного витягнення нижньої щелепи. Через 5-7 днів після встановлення зубів в прикус скелетне витягнення замінюють міжщелепною гумовою тягою. Через 3 тижні під ендотрахеальним наркозом через раніше накладену трахеостому вичленюють малорухомий виростковий відросток на стороні фіброзного

зрощення. Імплантат, встановлений для формування сприймаючого кісткового ложа (на попередній операції), видаляють. Після цього здійснюють двосторонню артропластику СНЩС ліофілізованими алогенними суглобовими відростками.

Лікування двосторонніх анкілозів СНЩС складніше. Необхідно сказати, що іноді в передопераційному періоді помилково ставлять діагноз "двосторонній анкілоз", приймаючи односторонній анкілоз за двосторонній і, навпаки, двосторонній — за односторонній. Тому перед операцією потрібне дуже ретельне рентгенологічне дослідження обох суглобів. Нині уточненню діагнозу допомагає томографія. При двосторонньому анкілозі після зробленої остеотомії на одній стороні звести гілку щелепи не вдається навіть роторозширювачем. Особливо форсувати ці рухи не слід. У таких випадках тампують рану марлевими серветками, змоченими антибіотиками. Не можна тампувати рану марлевими кульками, оскільки кульки, промоклі кров'ю, стають малопомітними в глибині рани і їх можна легко залишити в рані при закінченні операції. Після того, як рану затампували, краї шкірної рани поверх серветок зближують 2-3 тимчасовими швами і повертають голову хворого в інший бік (обережно, щоб не порушити систему ендотрахеального наркозу). Обробивши операційне поле, роблять таку ж операцію на іншій стороні. Необхідно мати на увазі, що після операції з приводу двостороннього анкілозу СНЩС в післяопераційному періоді може настати западанні язика, тому у кінці операції слід прошити мову і прив'язати лігатуру на 2-3 дні до пов'язки. У цьому періоді хворі потребують особливо ретельного спостереження персоналу в нічний час. Надалі хворі пристосовуються самостійно утримувати мову. Для утримання нижньої щелепи у виправленому положенні в післяопераційному періоді впродовж 10-14 днів застосовують витягнення за відділ підборіддя щелепи за допомогою накісткового затиску, гачка або дротяної петлі, шнуром через блок з вантажем в 500-800 р.

Застосування деєпідермізованого Філатівського стебла при усуненні анкілозу СНЩС

Усі автори, що займаються вивченням віддалених результатів лікування анкілозів СНЩС, відмічають велике число рецидивів захворювання. Рецидиви частіше розвиваються впродовж першого року після операції, але описані випадки їх розвитку і через декілька років після операції. А. А. Лимберг для попередження розвитку рецидиву анкілозу нижньої щелепи в 1948 р. застосував для міжкісткового прокладення деєпідермізоване Філатовське стебло. Операція багатоетапна, тому метод рекомендується тільки для усунення рецидивів анкілозу. Філатівське стебло формують зазвичай на животі. Через 3 тижні ніжку стебла пересаджують на кисть або передпліччя. Ще через 3 тижні роблять основну операцію усунення анкілозу. Описаним вище методом оголяють область анкілозу і як завжди обробляють кістку. Потім відсікають ніжку стебла від живота і скальпелем видаляють упродовж 7-8 см епідермальний шар шкіри, залишивши на стеблі лише сітчастий шар так, щоб жирова клітковина була покрита дермою. Деєпідермізовану ділянку стебла вводять між кістковими поверхнями і зміцнюють його матрацним швом через усю товщу щоки і 2-3 швами до навколишніх тканин з таким розрахунком, щоб він не міг зміститися. Потім повертають на своє місце жувальний м'яз і м'які тканини, накладають погрузаючі кетгутові шви, шкірну рану зашивають. Частину стебла ретельно пришивають до шкіри так, щоб рана була закрита наглухо. Між швами вводять гумовий випускник на 48 ч. Усе подальше ведення хворого таке ж, як було описано вище. На наступному етапі, через 2-3 тижні, відсікають надлишок стебла у нижнього краю щелепи або, якщо є ще мікрогенія, стебло відсікають від руки, деєпідермізують його, розпластують і вводять під шкіру для корекції асиметрії особи. Таким чином, цей метод дозволяє усунути не лише анкілоз СНЩС, але і асиметрію обличчя, викликану западінням тканин в області гілки щелепи, і мікрогенією. Усунення двосторонніх анкілозів СНЩС за допомогою прокладення з Філатівського стебла роблять таким чином. Після того, як стебло однією ніжкою прирощене до руки, відсікають другу ніжку від живота і пересаджують її в область кута нижньої щелепи. Через 3-4 тижні відсікають ніжку стебла від руки і пересаджують її на симетричне місце з іншого боку. Таким чином, стебло розташовується під підборіддям у вигляді стремена. Ще через 3-4 тижні роблять одномоментно усунення анкілозу з обох боків. Розгинають стебло упоперек на 2 рівних частини, роблять двосторонню остеотомію, зводять щелепу. Деєпідермізують обидві ніжки стебла повністю і кожну вводять між кістковими поверхнями на своїй стороні. Надалі операцію роблять так, як це було описано раніше. Між корінними зубами з обох боків вводять гумові прокладення, а підборіддя підтягують "пращей", іноді накладають міжщелепне витягнення. Живлення хворому в післяопераційному періоді на 15-20 днів призначають через зонд. Рухи щелепи дозволяють з 10-15-го дня.

Операції при анкілозі СНЩС

Артропластика СНЩС способом Медведева, 1953

За допомогою спеціальних щипців-кусачок роблять ступінчасту остеотомію в області верхньої третини гілки нижньої щелепи, зводять її до правильного положення. Моделюють і поміщають в щілину між фрагментами вкладиш з біопластмаси, що відповідає за формою і величині простору між фрагментами. Вкладиш фіксують кетгуттовими швами до навколишніх тканин, вставляють прокладення між корінними зубами і здійснюють позаротове витягнення щелепи впродовж 14-16 днів.

Артропластика СНЩС способом Великанової, 1956

Роблять косу остеотомію по Рауеру, кінці розпилювання кістки припікають димлячою азотною кислотою впродовж 1-2 хвилин. Кислоту наносять за допомогою вати на паличці, навколишні тканини ізолюють марлею, змоченою насиченим розчином натрію гідрокарбонату для нейтралізації кислоти. Здійснюють витягнення щелепи впродовж 10-13 днів.

Артропластика СНЩС способом Бернадського - Михайлик, 1974

Роблять остеотомію нижньої щелепи ближче до рівня суглоба. Нижній фрагмент відводять вниз і вперед, фіксують щелепу назубними шинами. Куску нижнього фрагмента гілки покривають ковпачком з білкової оболонки яєчка (бика). Ковпачок фіксують кетгуттовим швом, що обвиває кут щелепи.

Артропластика СНЩС способом Максудова - Драновського, 1981

Розрізами по Рауеру або Львову оголяють кут і тіло нижньої щелепи. Відшаровують жувальний м'яз від гілки і скелетують його до суглобового і вінцевого відростків. Отсепаровують внутрішній крилоподібний м'яз з внутрішньої сторони гілки. Роблять остеотомію ближче до ураженого суглоба. Нижній фрагмент зміщують донизу, щелепу зіставляють в правильному положенні. На краї нижнього фрагмента щелепи насаджують ковпачок з срібно-паладієвого сплаву.

Артропластика СНЩС способом Михайлик - Бернадського, 1978

Остеотомію здійснюють біля основи вінцевого відростка. Видаляють надлишок конгломерату кістки в області півмісяцевої вирізки і суглобового відростка. Нижню щелепу зміщують донизу і наперед. Вінцевий відросток переміщують і фіксують до верхньозадньому краю гілки кістковими швами.

Артропластика СНЩС способом Міхельсона, 1948

Здійснюють косу остеотомію гілки по Рауеру. У щілину, що утворилася, після розведення фрагментів вставляють ковпачок з пластмаси, який надівають на рухливий відрізок кістки. Ковпачок фіксується до окістя гілки.

Артропластика СНЩС способом Плотнікова - Ткаченко, 1966

Після оголення гілки нижньої щелепи роблять її остеотомію, видаляють кістковий масив, формують суглобову западину в скроневій кістці. Нижню щелепу переміщують в правильне положення. Дефект гілки, що утворився, заміщають кістковим ліофізілірованим алотрансплантатом з нижньої щелепи з суглобовим кінцем, який фіксують кістковим швом.

Артропластика СНЩС способом В. Ф. Рудько - Каспаровой, 1956

Скелетують усю гілку нижньої щелепи, аж до кісткового зрощення. Роблять горизонтальну остеотомію гілки у верхній її третині. На нижньому фрагменті гілки моделюють суглобову голівку і шийку шляхом видалення ділянки кістки. Розводять фрагменти не менше чим на 10 мм і надівають ковпачок з ЭГМАСС-12, до якого приварена "вежа" з АКР-7. Ковпачок повинен туго охоплювати кістку і міцно на ній сидіти.

Усунення анкілозу СНЩС способом Бернадського, 1956

Через розріз, нижче мочки вуха, кут нижньої щелепи, що облямовує, і що триває в піднижньощелепній області, оголяють гілку, скелетують її від жувальної і медіальної крилоподібної м'язів і окістя. Здійснюють остеотомію по методу Рауеру. Розводять фрагменти і між ними вставляють Деєпідермізований, позбавлений жиру клапоть шкіри, який фіксують кетгуттовими швами до залишків жувальної і медіальної крилоподібної м'язів у краю кута щелепи.

Усунення анкілозу СНЩС способом Бернадського -- Михайлик, 1978

Екстраорально оголяють гілку нижньої щелепи, роблять її остеотомію на межі верхньої і середньої третини, моделюють суглобову голівку з нижнього фрагмента гілки, що резеціює, і покривають її ковпачком з ксеногенної склерокорнеальної оболонки, який фіксують швами до жувального м'яза. Рану пошарово зашивають. При необхідності зміщують підборіддя до симетричного положення і здійснюють витягнення його через блок.

Усунення СНЩС з мікрогенією у дітей способом Лімберга, 1955

Розрізом, що огинає кут нижньої щелепи, оголяють і звільняють його від окістя, жувального м'яза. Скелетують усю гілку аж до півмісяцевої вирізки. Внутрішню поверхню гілки звільняють від

окістя і медіального крилоподібного м'яза. Роблять остеотомію вінцевого відростка і суглобового відростка в області шийки або основи (при кісткових зрощеннях). Зводять гілку щелепи вниз і вперед до встановлення підборіддя в правильне положення. Здійснюють витягнення щелепи за допомогою накісткового затиску, накладеного на кут щелепи.

Усунення анкілозу СНЩС способом Львова, 1936

Розрізом під кутом нижньої щелепи оголяють її гілку. Перетинають прикріплення жувальною, медіальною крилоподібною м'язів. Отсепаровують разом з окістям м'яза на внутрішній і зовнішній поверхнях і скелетують усю гілку. Здійснюють косу остеотомію гілки в зоні верхньої її третини (по Рауеру). Січуть передню ділянку гілки у вигляді клину. Кінець нижнього відрізка кістки закругляють і моделюють голівку і шийку.

Усунення анкілозу СНЩС способом Рауеру, 1928

Розрізом по нижньому краю вилицюватої дуги, відступивши від слухового проходу на 1,5 см наперед і далі вниз, починаючи від заднього кінця першого вилицюватою розрізу, оголяють гілку нижньої щелепи. Відділяють окістя по зовнішній поверхні гілки і по її передньому і задньому краям. Здійснюють косу лінійну остеотомію по лінії основи суглобового відростка. При існуванні одночасно кісткового зрощення між вінцевим відростком і вилицюватою кісткою додатково роблять косу лінійну остеотомію вінцевого відростка біля його основи. У щілину, що утворилася, після розведення фрагментів поміщають клапоть з широкої фасції стегна з жиром так, щоб фасція покривала нижній відрізок гілки, а жир заповнював простір і на внутрішній стороні гілки.

Усунення анкілозу СНЩС способом Роше, 1898

Оголяють нижню щелепу розрізом, що огинає її кут. Викроюють клапоть на живлячій ніжці з жувального м'яза. Скелетують гілку нижньої щелепи до суглобового і вінцевого відростків, як із зовнішньою, так і внутрішньою сторін. Роблять остеотомію трапецієвидної форми в області нижньої половини гілки. Нижній фрагмент гілки зводять і в дефект, що утворився, укладають м'язовий клапоть, який пришивають до зовнішньої поверхні крилоподібного м'яза.

Усунення анкілозу СНЩС способом Роше в модифікації Сміту, 1899

Операцію здійснюють по методу Роше лише з тією різницею, що остеотомію роблять в середній третині гілки нижньої щелепи.

Усунення анкілозу СНЩС способом Роше - Сміту в модифікації Березовського, 1901

Роблять остеотомію від заднього краю гілки в область верхньої половини у напрямку до краю півмісяцевої вирізки. У простір між фрагментами укладають клапоть жувального м'яза, який прикріплюють до окістя внутрішньої поверхні нижнього фрагмента.

Усунення анкілозу СНЩС способом Савицького, 1968

Звільняють гілку нижньої щелепи від рубців, роблять її остеотомію, зводять до правильного положення. До гілки підшивають відрізок ауторебра з хрящовою частиною, який моделюють за формою суглобової голівки. Застосовується у дітей.

Усунення фіброзного анкілозу СНЩС

Розрізом по Рауеру розтинають капсулу суглоба, видаляють рубцево-змінений диск і рубці. При необхідності, для досягнення достатньої міри розкриття рота вставляють в суглобову щілину остеотом і обертальними рухами розривають спайки, що утворилися на внутрішній поверхні. Між молярами на хворій стороні вставляють розпірку.

Усунення фіброзного анкілозу СНЩС способом Семенченка, 1951

Між премолярами на здоровій стороні вводять плоске долото або шпатель і поступово розширюють щілину між зубними рядами настільки, щоб можна було застосувати роторозширювач Гейстера. Вставляють роторозширювач між різцями і повільно відкривають рот на 1-1,5 см Вводять другий розширювач на стороні анкілозу між премолярами і повільно розкривають порожнину рота до 3,5-4 см Між корінними зубами вставляють пластмасову або металеву розпірку.

4.ПЛАН І ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА УЧБОВОГО ЗАНЯТТЯ ПО ДИСЦИПЛІНІ.

№	Етапи заняття	Розподіл часу	Види контролю	Засоби навчання
1.	Підготовчий етап.	15 хв.	Усне опитування за переліком питань. Письмове тестування.	Комп'ютер (ноутбук). Мультимедійні методичні розробки. Анатомічні муляжі. Відео і
1.1	Організаційні питання.			
1.2	Формування мотивації.			
1.3	Контроль початкового рівня підготовки (стандартизовані засоби контролю).			

2.	Основний етап (вказати усі види робіт, які виконують студенти під час цього етапу).	60 хв.	Практичний тренінг. Рішення клінічних завдань. Створення алгоритмів лікарських дій, професійний тренінг.	фотоматеріали. Електронні довідники.
3.	Завершальний етап.	15 хв.	Тестування. Практичні завдання. Ситуаційні і нетипові завдання. Усне опитування.	
3.1	Контроль кінцевого рівня підготовки.			
3.2	Загальна оцінка учбової діяльності студента.			
3.3	Інформування студентів про тему наступного заняття.			

4.5. Види самостійної роботи студентів.

1. Вивчити такі питання ($\alpha=I$):

- 1.1. Етіологія і патогенез артритів, артрозо-артритів, артрозу СНЩС.
- 1.2. План обстеження хворого з гострим і хронічним артритом, артрозо-артритом, артрозом ВНЧС.
- 1.3. Класифікації артритів, артрозо-артритів, артрозу СНЩС.
- 1.4. Клінічні ознаки і методи лікування гострих артритів СНЩС.
- 1.5. Клінічні ознаки і методи лікування хронічних артритів СНЩС.
- 1.6. Клінічні ознаки і методи лікування артрозо-артрита СНЩС.
- 1.7. Клінічні ознаки і методи лікування артрозу СНЩС.
- 1.8. Схеми лікування хворих з артритом, артрозо-артритом, артрозом СНЩС.

2. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю ($\alpha=II$):

2.1. За патогенетичними ознаками артроз СНЩС буває:

- A. Первинний і вторинний.
- B. Склерозуючий і деформуючий.
- C. Серозний і гнійний.
- D. Гострий і хронічний.
- E. Гіпертрофічний і атрофічний.

(Правильна відповідь: A)

2.2. Для етіопатогенезу первинного артрозу характерно:

- A. Розвиток дегенеративного процесу на здоровому суглобовому хрящі.
- B. Розвиток дегенеративного процесу на зміненому суглобовому хрящі в результаті травми.
- C. Розвиток дегенеративного процесу на здоровій суглобовій голівці.
- D. Розвиток дегенеративного процесу в суглобовій ямці.
- E. Розвиток дегенеративного процесу в суглобі в результаті соматичних у загальних рисах порушень.

(Правильна відповідь: A)

2.3. Скільки рентгенологічних стадій вторинного деформуючого артрозу виділяють?

- A. 4 стадії.
- B. 3 стадії.
- C. 5 стадій.
- D. 6 стадій.
- E. По стадіями не розрізняють.

(Правильна відповідь: A)

3. Тестові завдання з множинним вибором відповіді:

3.1. По етіології артрити СНЩС бувають:

- A. Загальносоматичні.
- B. Обмінно-дистрофічні.
- C. Специфічні.
- D. Неспецифічні.
- E. Посттравматичні.

(Правильні відповіді: B, C, D, E)

3.2. Рентгенологічні зміни у СНЩС при його патології:

А. Іноді відзначається розширення суглобової щілини.

В. Суглобова щілина відсутня.

С. Рідко відзначається звуження суглобової щілини.

Д. Початкові явища репарації.

Е. Межі нижньощелепної ямки і суглобового відростка згладжуються, наближаючись до прямої лінії.

(Правильні відповіді: В, С, D, E)

3.3. Клінічною ознакою гострого артрити СНЩС є:

А. «Тугоподвижность» суглоба уранці.

В. Біль постійний, зменшується в стані спокою нижньої щелепи.

С. Різка, ірадіююча біль.

Д. Набряклість і інфільтрація м'яких тканин попереду козелка вуха.

Е. Серозний або гнійний ексудат в порожнині суглоба.

(Правильні відповіді: В, С, D, E)

4. Завдання для самоконтролю:

4.1. Хворий Н., 35 років з діагнозом хронічного артрити лівого СНЩС скаржиться на обмеження у відкриванні рота. Обмеження відкривання рота в період загострення хронічного артрити спостерігається?:

Відповідь: В період загострення захворювання.

4.2. У хворої ж., 39 років діагноз ревматоїдний артрит правого і лівого СНЩС. Що є характерною ознакою ревматоїдного артрити СНЩС?

Відповідь: Ураження обох СНЩС.

4.6. Перелік індивідуальних завдань.

1. Уміти обстежувати хворого із запально-дистрофічними захворюваннями СНЩС.

2. Уміти провести диференціальну діагностику між різними видами захворювань СНЩС.

3. Прочитати ці рентгенографії, КТ, МРТ при патології СНЩС.

4. Уміти скласти план лікування хворого із запально-дистрофічними захворюваннями СНЩС.

4.8. Перелік теоретичних питань до підсумкового модульного контролю:

1. Етіологія і патогенез артритів, артрозо-артритів, артрозу СНЩС.

2. Класифікації запально-дистрофічних захворювань СНЩС.

3. Клінічна картина і лікування гострих артритів СНЩС.

4. Клінічна картина і лікування хронічних артритів СНЩС.

5. Клінічна картина і лікування артрозо-артрита СНЩС.

6. Клінічна картина і лікування артрозу СНЩС.

7. Запропонувати схеми лікування хворих з артритом, артрозо-артритом, артрозом СНЩС.

8. Проаналізувати дані додаткових методів обстеження хворих з артритом, артрозо-артритом, артрозом СНЩС.

4.9. Перелік практичних завдань та робіт до підсумкового модульного контролю.

1. Обстежувати хворого із запально-дистрофічними захворюваннями СНЩС.

2. Описати історію хвороби або амбулаторну картку хворого із запально-дистрофічними захворюваннями СНЩС.

3. Призначити план обстеження хворого із запально-дистрофічними захворюваннями СНЩС.

4. Скласти план лікування хворого із запально-дистрофічними захворюваннями СНЩС.

6. ЛІТЕРАТУРА.

Основна література:

1. Безруков В.М. Руководство по хирургической стоматологии челюстно-лицевой хирургии: 2 том / В.М.Безруков, Т.Г. Робустова. - М., Медицина, 2000. - 488 с.

2. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области / Ю.И. Бернадский. - М.: Медицинская литература, 1999. - 456 с.

Додаткова література:

1. Ибрагимов З.И. Рентгенологические проявления контрактур височно-нижнечелюстного сустава / З.И. Ибрагимов, Н.А. Рабухина, В.А. Семкин // Вестник рентгенологии и радиологии. - М. - 2005.- №4.- С.21-23.

2. Петросов Ю.А. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава / Ю.А. Петросов, О.Ю. Калпакьянц, Н.Ю. Сеферян. Краснодар, 1996. - 349 с.

3. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология / Т.Г. Робустова. - М., 2003. - С.68-88.

4. Диагностика и лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава / В.А. Семкин: Дис. д. мед. – М., 1997. - 204 с.
5. Семкин В.А. Клиника, диагностика и лечение постинъекционных контрактур нижней челюсти / В.А. Семкин, Н.А. Рабухина, Н.В. Букатина // Стоматология. - 1998. - №5. - С.30-31.

**№ 9. Гострий і хронічний неспецифічний сіалоаденіт (некалькульозний і калькульозний).
Діагностика та комплексне лікування сіалоаденітів. Сіалози.**

1. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 1.1. Аналізувати розповсюдженість запальних та дистрофічних уражень слинних залоз.
- 1.2. Пояснювати причини виникнення запальних та дистрофічних уражень слинних залоз.
- 1.3. Запропонувати нові підходи в діагностиці запальних та дистрофічних уражень слинних залоз.
- 1.4. Класифікувати запальні та дистрофічні ураження слинних залоз.
- 1.5. Тракувати дані рентгенологічних та патоморфологічних досліджень при запальних та дистрофічних уражень слинних залоз.
- 1.6. Малювати схеми обстеження пацієнтів з різними формами запальних та дистрофічних уражень слинних залоз.
- 1.7. Проаналізувати ускладнення, наслідки та прогноз при різних формах запальних та дистрофічних уражень слинних залоз.
- 1.8. Скласти план обстеження та лікування хворих із патологією слинних залоз різного генезу.

11. БАЗОВИЙ РІВЕНЬ ПІДГОТОВКИ

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Анатомія людини.	Знати анатомію щелепно-лицевої ділянки, кровопостачання та іннервацію м'язів голови та ший. Визначити локалізацію великих слинних залоз людини.
2. Патоморфологія з секційним курсом.	Знати гістологічну будову та морфологічну структура патологічно-змінених тканин. Розпізнавати патологічно змінені тканини. Вміти взяти матеріал для цитологічного та патоморфологічного дослідження уражених слинних залоз.
3. Патофізіологія	Знати етіологію та патогенез захворювань, обмін речовин в патологічно змінених тканинах. Вміти логічно представити етіопатогенетичний ланцюг розвитку патологічних процесів у слинних залозах.
4. Внутрішня медицина.	Знати взаємозв'язок патологічних процесів в слинних залозах із захворюваннями різних органів та систем людини. Вміти правильно визначитися із залученням суміжних спеціалістів під час планування комплексного лікування хворих з патологією слинних залоз.

3. ОРГАНІЗАЦІЯ ЗМІСТУ НАВЧАЛЬНОГО МАТЕРІАЛУ (описується навчальний матеріал, наводяться структурно-логічні схеми, таблиці, малюнки, що відображають зміст основних питань теми заняття).

ГОСТРЕ ЗАПАЛЕННЯ СЛИННИХ ЗАЛОЗ

Епідемічний паротит (свинка, заушниця) – гостре інфекційне вірусне захворювання, що характеризується запаленням великих слинних залоз. Зазвичай вражаються привушні, рідко – піднижньощелепні і під'язикові слинні залози. В основному хворіють діти, але іноді і дорослі, частіше жінки. В даний час епідемічний паротит спостерігається як у вигляді спорадичних захворювань, так і у вигляді рідкісних епідемічних спалахів в закритих і дитячих колективах.

Етіологія і патогенез. Збудник хвороби – вірус, що фільтрується. Зараження відбувається шляхом безпосередньої передачі його від хворого здоровому крапельно-повітрям шляхом, але можлива також передача при користуванні предметами, з якими стикалися хворі.

Клінічна картина. Інкубаційний період епідемічного паротиту складає в середньому 2-3 тиж. Залежно від тяжкості захворювання можуть бути виділені три форми клінічної течії: 1) легка, 2) середня, 3) важка. Іноді виділяють ще неускладнений і ускладнений перебіг процесу.

При легкій формі паротиту клінічні ознаки виражені слабо, температура тіла не підвищується. Припухання привушних залоз майже безболісно, з їх проток в помірній кількості виділяється прозора слина. Нерідко вражається лише одна привушна залоза. Припухлість і біль зникають впродовж тижня.

При середньому ступені тяжкості захворювання після короткого (протягом 2-3 днів) продромального періоду, що проявляється нездужанням, поганим апетитом, періодичним ознобом, головним болем, біллю в області шиї, суглобів і м'язів кінцівок, іноді невеликим підвищенням температури тіла і сухістю в порожнині рота, виникає болісне припухання привушної залози. В більшості випадків через 1-2 дні припухає також інша привушна залоза. Спостерігається подальше підвищення температури тіла, зазвичай в межах 37,5-38 °С. Припухлість швидко збільшується. При цьому майже завжди одна сторона буває змінена більше іншої. У деяких хворих спостерігається гіперемія слизистої оболонки рота і вістя привушної протоки. Салівація зазвичай знижена. Через 3-4 дні запальні явища починають стихати.

При важкій формі спочатку після виражених продромальних явищ припухає привушна залоза, часто обидві. При цьому припухлість, що локалізувалася спочатку по зовнішній поверхні гілки нижньої щелепи, розповсюджується вгору до рівня очних ямок, назад доходить до сосковидних відростків і спускається нижче за кути щелепи, іноді до ключиць. Шкіра над припухлістю має нормальне забарвлення, але напружена. При залученні до процесу піднижньощелепних і під'язикових залоз припухлість розповсюджується на шию. Збільшена в розмірах, болісна при пальпації привушна залоза відтісняє назовні мочку вуха, здавлює і іноді значно звужує зовнішній слуховий прохід. Іноді спостерігається утруднене відкриття рота. Часто розвивається катаральний стоматит, спостерігається почервоніння слизистої оболонки зіву, області вістя привушної протоки. Протока пальпується у вигляді тяжа. Спостерігається різке зменшення або навіть припинення слиновиділення із залози, що припухнула. У окремих випадках, особливо в початковому періоді захворювання, салівація буває підвищена. При гнійно-некротичному процесі з протоки виділяється гній. Температура тіла може досягати 39-40 °С. На 5-6-й день температура тіла поступово падає, після чого колатеральний набряк і запальний процес в області залози піддаються зворотному розвитку. Але може наступити абсцедування.

При ускладненій формі епідемічного паротиту спостерігається ураження нервової системи – менінгіт, енцефаліт, іноді з паралічем черепних і спинномозкових нервів, змінами зорового, окорухового, відвідного, лицьового і присінно-кохлеарного нервів, а також психічним розладом. Нерідким ускладненням є орхіт. При епідемічному паротиті можуть спостерігатися мастит, панкреатит, нефрит. Епідемічний паротит у більшості хворих закінчується одужанням. Проте спостерігалися летальні наслідки при розвитку гнійно-некротичного процесу в залозі, ураженні нервової системи.

Д і а г н о з. Епідемічний паротит діагностується при первинному ураженні слинної залози, а не при ускладненні якого-небудь іншого інфекційного захворювання. При епідемічному паротиті в крові звичайна нормальна кількість лейкоцитів або лейкопенія, помірний моноцитоз і лімфоцитоз, ШОЕ в межах норми. Спостерігається зміна вмісту цукру і кількості діастази в крові і сечі. Діагноз підтверджується виділенням вірусу епідемічного паротиту, реакцією скріплення комплекменту, реакцією гальмування гемаглютинації, шкірною алергічною реакцією і ін. Допомогає встановленню діагнозу епідеміологічний анамнез.

Обов'язкова ізоляція хворих епідемічним паротитом на період 9 днів від початку захворювання.

З метою попередження розповсюдження епідемічного паротиту застосовують активну імунізацію дітей, відвідуючих дитячі дошкільні установи, живою вакциною проти паротиту.

Л і к у в а н н я. Терапія епідемічного паротиту в основному симптоматична і полягає у догляді за хворим і попередженні ускладнень. Необхідний постільний режим на період підвищеної температури, тобто впродовж 7-10 днів, особливо для дорослих. Призначають на область привушних (при показаннях і піднижньощелепних) залоз зігріваючі компреси, різні мазеві пов'язки, фізіотерапевтичні процедури: світло тепловікування за допомогою солюкс-лампи, УВЧ, ультрафіолетове опромінювання. Необхідно забезпечити регулярний догляд за порожниною рота (полоскання, іригація). Відмічено, що застосування інтерферону у вигляді зрошування порожнини рота 5- разів в день значно покращує стан хворого, особливо у випадках раннього застосування його – на 1-2-й день. При значному зниженні функції слинних залоз в їх протоки вводять по 0,5 мл розчину антибіотиків (по 50 000-100 000 ЕД пеніциліну і стрептоміцину в 1 мл 0,5% розчину новокаїну), а також проводять новокаїнову блокаду з пеніциліном або стрептоміцином. При прогресі гнійного запального процесу і виявленні осередків розм'якшення необхідне оперативне втручання в

умовах стаціонару. При виникненні ускладнень загального характеру лікування слід проводити у контакті із загальними фахівцями.

Профілактичні заходи включають проведення вологої дезінфекції приміщення і речей хворого, кип'ятіння столового посуду, провітрювання приміщення.

Грипозний сіаладеніт. В період епідемії грипу до стоматологічних закладів нерідко звертаються хворі з ознаками гострого сіаладеніту однієї з слинних залоз або декількох великих і малих слинних залоз.

Гострий сіаладеніт частіше починається в одній залозі, але дуже швидко до процесу залучається парна залоза. Запальні явища наростають швидко, впродовж одного – двох днів наступає гнійне розплавлення залози, потім послідовно можуть некротизуватися одна за одною великі і малі слинні залози.

У більшості хворих сіаладеніт при грипозній інфекції виникає в привушній залозі, рідше – в піднижньощелепній, під'язиковій і малих слинних залозах. Часто вражаються обидві парні слинні залози, іноді спостерігається одночасне ураження привушних і піднижньощелепних залоз.

При ураженні привушних залоз характерною суб'єктивною ознакою є біль при відкритті рота і повороті голови убік. Набряк розповсюджується на щічну, піднижньощелепну, позадушепну області і верхній відділ шиї. При пальпації болісний щільний інфільтрат визначається в межах анатомічних меж привушної залози, поверхня інфільтрату гладка. При гнійному розплавленні привушної залози інфільтрат розповсюджується на тканини, що оточують залозу, і визначається в сусідніх областях.

При локалізації процесу в піднижньощелепній залозі хворих турбує біль при ковтанні; припухлість займає піднижньощелепну і під'язикові області, розповсюджується на область підборіддя і верхній відділ шиї. Найвиразніше локалізація процесу в піднижньощелепній залозі визначається при бімануальній пальпації в дистальному відділі щелепно-язичного жолобка і піднижньощелепного трикутника. У цій області визначається щільна, рухома, болісна, з гладкою поверхнею піднижньощелепна залоза.

Хворі гострим сіаладенітом під'язикових залоз скаржаться на біль при рухах язика, збільшення під'язикових складок. При огляді слизова оболонка над залозою стає сіруватого кольору, швидко руйнується, відторгаються гній і некротизована тканина залози.

Малі слинні залози залучаються до запального процесу частіше при множинному ураженні великих слинних залоз.

Лікування. У ранній період захворювання застосовують інтерферон у вигляді зрошування порожнини рота 4-5 разів на день. При симптомах вторинного інфікування в протоки слинних залоз вводять антибіотики. За наявності запального інфільтрату добрі результати дає новокаїнова блокада залози, при гнійно-некротичному процесі – ранній розріз капсули залози, що обмежує розміри її некрозу. Слід проводити комплекс заходів щодо догляду, харчування, режиму, симптоматичну терапію з приводу грипозної інфекції. Результат, як правило, сприятливий. Ускладнення виникають у зв'язку з рубцевою деформацією проток, їх зарощуванням. Можливе зниження секреції при некрозі частини залози або припинення саливації при некрозі всієї залози.

Постінфекційний і післяопераційний сіаладеніт (гострий бактеріальний сіаладеніт). Гострий сіаладеніт у цієї групи хворих спостерігається частіше в області привушних слинних залоз. Значно рідше залучаються до запального процесу піднижньощелепні, під'язикові і малі слинні залози.

Етіологія і патогенез. Гострий сіаладеніт (частіше паротит) може розвинутиися при будь-якому важкому захворюванні, найчастіше він виникає при тифах. Існують стоматогенний, гематогенний і лімфогенний шляхи розповсюдження інфекції. У протоках залози зазвичай виявляється змішана мікрофлора: стафілококи, пневмококи, стрептококи, кишкова паличка і ін.

Інфекція частіше проникає через вістя вивідної протоки залози. Явища гіпосаливації рефлексорного характеру, що спостерігаються при цих захворюваннях і в післяопераційному періоді при хірургічних втручаннях на черевній порожнині, сприяють інфекційному запаленню.

Клінічна картина. Гострий сіаладеніт відрізняється швидким наростанням запальних явищ, особливо при гангренозному паротиті. Впродовж 1-2 днів може відбутися некроз залози. Некротизовані ділянки залози поступово відторгаються і тривало виходять через розплавлені шкірні покриви. Іноді наступає омертвіння майже всієї залози. У тих випадках, коли цей процес виникає на тлі загальних дистрофічних захворювань, запальні зміни можуть наростати поволі і мляво. При сприятливій течії серозного і гнійного паротитів високої температурної реакції може не бути.

Іноді постінфекційний і післяопераційні паротити бувають двосторонніми. У цих випадках процес раніше починається в одній залозі, а потім (через 2-3 дні) вражається і друга залоза. Ступінь і

характер запальних змін справа і зліва можуть бути різними, іноді в процес залучаються і піднижньощелепні залози.

Гострий паротит, що розвивається на тлі загальних захворювань, іноді ускладнюється розповсюдженням гнійного процесу в навколوجلотковий простір, на бічну поверхню шиї і клітковину, що оточує загальну сонну артерію і внутрішню яремну вену, середостіння, гній може прорватися в зовнішній слуховий прохід. В окремих випадках під впливом гнійного процесу відбувається розплавлення стінок крупних судин і виникає кровотеча, що закінчується летально. Спостерігається тромбоз яремних вен і синусів мозкової оболонки.

До пізніх ускладнень гнійного паротиту відносяться утворення слинних свищів і явища привушного гіпергідрозу.

Діагноз підтверджують цитологічним дослідженням відокремлюваного з протоки, при якому визначаються значні скупчення нейтрофілів, серед яких розташовуються нечисленні лімфоцити, ретикулярні клітки, макрофаги. З елементів епітеліального вистилання проток в невеликій кількості виявляються клітини циліндрового і плоского епітелію, одиничні клітини кубічного епітелію. Сіалографію для діагностики не проводять.

Лімфогенний сіаладеніт. При лімфогенному розповсюдженні інфекції нерідко відмічається ураження лімфоїдного апарату привушної залози. Джерелом інфекції може бути запальний процес в зіві, носоглотці, язичі, нижній щелепі і зубах. Клінічно процес починається з болісного ущільнення якої-небудь ділянки привушної залози. Потім при легкій формі процесу ущільнення збільшується поступово впродовж 2-3 тиж, з'являється обмежена припухлість в області привушної залози відповідно ущільненню за рахунок набряку тканин. У цей період захворювання можна відзначити невелике зниження слиновиділення, при цьому секрет каламутний, підвищеної в'язкості. Загальний стан у більшості хворих не порушується.

При цитологічному дослідженні секрету залози визначаються клітини запального ряду (нейтрофіли, лімфоцити, гістіоцити, макрофаги, плазматичні клітки), спостерігається підвищене злизування клітин плоского і циліндрового епітелію, поява клітин кубічного епітелію.

При середній тяжкості гострого лімфогенного паротиту температура тіла у хворого підвищується. В області виниклого ущільнення залози з'являється значний набряк, біль посилюється, стає пульсуючою. Шкіра, що покриває залозу, червоніє, поступово спаюється з інфільтратом, і може наступити мимовільне розкриття гнійника. Після виділення гною запалення починає стихати. Іноді гнійник розкривається в протоки залози, і гній виділяється через вістя привушної протоки.

Розсмоктування запального інфільтрату йде дуже поволі, щільний вузол в області залози може залишатися впродовж декількох тижнів. При цьому з протоки виділяється макроскопічно не змінена слина. Цитологічно можна виявити ознаки гострого запалення.

При важкому перебігу лімфогенного паротиту після перших проявів хвороби у вигляді обмеженого ущільнення в привушній слинній залозі запальні явища починають швидко наростати. Часто настає абсцедування в залозі або розвивається флегмона.

Контактний сіаладеніт. Це захворювання виникає при розповсюдженні запального процесу при флегмонах привушно-жувальної, піднижньощелепної, під'язиковою областей. Після стихання запального процесу в клітковинному просторі і розтину флегмони розвивається запалення в слинних залозах, частіше одностороннє. У більшості хворих контактний сіаладеніт протікає в легкій формі, рідше – середньо-важкій, проявляється припуханням залози, зниженням її функції. Наявність сіаладеніту підтверджується цитологічним дослідженням секрету слинної залози.

Доцільно звертати увагу на функцію слинної залози, розташованої в сусідстві з флегмонозним процесом, що дозволить своєчасно розширити комплекс лікувальних заходів і попередити ускладнення у вигляді контактного сіаладеніту.

Сіаладеніт, викликаний впровадженням чужорідних тіл у вивідні протоки залоз. Після попадання чужорідного тіла в протоку залози хворі звертаються до лікаря в різні терміни, тому скарги їх не бувають однакові. У одних випадках їх турбує періодично виникаюче збільшення залози; іноді може розвинутися абсцес або (рідко) флегмона навколо залози або її протоки. Майже у всіх випадках хворі добре запам'ятовують відчуття, що виникають у них при попаданні чужорідного тіла в протоку залози і передуючі початку запального процесу. Протягом деякого часу чужорідне тіло, що потрапило в протоку залози, може викликати лише затримку виділення – ретенцію – слини і тимчасове припухання привушної або піднижньощелепної залози. Така залоза безболісна, має звичайну консистенцію, може бути лише трохи збільшеною, потім виникає запальна реакція, відповідає картині гострого сіаладеніту. Гнійно-запальний процес в залозі часто супроводжується розплавленням капсули залози і переходом процесу на прилеглі тканини привушної і

піднижньощелепної областей. При мимовільному розкритті гнійника нерідко виділяється чужорідне тіло. У тих випадках, коли чужорідне тіло знаходиться в протоці залози тривалий час і періодично виникає загострення запального процесу, клінічна картина захворювання схожа із слинокам'ною хворобою. Іноді чужорідне тіло може стати центром утворення слинного каменя.

Діагноз підтверджується виявленням чужорідного тіла при сіалографії по дефекту заповнення протоки або ретенції контрастної речовини.

Лікування полягає в хірургічному втручанні – видаленні чужорідного тіла з протоки або при розташуванні чужорідного тіла в одній з дрібних проток піднижньощелепної залози, екстирпації слинної залози.

ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ І ПРОФІЛАКТИКА ГОСТРОГО СІАЛАДЕНІТУ

Лікування хворих гострим сіаладенітом залежно від тяжкості процесу включає комплекс заходів, загальний для різних за походженням гострих сіаладенітів. При серйозному запаленні лікувальні заходи повинні бути направлені на припинення запальних явищ і на відновлення слиновиділення. Застосовують всередину 3-4 рази на день по 5-6 крапель 1 % розчину пілокарпіну гідрохлориду. У запалену слинну залозу через її протоку слід щодня вводити По 50 000 ЕД пеніциліну і 100 000 ЕД стрептоміцину в 1 мл 0,5 % розчину новокаїну. Останніми роками при лікуванні запальних захворювань застосовують ДМСО (диметилсульфоксид, димексид) у вигляді компресу на область осередку запалення. ДМСО покращує мікроциркуляцію в тканинах, має анальгезуючу, протизапальну, протинабрякту, бактеріостатичну і бактерицидну дію. Компрес з 30% розчином димексиду слід помістити на область запаленої залози на 20-30 хв. один раз в день і повторювати цю процедуру щодня протягом 5-10 днів до настання ефекту. Крім того, призначають фізіотерапевтичні процедури: грілки, флюктуоризацію, УВЧ-терапію, масляні компреси.

У тих випадках, коли запальні явища продовжують наростати, при перебігу процесу середньої тяжкості слід доповнити лікування 3-4 новокаїновими блокадами з антибіотиками в області залози, підшкірним введенням 50-60 мл 0,5 % розчину новокаїну, призначенням внутрішньом'язових ін'єкцій пеніциліну, стрептоміцину або інших антибіотиків за даними антибіотикограми, а також сульфаніламідних, десенсибілізуючих препаратів. В умовах стаціонару добрі результати дає внутрішньовенне введення трасилолу або контрикалу.

При гангренозному сіаладеніті і важкій формі перебігу показано термінове хірургічне втручання – розкриття капсули залози; при цьому при операції на привушній залозі краще користуватися розрізом по Р. П. Ковтуновичу.

При лікуванні хворих гострим сіаладенітом повинні бути враховані всі принципи, передбачені при лікуванні гострих запальних захворювань.

Профілактика гострого сіаладеніту полягає в догляді за порожниною рота – іригації 0,5-1% розчином натрію гідрокарбонату і протиранні ватними або марлевими кульками слизової оболонки рота. З метою посилення саливації порожнину рота обробляють 0,5-1% розчином лимонної кислоти. У дієту включають продукти, що підвищують слиновиділення.

ХРОНІЧНЕ ЗАПАЛЕННЯ СЛИННИХ ЗАЛОЗ

Хронічним сіаладенітом є запальне захворювання слинних залоз з невиясненою етіологією і маловивченим патогенезом. В даний час виділяють три форми сіаладеніту по переважному ураженні різних анатомічних відділів слинної залози: інтерстиції – інтерстиціальний сіаладеніт, паренхіми – паренхіматозний сіаладеніт і системи вивідних проток – сіалодохит. Відзначають різні стадії захворювання залежно від ступеня вираженості патологічних симптомів: початкову, клінічно виражену і пізню. На підставі показників клінічної течії і лабораторних даних виділяють активний і неактивний перебіг хронічного сіаладеніту.

Хронічний сіаладеніт виникає в привушних залозах, рідше – в піднижньощелепних, під'язикових і малих слинних залозах слизової оболонки порожнини рота. Частота ураження різних слинних залоз залежить від форми сіаладеніту: інтерстиціальної, паренхіматозною, сіалодохита (дуктулярний сіаладеніт).

Інтерстиціальний сіаладеніт. Синоніми: хронічний продуктивний сіаладеніт, хронічний склерозуючий паротит, запальна пухлина Кютнера, безболісне припухання привушних залоз, хронічний атрофічний сіаладеніт, фібропродуктивний сіаладеніт, симптоматична сіалопатія, ендокринна гіпертрофія, гормональний сіалоз, повторно інфікований сіалоз.

Етіологія і патогенез. Етіологія інтерстиціального сіаладеніту невідома. Існує припущення, що порушення в слинних залозах виникає на фоні загальних захворювань організму. З перенесених і супутніх захворювань відмічається гіпертонічна хвороба, атеросклероз, деформуючий спондиліоз, хронічний гастрит, холецистит і інші захворювання.

Клінічна картина. Інтерстиціальним паротитом частіше страждають жінки, особливо в літньому віці. Характерною ознакою цього захворювання є рівномірне припухання слинних залоз. По ступеню вираженості змін слинних залоз при інтерстиціальному сіаладеніті виділяються початкова, клінічно виражена і пізня стадії процесу.

У початковій стадії хворі відзначають неприємні відчуття в області однієї або обох привушних залоз, іноді біль в потилиці, відчуття незручності, що періодично з'являється, у вухах. Як правило, захворювання виявляється випадково, по наявності м'якої безболісної припухлості в межах анатомічних кордонів залози. Шкіра, що покриває привушні залози, не змінена, відкриття рота вільне, слизиста оболонка блідо-рожевого кольору, добре зволожена. Вістя вивідних проток не змінені, слина виділяється вільно. Цитологічне дослідження секрету дозволяє виявити бідність мазків клітинними елементами; виявляються одиничні нейтрофіли і клітини циліндрового епітелію, келихоподібні клітини і «голі» ядра. При сіалографії і пантомосіалографії на сіалограмах відзначають деяку нерівномірність зображення паренхіми залози і звуження проток III, IV і V порядків.

При клінічно вираженій стадії припухлість в області уражених залоз постійна, безболісна. Збільшені залози мають гладку, рівну поверхню, з оточуючими тканинами не спаяні, консистенція їх тістоподібна. З вивідних проток слинних залоз при масажуванні зазвичай виділяється прозора слина в помірній кількості.

При сіалометрії секретія слинних залоз не змінюється або знижується до нижніх меж норми, в період загострення секретія зменшується. Цитологічне дослідження секрету дозволяє встановити збільшення клітинних елементів в мазках. При сіалографії розміри залози збільшені, щільність паренхіми залози зменшена, різко звужені протоки II-IV порядків, контури проток залишаються рівними і чіткими.

У пізній стадії хворі скаржаться на слабкість, зниження працездатності, іноді відзначають зниження слуху. Часом виникає сухість в порожнині рота. У всіх хворих спостерігається постійне безболісне або малоболісне припухання в області уражених залоз. Слинні залози значно збільшені. При цьому спостерігається осередкове ущільнення. Слизиста оболонка порожнини рота блідо-рожевого кольору, слини небагато, з вивідних проток слинних залоз при масажуванні слина виділяється в зменшеній кількості.

При сіалометрії відмічається зниження функції слинних залоз. При цитологічному дослідженні мазків секрету можна виявити нейтрофіли в стані дегенерації, гістіодні елементи, «голі» ядра, пласти клітин плоского і циліндрового епітелію на фоні ділянок білкового субстрату. На сіало- і пантомосіалограмах паренхіма залози не визначається; всі протоки залози і привушна протока звужені, в окремих ділянках переривисті, мають нерівні контури.

Інтерстиціальний сіаладеніт характеризується загостреннями, частіше в холодний осінньо-весняний період часу. Захворювання починається з нездужання, щільного припухання залоз. У окремих хворих загострення виникають часто, кілька разів на рік, супроводжуються болями в залозі, її значним ущільненням, підвищенням температури тіла.

Діагноз. Характерна, клінічна картина повинна підтверджуватися даними сіалографії – наростаючим звуженням вивідних проток, що тривалий час зберігають чіткі і рівні контури, цитологічно - блідістю мазків секрету залози клітинними елементами, відсутністю клітин інтерстиціальної тканини.

Інтерстиціальний сіаладеніт слід диференціювати від хронічного паренхіматозного сіаладеніту, сіалодохиту, пухлини, епідемічного паротиту на підставі характерних епідеміологічних, клінічних, цитологічних і сіалографічних ознак цих захворювань.

Прогноз при інтерстиціальному сіаладеніті сприятливий. Хворих слід спостерігати протягом багатьох років, зокрема спільно із загальними фахівцями, ендокринологами.

Паренхіматозний сіаладеніт. Синоніми: хронічний рецидивуючий паротит, хронічний зворотний паротит, хронічний сіалектатичний паротит, інтермітуючий зворотний гнійний паротит, кістозний паротит, кістозна дисплазія, повторно-інфікований сіалоз, дуктулярний паротит, зворотний бактеріальний паротит.

Етіологія і патогенез. Етіологія паренхіматозного сіаладеніту невідома. Мікрофлора, що знаходиться в протоках привушних залоз, в етіології паротиту грає другорядну роль.

Багато авторів припускають, що паренхіматозний паротит є наслідком природжених змін системи проток залози і дисплазії її тканини з утворенням «кістозних» порожнин. Природжені кістоподібні порожнини приводять до ретенції слини, порушенню її відтоку, що сприяє вторинному проникненню інфекції порожнини рота через привушну протоку і розвитку сіаладеніту.

Клінічна картина. У початковій стадії захворювання характеризується безсимптомним перебігом. Паротит виявляється випадково, при обстеженні хворого або при загостренні процесу. При обстеженні змін в області привушних залоз не буває, рот відкривається добре, слизова оболонка порожнини рота волога, нормального забарвлення; з проток привушних залоз виділяється звичайна кількість прозорого секрету.

При сіалометрії порушення секреції слинної залози не відмічено. При цитологічному дослідженні встановлена наявність ділянок слизу, нечисленних, частково дегенерованих нейтрофілів, лімфоцитів, іноді невелика кількість ретикулярних клітин, гістіоцитів і макрофагів.

Епітеліальні клітини зустрічаються в невеликій кількості і представлені клітинами плоского і циліндрового епітелію, помірною кількістю запально змінених клітин; зустрічаються нечисленні келихоподібні клітини. На сіалограмі визначаються округлі порожнини на фоні незміненої паренхіми і проток залози. В області залози визначаються одиничні дрібні порожнини (діаметром 1-2 мм), паренхіма залози виявляється нечітко. Протоки в окремих ділянках переривисті, контури їх чіткі, рівні; привушна протока не змінена. При пантомосіалографії можна виявити приховано протікаючий процес в іншій парній залозі.

У клінічно вираженій стадії хворих при масажуванні залози турбує солонувате виділення з проток, відчуття тяжкості в області залози. Іноді залози збільшені, при цьому припухлість має пружно-еластичну консистенцію; у окремих ділянках промацується безболісне ущільнення. Рот відкривається вільно, слизова оболонка порожнини рота має рожеве забарвлення, добре зволожена. З проток виділяється слина з домішкою слизистих грудочок, іноді гнійних включень, або ж вона буває прозорою, помірно в'язкою.

При сіалометрії не визначається грубих порушень функції. Цитологічне дослідження секрету в період ремісії процесу дозволяє виявити ділянки слизу, помірну кількість нейтрофілів, клітини кубічного епітелію, келихоподібні клітини, епітеліальні клітини із зміненою морфологічною картиною. У разі загострення визначається значне збільшення числа елементів запального ексудату. На сіалограмах і пантомосіалограмах в області паренхіми визначається велика кількість порожнин діаметром 2-3 мм. Паренхіма і протоки залози III, IV і V порядків не визначаються або переривисті. Протоки I порядку переривисті; привушна протока не змінена, а іноді спостерігаються звужені і розширені ділянки з чіткими контурами

У пізній стадії захворювання хворих турбує припухлість в області ураженої залози, відчуття тяжкості або незначна біль в привушних областях, виділення неприємної гнійної слини, іноді відчуття сухості в порожнині рота. Припухлість буває горбистою, безболісною і може розташовуватися в межах анатомічних кордонів привушної залози. Шкіра, що покриває припухлість, іноді стоншена і може мати рубці від раніше проведених розрізів з приводу абсцедування паротиту. У деяких хворих, не дивлячись на пізню стадію, залоза в період ремісії процесу залишається не збільшеною.

При сіалометрії виявляється зниження функції залози. При цитологічному дослідженні в мазках секрету є багато слизу; нейтрофіли визначаються в переважаючій кількості і знаходяться більшою мірою дегенерації, чим в попередніх стадіях. Визначається скупчення лімфоїдних елементів і келихоподібних клітин.

Сіалографічно встановлено, що порожнини в залозі досягають значних (5-10 мм в діаметрі) розмірів; паренхіма залози і її протоки не визначаються або видно фрагменти деформованих проток в окремих ділянках. Привушна протока може рівномірно розширюватися або мати звужені і розширені ділянки з деформованими контурами.

Загострення хронічного паренхіматозного паротиту протікає бурхливо у всіх стадіях процесу, але ступінь клінічного прояву його симптомів і частота загострення визначаються зниженням неспецифічної резистентності: чим нижче її показники, тим активніше клінічний перебіг загострення. Нерідко процес протікає неактивно.

Діагноз хронічного паренхіматозного паротиту підтверджується цитологічно і сіалографічно. Застосування інших методів дослідження дозволяє встановити стадію і активність процесу. Паренхіматозний паротит слід диференціювати від інтерстиціального сіаладеніту, сіалодохіту і епідемічного паротиту, пухлини.

Прогноз. При паренхіматозному паротиті у одних хворих захворювання має тенденцію до позитивної динаміки і наступає клінічне одужання. У більшості хворих перебіг захворювання тривалий, у окремих хворих розвиваються всі ознаки синдрому або хвороби Шегрена.

Хронічний сіалодохіт. Синоніми: фіброзний сіалодохіт, хронічний сіалодохіт Куссмауля, ідіопатична дилатація проток.

Етіологія і патогенез. Етіологія хронічного сіалодохіту до теперішнього часу невідома. Існує думка, що захворювання є одним з варіантів перебігу паренхіматозного паротиту. Ряд авторів причину розширення вивідних проток убачає в здавленні їх в області гирла або на протязі різними патологічними процесами: пухлиною, лімфатичним вузлом при лімфаденіті, стриктурою протоки при її травмі, запаленням гирла протоки при афтозному стоматиті і ін. Інші автори вважають його проявом вікової патології.

Клінічна картина. Хронічним сіалодохітом страждають частіше особи літнього віку (77,4%), у жінок він зустрічається не на багато частіше (56,8%).

У початковій стадії хворі скаржаться на періодично виникаюче припухання при прийомі гострої їжі в привушно-жувальній області, зв'язане з ретенцією слини в розширених дрібних протоках залози, таке, що супроводжується непріємним, розпираючого характеру відчуттям або нерізким болем. Іноді відмічається виділення великої кількості слини в порожнину рота, що характерно для розширення привушної протоки. Процес може протікати безсимптомно і виявляється при обстеженні хворих після загострення. При огляді змін в області привушних залоз не визначається, слизова оболонка рота має нормальний рожевий колір, добре зволожена. З проток виділяється прозорий секрет, іноді в нім виявляються грудочки слизу.

Функція слинних залоз в межах норми. При цитологічному дослідженні секрету зустрічаються одиничні нейтрофіли і клітини епітеліального вистилання проток. На сіало- і пантомосіалограмах визначається нерівномірне розширення головної вивідної протоки і гілок I, II порядків або розширення гілок II, III, IV порядків (при цьому головна вивідна протока у ряді випадків залишається незміненою), або розширення всіх проток залози і головної вивідної протоки. Характерним є чергування розширених і незмінених ділянок проток залози. Вони мають чіткі контури, що виявляється і на повторних сіалограмах. Паренхіма визначається добре, чітко виявляються дольки.

У клінічно вираженій стадії хворі скаржаться на постійне мимовільне виділення з проток в порожнину рота солонуватого секрету з домішками грудочок слизу. Під час їжі з'являються припухлість і поколювання в області слинної залози, які після їжі проходять. Іноді з'являється розпираючий біль, що буває при сіалодохіті дрібних проток.

При огляді по ходу привушної протоки виявляється безболісне, м'яке припухання ділянки залози у вигляді валика. При натисканні на нього в порожнину рота виділяється солонуватий застійний секрет залози, при цьому припухлість зникає. Слизова оболонка рота волога, колір її не змінюється. Вістя проток зіяють, з них рясно виділяється слизистий секрет з фібринозними, ниткоподібною форми включеннями – зліпками проток.

При сіалометрії кількість слини залишається в межах норми. При цитологічному дослідженні слини виявляються клітини циліндрового епітелію, серед яких знаходять крупніші, іноді двоядерні екземпляри, а також нечисленні пласти епітеліальних клітин з явищами запальної метаплазії. Постійно в невеликій кількості визначаються келихоподібні клітини. На сіалограмах і пантомосіалограмах розширення проток досягає великих розмірів, контури їх стають нерівними, але залишаються чіткими, з'являються звужені ділянки.

У пізній стадії хронічного сіалодохіту хворі скаржаться на часте загострення процесу, гнійне або слизово-гнійне виділення з проток, припухлість в області слинної залози.

Припухлість запаленої залози буває невеликих розмірів, вона помірно і нерівномірно ущільнена; іноді припухлості не спостерігається. Слизова оболонка порожнини рота в кольорі не змінюється, зволожена добре. З привушних проток рясно виділяється в'язкий слизистий секрет з гнійними і фібринозними включеннями.

У пізній стадії хронічного сіалодохіту визначається невелике зниження секреції слини. При цитологічному дослідженні секрету відмічається його згущування, в нім знаходиться велика кількість гнійних тяжів. Разом з нейтрофілами в препаратах зустрічаються скупчення еозинофілів. Ретикуло-ендотеліальних клітин небагато, їх похідні (гістіоцити, макрофаги) відсутні. Характерна наявність крупних і двоядерних циліндрових клітин, а також пластів запально-метаплазованого епітелію; є епітеліальні комплекси, що морфологічно нагадують кінцеві відділи слинної залози. На сіалограмі можна виявити, окрім розширених ділянок, значні звуження; привушна протока набуває намистоподібні форми, а іноді хід проток прослідкувати важко.

Загострення хронічного сіалодохіту протікає бурхливо, супроводжується сильним болем, підвищенням температури тіла, клінічна картина схожа із загостренням запального процесу при паренхіматозному сіаладеніті.

Хронічний сіалодохіт слід диференціювати від паренхіматозного, інтерстиціального і епідемічного паротитів, слинокам'яної хвороби, кісти слинної залози, пухлини слинної залози на

підставі клінічної картини, сіалометрії цитології секрету, рентгено- і сіалографії, діагностичної пункції, пункції і ексцизійної біопсії.

Прогноз. В результаті лікування настає тривала ремісія. У окремих хворих відмічено утворення слинного каменя в одній з проток залози.

ЛІКУВАННЯ І ПРОФІЛАКТИКА ХРОНІЧНОГО СІАЛАДЕНІТУ

Лікування хворих хронічним сіаладенітом незалежно від форми (інтерстиціальна, паренхіматозна, сіалодохит) в період загострення процесу не представляє великих труднощів. Застосування комплексу лікувальних процедур, використовуюваного при лікуванні хворих гострим сіаладенітом, приводить до швидкого купірування процесу.

Лікування хворих в хронічному періоді процесу має на меті підвищити захисні сили організму – його неспецифічну резистентність, поліпшити функцію залози, попередити повторне загострення сіаладеніту, поліпшити трофіку тканин залози, припинити наростання склерозування стромі і дегенеративних змін в паренхімі, усунути застійні явища секрету в залозі. Хворих хронічним сіаладенітом ставлять на диспансерний облік. Комплексну лікарську терапію слід проводити спільно з фахівцями відповідного профілю.

У комплексне лікування слід включити призначення нуклеінату натрію по 0,2 г 3 рази на день протягом 14 днів (цей курс необхідно повторювати 1-3 рази на рік), йодиду калію – 2-10% розчин по 1 столовій ложці 3 рази на день протягом 2-3 міс з урахуванням чутливості організму до йоду. Проводять новокаїнову блокаду через 2-3 дні, всього 10-12 разів. Вводять пірогенал внутрішньом'язовий через 2-3 дні (25 ін'єкцій на курс), галантамін у вигляді підшкірних ін'єкцій по 1 мл 0,5% водного розчину (30 ін'єкцій на курс).

Іноді доцільне лікування аутовакциною у вигляді підшкірного введення по 0,1-0,3 мл через два дні на третій (на курс 20 ін'єкцій). У пізній стадії паренхіматозного паротиту і сіалодохиту лікування слід починати з введення антибіотиків. Після масажування залози і звільнення всіх проток від їх вмісту слід спеціальною канюлею або ін'єкційною голкою вводити 2 мл розчину антибіотиків (50 000 ЕД пеніциліну і 100 000 ЕД стрептоміцину в 2 мл 0,5% розчину новокаїну) і, масажуючи залозу, знову звільнити протоки від вмісту. Введення розчину антибіотиків в протоки повторюють кілька разів, до тих пір, доки не будуть відмиті всі слизово-гнійні маси; потім вводять більш концентрований розчин антибіотиків (1000 000 ЕД пеніциліну і 250 000 ЕД стрептоміцину в 1 мл 0,5 % розчину новокаїну) і залишають його в залозі. Таке лікування повторюється щодня до повного припинення гнійних виділень з проток.

У хворих із звуженими ділянками проток слід застосовувати протеолітичні ферменти (трипсин, хімотрипсин). У комплекс лікування слід включати ін'єкції рибонуклеази – 7-10 міліграм внутрішньом'язового і електрофорез з дезоксирибонуклеазою (7-10 сеансів по 20 хв.).

Хороший ефект дає введення йодоліполу в протоки залози. Йодоліпол слід вводити через 3-4 мес, при настанні лікувального ефекту - 1-2 рази на рік. Методика введення така ж, як і при сіалографії.

Гальванізацію області слинних залоз при лікуванні хронічного сіаладеніту проводять щодня протягом 30 днів, а також здійснюють рентгенотерапію сумарно від 5 до 10 Гр.

Хірургічні методи лікування застосовують рідко і проводять при неефективності консервативної терапії, частих загостреннях запального процесу (6-10 разів на рік), що супроводжуються нагноєнням залози, значному порушенні функції слинної залози, наявності стриктури і атрезії привушної або піднижньощелепної протоки. Залежно від патологічного процесу застосовують різні хірургічні методи: бужування привушної або піднижньощелепної протоки, при неефективності бужування – тотальну пластику в області вистя або тотальну резекцію привушної залози із збереженням гілок лицьового нерва, перев'язку привушної протоки.

З профілактичною метою доцільно проводити контрольний диспансерний огляд хворих з початковою стадією захворювання один раз на рік навесні, з клінічно вираженою і пізньою стадіями захворювання – двічі на рік – восени і весною.

СИСТЕМНІ, РЕАКТИВНО-ДИСТРОФІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ СЛИННИХ ЗАЛОЗ (СІАЛОЗИ)

Слинні залози людини виконують багато функцій, своєрідно реагують на різні чинники зовнішньої дії і внутрішньоорганні фізіологічні (вікові, гормонального характеру, під час вагітності, пологів, вигодовування дитини і т. п.) та патологічні процеси (при захворюваннях шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної системи, залоз внутрішньої секреції, нервової системи, сполучної тканини, порушеннях харчування та вітамінозах).

При цьому системний характер порушень у слинних залозах супроводжується дистрофічними змінами у всіх структурних компонентах залози — стромі, паренхімі, протокової системі. Незапальний генез дистрофічних змін у слинних залозах, які спричинені загальними порушеннями в

організмі людини, став підставою дати їм назву “сіалоз” (Rauch, 1956). До дистрофічного процесу в залозі на пізній стадіях часто вторинно приєднується запальний процес.

Дистрофічні захворювання слинних залоз мають хронічний характер з клінічними проявами їх збільшення, змінами структури та порушенням функції.

До лімфоепітеліальних уражень належать синдроми Шегрена, хвороба Мікуліча, синдроми Геєрфордта, Кюттнера, в основі яких лежить аутоімунне запалення.

СИНДРОМ (ХВОРОБА) ШЕГРЕНА

Синоніми: ксеродерматоз, сухий синдром, синдром С'єгрена, хвороба (синдром) Шегрена, синдром Предтеченського-Гужеро-Шегрена. У наш час розглядається як захворювання з рисами аутоімунних і неопластичних порушень. З'ясовано генетичний маркер хвороби — дефектний ген на довгому плечі I хромосоми групи A.

Захворювання, назване за прізвищем шведського офтальмолога H.S. Sjog- Jren (1933), який описав цей симптомокомплекс, а Гужеро (H. Gougerot) описав його у хворих із сухим кератокон'юнктивітом. Прийнято визначати хворобу Шегрена (первинний синдром Шегрена) як системне хронічне аутоімунне захворювання, що характеризується хронічним запаленням екзокринних залоз (насамперед слинних і слюзових), з поступовим розвитком їхньої секреторної недостатності.

За наявності проявів іншого системного захворювання разом з хворобою виділяють синдром Шегрена (вторинний синдром Шегрена), як вторинне ураження слюзових і слинних залоз з розвитком сухого кератокон'юнктивіту. Захворювання проявляється розвитком хронічного сіалоаденіту і ксеростомії при аутоімунних захворюваннях: ревматоїдному артриті, системному червоному вовчаку, системній склеродермії, хронічному активному гепатиті, первинному біліарному цирозі печінки, аутоімунному тиреоїдиті, поліміозиті, тиреоїдиту Гашимото та ін.

Хвороба і синдром Шегрена зустрічаються в жінок у 20-25 разів частіше, ніж у чоловіків, переважно у віці 20-50 років.

Етіологія захворювання невідома. До ймовірних етіологічних факторів відносять хронічну вірусну інфекцію. Обговорюється роль вірусу Епштейна-Барр, цитомегаловірусу, ретровірусів та ін. Вірусна гіпотеза базується на подібному характері імунологічних порушень, що виявляються при хронічній вірусній інфекції і хворобі Шегрена. Передбачається роль спадкового фактора. Відзначено генетичну детермінованість захворювання, на що вказують сімейні випадки хвороби Шегрена та однойцевих близнюків.

Велике значення у розвитку патологічного процесу надають стресу. Відомо, що емоційний стрес зумовлює значні порушення в гормональній системі.

У зв'язку з цим стає зрозумілим, чому синдром виникає у жінок середнього та літнього віку (кліматеричний період). Порушення функції ендокринних залоз призводить до зниження компенсаторних, адаптивних можливостей організму. Навіть незначні стреси спричинюють запорогове подразнення, порушення обміну, внаслідок чого і розвивається захворювання.

Основним патогенетичним фактором є розвиток аутоімунних реакцій з появою антитіл до тканини проток слинних, слюзових та інших ендокринних органів.

Класифікація хвороби Шегрена

Перебіг: підгострий; хронічний.

Стадії розвитку: початкова; виражена; пізня.

Ступінь активності: мінімальна (I); помірна (II); висока (III).

Клінічна картина хвороби Шегрена залежить від варіанта перебігу. При хронічному перебігу превалюють ознаки ураження ендокринних залоз, при підгострому — додатково в процес утягуються нирки, легені, розвиваються некротичний васкуліт, ураження нервової системи.

У початковій стадії хворі скаржаться на сухість у роті, що з'являється при фізичному навантаженні, хвилюванні, відчуття різі, печіння, “стороннього предмета” і “піску” в очах. Характерні ознаки, пов'язані з ураженням слинних і слюзових залоз (ксеростомія, ксерофтальмія, кератокон'юнктивіт, збільшення залоз, їх хронічне запалення в пізній стадії), і ознаки, що виникають задовго до клінічних проявів процесу в слинних та слюзових залозах (множинний карієс, сухість червоної облямівки губ, стоматит, збільшення регіонарних лімфатичних вузлів, артрит). Тому обстежувати пацієнта слід за участю імунолога, окуліста, терапевта, гінеколога.

На пізньому етапі сухість рота стає постійною. При виражених проявах синдрому Шегрена хворі скаржаться на потребу запивати суху їжу, значне збільшення слинних залоз, підвищення температури тіла, погіршення загального стану. Збільшені залози нерідко можуть бути горбистими, після загострення процесу не повністю зменшуються в об'ємі. У третини хворих збільшення привушних залоз розвивається поступово, а в 50 % має рецидивний характер, прогресує карієс, нерідко в одному

зубі є 3-4 пломби, посилюється ламкість емалі, у хворих молодого віку спостерігається вторинна адентія. У порожнині рота вільної слини мало, вона піниста або в'язка, а в пізній стадії може бути відсутня. Слизова оболонка порожнини рота яскраво гіперемована, язик на погляд сухий, складчастий, сосочки язика атрофічні, губи вкриті скоринками. Спостерігаються явища ангулярного стоматиту, глоситу.

Відзначають світлобоязнь, стовщення і гіперемію країв повік та набряклість кон'юнктиви, скупчення виділень з очей у вигляді грудочок або слизуватих ниток у кутах очей та порожнині кон'юнктиви. До загальних проявів хвороби Шегрена відносять інтерстиціальний пневмоніт, що перебігає субклінічно і має доброякісний перебіг, шкірний васкуліт. У 5-8 % випадків у хворих розвиваються В-клітинні лімфопроліферативні захворювання: псевдолімфома, В-клітинна лімфома, макроглобулінемія Вальденстрема. Лімфоми частіше локалізуються в привушних залозах, легенях, шийних лімфатичних вузлах, рідше — у порожнині рота, слизовій оболонці шлунка, шкірі і сльозових залозах. Вони є причиною смерті 2/3 хворих молодого віку.

Діагностика. Передбачає участь імунолога, окуліста, ендокринолога, гінеколога. Застосовують методи діагностики хронічного паренхіматозного сіалоаденіту, визначення ступеню слиновиділення (сіалографія, сіалометрія, УЗД, КТ, МРТ). У разі сіалометрії можна отримати невелику кількість секрету. На сіалограмах відзначаються зміни, які відповідають змінам при паренхіматозному паротиті, а іноді можуть бути поєднані із сіалодохітом.

Для оцінювання секреторної активності сльозових залоз при хворобі Шегрена проводять тести Ширмера (основний і рефлекторний), фарбування епітелію кон'юнктиви та рогівки бенгальським рожевим або флюоресцеїном з біомікроскопією, що дає змогу оцінити ступінь дистрофії епітелію кон'юнктиви і рогівки та виявити порушення цілості прерогівкової сльозової плівки. Вивчають також матеріал кон'юнктивального зіскрібка, проводять імпресійну цитологію кон'юнктиви, лактофериновий тест, дослідження осмолярності слизової рідини, біопсію сльозової залози, мікроаналіз кількості секретів і біатогічних рідин методом рідинної хроматографії.

На сіалограмах при хворобі Шегрена виявляють дифузійні сіалоектази точкового характеру у вигляді порожнин або вогнищ деструкції без обструкції великих проток, нечіткість заповнення проток залози і контурів порожнин, іноді паренхіма залози не визначається, протоки залози звужені, в окремих ділянках переривчасті, мають нерівний контур.

На КТ визначають збільшення площі слинних залоз, методом сіалосцинтиграфії з ^{99}Tc встановлюють рівень зниження швидкості виділення слини і рівня радіоактивності над залозою.

У разі вираженої і пізньої стадії захворювання при УЗД привушних слинних залоз відзначають негомогенність (неоднорідність) паренхіматозного малюнка та зниження ехогенності залози, акустично щільна тканина в середньому становить 67 % паренхіми залози.

Біопсія малих слинних залоз слизової оболонки нижньої губи дає змогу виявити лімфоцитарно-плазмоцитарну інфільтрацію вогнищево-дифузного або дифузного характеру. Для проведення дослідження використовують біоптат 5-10 малих слинних залоз. Оцінюють ступінь лімфоїдної інфільтрації. Фокус лімфоїдної інфільтрації ("focus score") визначається як скупчення мінімум 50 мононуклеарних клітин на площі в 4 мм^2 .

При цитологічному дослідженні мазків секрету можна виявити нейтрофіли в стані дегенерації, гістіодні елементи, голі ядра, шари кліток плаского і циліндричного епітелію на тлі ділянок білкового субстрату.

Термографічно (контактна або дистанційна термографія) при будь-якому термотипі обличчя визначається зниження температури над ураженими слинними залозами. Гіпотермія в ділянці збільшених залоз відображає атрофічні протоки в органі.

Діагностику системних проявів здійснюють із залученням вузьких фахівців з урахуванням локалізації і передбачуваного характеру ураження.

Лікування проводять у ревматологічному відділенні залежно від перебігу аутоімунного процесу (хронічний, підгострий), активності (висока, помірна, низька) та стадії процесу (початкова, виразних клінічних проявів та пізня). Загальна терапія полягає у призначенні преднізолону та хлорбутину в невеликих дозах під контролем аналізу крові.

Однак у разі тяжких проявів захворювання (генералізована лімфаденопатія, виразково-некротичний васкуліт, цереброваскуліт) показане інтенсивне лікування з використанням пульс-терапії преднізолоном у поєднанні преднізолону з цитостатиками, а також екстракорпоральна терапія.

Базисна терапія хвороби Шегрена і синдрому Шегрена направлена на нормалізацію основних патогенетичних порушень імунного статусу, наслідком яких є всі клінічні прояви хвороби.

Прогноз при синдромі Шегрена у разі своєчасного лікування сприятливий. Якщо лікування розпочинають пізно, швидко розвиваються тяжкі офтальмологічні, стоматологічні, системні прояви захворювання, а в подальшому інвалідизація і можлива смерть хворого. Причиною смерті може бути розвиток зовнішньо- або внутрішньозалозистої злоякісної лімфоми.

ХВОРОБА МІКУЛІЧА

Синоніми: синдром Мікуліча, симптомокомплекс Мікуліча, алергійний ретикулоепітеліальний сіалоз Мікуліча, лімфомієлоїдний сіалоз, лімфоцитарна пухлина.

У 1888 р. Дж. Мікуліч (Johann Mikulicz) спостерігав випадок з безболісним двобічним збільшенням слизових і слинних залоз. Він видалив і патологоанатомічно дослідив ці залози.

На розрізі тканина залози була м'якої консистенції, блідо-червоно-жовтого кольору, бідною на судини, із сальною прозорою поверхнею. Мікроскопічно незмінні ацинуси були розсунуті тканиною, круглі клітини якої відзначалися різними розмірами. Подібна картина спостерігалася в слизових залозах. Збільшення всіх слинних і слізних залоз перебігало без ознак запалення.

Етіологія і патогенез хвороби залишаються невідомими. Найімовірнішою причиною захворювання вважають нейротрофічні й ендокринні автоімунні розлади.

Мікроскопічне дослідження дозволило встановити, що збільшення розмірів залоз зумовлено масивною дрібноклітинною інфільтрацією лімфаденоїдною тканиною їх інтерстиціальної сполучної тканини.

Клінічна картина. Характерні безболісні, щільні припухлі залози. Шкіра у кольорі не змінена. Зменшення кількості слини в порожнині рота іноді відзначається в пізній стадії. При цьому перебіг хвороби може ускладнитися запальним процесом. Сіалоз може переходити у сіалоаденіт, що за клінічним перебігом нагадує пізню стадію хронічного інтерстиціального сіалоаденіту.

У деяких випадках захворювання перебігає з ураженням усього лімфатичного апарату, селезінки і печінки, у тому числі слинних і слизових залоз, за типом алейкемічного (рідше лейкомічного) лімфоматозу. Діагноз хвороби Мікуліча встановлюють на основі системного збільшення слизових і всіх слинних залоз.

На сіалограмі у ранній стадії захворювання не визначається збільшення розмірів залози, при цьому в структурі протоки і тіні паренхіми відхилень від норми не виявляють. У міру наростання процесу на сіалограмі з'являється нечіткість тіні паренхіми залози і проток (ознаки атрофії) внаслідок їх стиснення лімфоїдною тканиною. Протоки дуже вузькі, мають рівні контури.

Зазначені ознаки прогресують і згодом **тінь паренхіми залози по периферії не визначається**, оскільки залозисті зони **не заповнюються контрастною речовиною**. Контури проток залози при цьому залишаються рівними, однак просвіт їх настільки вузький, що на сіалограмі їхній хід можна простежити лише за допомогою лупи.

Лікування. Лікування хвороби Мікуліча є досить складним. Застосовують препарат "Дуплекс" (водний 0,1 % розчин стрихніну нітрату і 1 % розчин натрію арсенату), який справляє аналептичну і загальнотонізуючу дію. Його вводять підшкірно один раз на день щоденно, починаючи і 0,2 мл з поступовим підвищенням дози до 1 мл. Курс лікування — 20-40 днів. Призначають цитостатичні засоби — мієлосан і 6-меркаптопурин.

За відсутності ефекту від мієлосану призначають мієлобромол (5-6 разів на місяць по 250 мг — усього близько 10 г на курс), допан (по 10 мг на добу 1 раз на 7 днів).

Необхідною є раціональна дієта з включенням достатньої кількості білків, вітамінів, а також загальнозміцнювальна терапія.

Лікування кортикостероїдними препаратами дають добрий, але не стійкий результат; часто настає рецидив. Рекомендують курс новокаїнових блокад та застосування галантаміну. Призначають також рентгенотерапію (опромінювання ділянки слинних залоз), препарати радіоактивного фосфору,

Прогноз несприятливий. У віддалений період часто діагностують захворювання крові. Можливий розвиток злоякісної лімфоми. При диспансеризації хворих і комплексному лікуванні захворювання не прогресує та може наступити ремісія.

КСЕРОСТОМІЯ

Ксеростомія (гр. *keros* — сухий і *stoma* — рот, отвір) — сухість у роті, сухість слизової оболонки порожнини рота. Розвиток симптому пов'язаний із зменшенням виділення слини і слизу із слинних і слизових залоз порожнини рота.

Найчастішою причиною появи сухості в роті, особливо в людей літнього віку, стає вживання ліків, які часто зумовлюють зниження слиновиділення за рахунок блокування холинєргічної активності - трини класу антидепресантів, антипсихотичні засоби, гіпотензивні засоби центральної дії (клофелдин, дифенгідрамін), алкалоїди беладони (атропін, скополамін і гіосціамін).

Деякі захворювання впливають на функціональний стан слинних залоз (синдром Шегрена, ВІЛ/СНІД, діабет, хвороба Паркінсона, дисфункції щитоподібної залози, гіпертонічна хвороба, бронхіальна астма). До розпитку ксеростомії часто призводить променева терапія і хіміотерапія при лікуванні онкозахворювань.

При нормальному функціонуванні слинних залоз сухість у роті з'являється у разі утруднення носового дихання унаслідок поліпів носа, викривлення носової перегородки, коли хворі вимушені дихати ротом; у людей літнього віку під час сну з відкритим ротом (унаслідок зниження тону м'язів — підіймачів нижньої щелепи). Ксеростомія може виникати і посилюватися при частих необгрунтованих полосканнях порожнини рота.

Патогенез. Розвиток захворювання або симптому з пригніченням слиновиділення спостерігається при променевої хворобі, деяких ендокринних розладах (цукровий діабет, тиреотоксикоз та ін.), порушеннях центрального механізму слиновиділення (неврогенна ксеростомія при спинній сухотці, травмах головного мозку, токсико-інфекційних ураженнях нервової системи), а також імунними порушеннями при склеродермії.

Клінічна картина. При ксеростомії пацієнти скаржаться на: відчуття стянутості і сухості в роті, проблеми з жуванням, ковтанням, смаковими відчуттями або мовою, неприємний запах з рота, відчуття печіння в роті, тріщини губ, сухий подразнений язик, виразки, ранки в роті, порушення сну із-за відчуття спраги, запалення ясен або інфекційні захворювання порожнини рота, утруднення при користуванні зубними протезами.

З позаротових симптомів відзначають: сухість у горлі, у носі, порушення сприйняття запахів, печіння, суху шкіру, часті грибові захворювання, парестезію язика. Слизова оболонка порожнини рота суха, запалена, яскраво-червоного кольору. Слина густа, піниста. Збільшується кількість зубного нальоту, активізується мікрофлора в роті. Захворювання може ускладнитися ушкодженням слизової оболонки (запалення, тріщини, ерозія).

За клінічною вираженістю і ступенем порушення функції слинних залоз виділяють три стадії ксеростомії: початкову, стадію виражених ознак і пізню. Ступінь порушення функції слинних залоз встановлюють за допомогою об'єктивних методів дослідження слиновиділення.

При порушенні функції слинних залоз I ступеня в початковій стадії (стан компенсації функції слинних залоз) кількість слини, яка виділяється, знаходиться в межах норми (0,9-5 мл для привушної і 0,9-6,8 мл для підщелепної залози). У хворих у початковій стадії ксеростомії відчуття сухості в роті не відзначають або воно з'являється при тривалій розмові, перевтомі. Слизова оболонка ротової порожнини помірно зволожена, слина піниста.

При порушенні функції слинних залоз II ступеня у стадії виражених ознак ксеростомії спостерігається стан декомпенсації функції слинних залоз, яке виявляється постійною сухістю в роті, що утрудняє мовлення та вживання їжі (хворі вимушені запивати суху їжу водою). Слизова оболонка ротової порожнини зволожена слабо, блищить.

При порушенні функції слинних залоз III ступеня в пізній стадії ксеростомії (функція слинних залоз повністю пригнічена), хворих турбують різка сухість у роті, біль під час. Визначається катаральний глосит, стоматит, слизова оболонка ротової порожнини суха, гіперемована, нерідко з тріщинами, ерозіями. Губи сухі, лущаться, вкриті кірками. Ксеростомія, зумовлена дисфункцією слинних залоз, часто супроводжується множинним карієсом зубів.

Лікування спрямоване на усунення причини виникнення сухості в роті і стимуляцію слиновиділення. Призначають розчини калію йодиду (3 % розчин по 1 ст. л. 2 рази на день), пілокарпіну (1 % розчин по 4—5 крапель увечері), галантаміну (щоденні підшкірні ін'єкції в дозі 1 мл 0,5 % розчину), прозерину, концентрат вітаміну А. Також показані новокаїнові блокади ділянки привушної і підщелепної залоз та фізіотерапевтичні процедури: гальванотерапія слинних залоз, електрофорез з калію йодидом або галантаміном, вібраційний масаж.

Рекомендують обробку слизової оболонки порожнини рота олією (персикова, соняшникова олія), сумішшю бури і гліцерину, полоскання настоями лікарських трав (мати-й-мачуха, дивосил, термопсис). Необхідні санація і гігієна порожнини рота.

Для полоскання порожнини рота призначають 1,5—2 % водного розчину природної солі "Ахіллес".

Набуло поширення застосування препарату "Salix" і "Amifostine" (R. Nagler, Y. Marmary, 1998) як потужної протективної речовини проти радіаційно-індукованих пошкоджень клітин епітелію слинних залоз.

Із засобів симптоматичної (замісної) терапії А. VI Солнцев, В.С. Колесов, Н.А. Колесова (1991) пропонують ліки, що заповнюють дефіцит слини. Призначають вживання рідин, що підкислюють слину, часті зрошування порожнини рота, жувальну гумку, смоктання кислих льодяників, полоскання

порожнини рота розчинами з гліцерином та желатином, змазування порожнини рота та губ вазеліном, бурою з гліцерином, риб'ячим жиром, каротоліном, обліпихою, персиковою та іншими оліями, застосування розчинів, що містять анестетики.

У 1981 р. І.Ф. Ромачевою та співавт. був створений препарат штучної слини бенсилол, до складу якого входять калію хлорид, натрію хлорид, магнію сульфат, диметилдодецилбензиламонію хлорид, метилцелюлоза, тримекаїн і фосфатний буфер.

Також запропоновано використання глюкокортикостероїдів (Н.Н. Потехина, Е.М. Міканба, 1967), цитостатичних препаратів (Cummings at al., 1971), амінохінолінових похідних (Malkin, Hirsh, 1968), антилімфоцитарного гамаглобуліну (Albegger, Tilz, 1972), левамізолу (Symoens at al., 1979).

Прогноз визначається характером основного захворювання і ступенем порушення функції слинних залоз: у початковій стадії ксеростомії повне одужання можливе, в інших стадіях можна досягти значного поліпшення стану, проте розраховувати на значне поліпшення важко.

8. ПЛАН І ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА НАВЧАЛЬНОГО ЗАНЯТТЯ З ДИСЦИПЛІНИ

№ з/п	Етапи заняття	Розподіл часу	Види контролю	Засоби навчання
1.	Підготовчий етап	30 хв.	Усне опитування за переліком питань. Письмове тестування.	Комп'ютер (ноутбук). Мультимедійні методичні розробки. Анатомічні муляжі. Відео- та фотоматеріали. Електронні довідники. Рентгенограми, ортопантограми, томограми. Набір інструментарію. Результати лабораторних, цитологічних та гістологічних досліджень.
1.1	Організаційні питання			
1.2	Формування мотивації			
1.3	Контроль початкового рівня підготовки (стандартизовані засоби контролю)			
2.	Основний етап (вказати всі види робіт, які виконують студенти під час цього етапу).	60 хв.	Практичний тренінг. Вирішення клінічних задач. Створення алгоритмів лікарських дій, професійний тренінг.	
3.	Заключний етап	45 хв.	Тестування. Практичні завдання. Ситуаційні та нетипові задачі. Усне опитування.	
3.1	Контроль кінцевого рівня підготовки			
3.2	Загальна оцінка навчальної діяльності студента			
3.3	Інформування студентів про тему наступного заняття			

4.5. Види самостійної роботи студентів.

1. Вивчити такі питання ($\alpha = I$):

1.1. Етіологія та патогенез гострих та хронічних сіалоаденітів.

1.2. Етіологія та патогенез сіалозів.

1.3. Класифікація гострих і хронічних сіалоаденітів та сіалозів.

1.4. Клінічна картина гострих та хронічних сіалоаденітів.

1.5. Клінічна картина сіалозів.

1.6. Діагностика та диференційна діагностика захворювань слинних залоз запального та дистрофічного характеру.

1.7. Комплексне лікування патології слинних залоз різної етіології.

2. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю ($\alpha = II$):

2.1. У здорових людей протягом однієї години піднижньощелепна залоза в середньому виробляє:

A. Близько 1 мл не стимульованої слини.

B. Близько 6 мл не стимульованої слини.

C. Близько 12 мл не стимульованої слини.

D. Близько 24 мл не стимульованої слини.

E. Понад 39 мл не стимульованої слини.

(Правильна відповідь: C)

2.2. Стеновою протокою раніше називали:

- A. Протоку привушної залози.
- B. Протоку піднижньощелепної залози.
- C. Загальну протоку під'язикової залози;
- D. Малі протоки під'язикової залози.
- E. Протоки всіх слинних залоз.

(Правильна відповідь: A)

2.3. Вірус епідемічного паротиту був уперше виділений яким ученим?

- A. Мечніковим.
- B. Джонсоном і Гудпасчером.
- C. Пироговим.
- D. Сінельниковим.
- E. Мюллером.

(Правильна відповідь: B)

12. Тестові завдання з множинним вибором:

3.1. Де може знаходитися вірус епідемічного паротиту при цьому захворюванні?

- A. В слині.
- B. У слинних залозах.
- C. У кістках.
- D. У підшлунковій залозі.
- E. У яечках і їх придатках.

(Правильна відповідь: A, B, D, E)

3.2. Через яку слизову оболонку вірус епідемічного паротиту може проникнути в організм людини?

- A. Носа.
- B. Порожнини рота.
- C. Піднебінних мигдалин.
- D. Шлунку.
- E. Кон'юнктиву ока.

(Правильна відповідь: A, B, C, E)

3.3. Які клінічні ознаки є загальними для усіх форм хронічних сіалоаденітів?:

- A. Непомітний початок захворювання.
- B. Гострий початок захворювання.
- C. Рецидивуючий перебіг.
- D. Прогресуючий перебіг.
- E. Стійкість до консервативної терапії.

(Правильна відповідь: A, C, D, E)

4. Задачі для самоконтролю:

4.1. Хворий скаржиться на біль та припухлість у піднижньощелепній ділянці ліворуч, біль під час їжі. При огляді встановлено: рот відкриває вільно у повному обсязі, слизова оболонка під'язикового валика зліва гіперемована, з вивідної протоки піднижньощелепної слинної залози виділяється гній. На рентгенограмі зліва в піднижньощелепній ділянці виявляється тінь овальної форми. Встановіть попередній діагноз.

- A. Калькульозний сіалоаденіт.
- B. Хронічний інтерстиціальний паротит.
- C. Остеома нижньої щелепи.
- D. Пухлина піднижньощелепної залози.
- E. Гострий піднижньощелепний сіалоаденіт.

(Відповідь: A)

4.2. Пацієнта, 21 року, турбує головна біль, сухість в роті, температура тіла 38,4°C, збільшені привушні ділянки. Хворіє 4-5 днів, відмітив почергове збільшення цих ділянок. Об'єктивно: асиметрія обличчя за рахунок запальної болісної припухлості привушно-жувальних ділянок. З проток привушних слинних залоз слина практично не виділяється. Біль посилюється при відкриванні рота, ковтанні і розмові: іррадіює у вуха, шию, корінь язика. Мочки вушних раковин підняті. Поставте найбільш вірогідний діагноз.

- A. Епідемічний паротит.
- B. Гострий серозний паротит.
- C. Хвороба Мікуліча.

Д. Псевдопаротит Герценберга.

Е. Хронічний паротит.

(Відповідь: А)

4.3. Хворий, 43 років, скаржиться на нездужання, головний біль, асиметрію обличчя, підвищену температуру тіла. Хворіє протягом 5 днів. Температура тіла 38,2°C. Об'єктивно: обличчя асиметричне, за рахунок припухлості тканин лівої привушної області. Привушна слинна залоза щільна, різко болісна без чітких меж. набряк поширюється на скроневу, защеlepну, піднижньощелепну області. Шкіра над залозою гіперемована набрякла. При масажі з вустя протоки слина не виділяється. Встановити найбільш вірогідний діагноз?

А. Синдром Шегрена.

В. Епідемічний паротит.

С. Гострий гнійний паротит.

Д. Калькульозний сіалoadеніт.

Е. Паротит Герценберга.

(Відповідь: С)

4.6. Перелік індивідуальних завдань (якщо їх виконання при вивченні даного модуля передбачено робочою навчальною програмою з дисципліни).

Не передбачено.

4.8. Перелік теоретичних питань до підсумкового модульного контролю (з типової навчальної програми).

3. Гостре запалення слинних залоз: класифікація, клінічний перебіг, лікування.

4. Слиннокам'яна хвороба: етіологія, клініка, ускладнення і лікування.

5. Псевдопаротит Герценберга та паротит.

6. Хронічне запалення слинних залоз: класифікація, клінічний перебіг, лікування.

7. Системні захворювання слинних залоз: хвороба Мікуліча, синдром Шегрена

4.9. Перелік практичних завдань та робіт до підсумкового модульного контролю (з типової навчальної програми).

27.Провести опитування хворого та на його основі зробити запис в історії хвороби.

28.Провести обстеження амбулаторного хірургічного стоматологічного хворого та зробити про це запис в історії хвороби.

29.Провести обстеження периферійних лімфатичних вузлів щелепно-лищевої ділянки, шиї та слинних залоз.

30.Знати схему та вміти доповісти про хворого викладачеві; обґрунтувати діагноз та скласти план лікування.

31.Підготувати набір інструментарію для обстеження хірургічного стоматологічного хворого.

32.Вміти прочитати та встановити попередній діагноз за рентгенограмами при такій патології:

а) періодонтит;

б) остеомієліт кісток лищевого скелета, гайморит;

в) травматичні пошкодження зубів – вивих та перелом;

г) вивихи скронево-нижньощелепного суглоба;

д) пошкодження кісток лищевого скелета, (щелеп, виличної кістки, кісток носа);

ж) захворювання слинних залоз.

33.Вміти виконати будь-який вид місцевого знеболення в щелепно-лищевої ділянці.

34.Вміти провести обстеження, поставити діагноз при захворюванні слинних залоз.

35.Вміти провести бужування проток слинних залоз.

13. ЛІТЕРАТУРА.

Основна література:

10. Хірургічна стоматологія та щелепно-лищева хірургія: підручник; У 2 т. – Т. 1 / В.О. Маланчук, О.С. Воловар, І.Ю. Гарляускайте та ін. – К. : ЛОГОС, 2011. – С. 329–363.

11. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лищевої хирургии и хирургической стоматологии / А.А. Тимофеев. – К. : Червона Рута-Турс, 2002. – С. 579–612.

12. Бернадський Ю.Й. Основи щелепно-лищевої хірургії і хірургічної стоматології / Ю.Й. Бернадський. – К. : Спалах, 2003. – С. 194–217.

Додаткова література:

10. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лищевої хирургии: В 2-х темах. / Под ред. В.М. Безрукова, Т.Г. Робустовой. - Изд. 2-е, перераб. и доп. – М. : Медицина, 2000. Т. 1. – С. 435–515.

11. Хирургическая стоматология в схемах и таблицах: Учеб. пособие для студентов и врачей-интернов / Г.П. Рузин, А.А. Дмитриева. – Харьков : ХГМУ, 2001. – С. 63–78.
12. Хирургическая стоматология: Учебник / Под ред.Т.Г. Робустовой. – М. : Медицина, 1999. – С. 475–508.

№ 10. Загальна характеристика запальних процесів щелепно-лищевої ділянки. Лімфаденіти, аденофлегмони. Абсцеси обличчя, піднебіння, щелепно-язикового жолобка, під'язикової ділянки. Фізіотерапія в лікуванні запальних процесів ЩЛД.

1. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 1.1. Аналізувати знати статистику, класифікації, особливості етіології та патогенезу, клінічні ознаки запальних процесів щелепно-лищевої ділянки.
- 1.2. Пояснювати методи діагностики поверхневих одонтогенних запальних процесів щелепно-лищевої ділянки.
- 1.3. Запропонувати обстежити хворого з поверхневими одонтогенними запальними процесами щелепно-лищевої ділянки
- 1.4. Класифікувати поверхневі одонтогенні запальні процеси підщелепної ділянки.
- 1.5. Трактувати теоретичні та клінічні дослідження проблемних питань одонтогенних аденофлегмон підщелепної.
- 1.6. Малювати схеми, графіки
- 1.7. Проаналізувати план лікування з одонтогенними аденофлегмонами підщелепної ділянки.
- 1.8. Скласти план обстеження та лікування хворих з одонтогенними аденофлегмонами підщелепної ділянки.

14. БАЗОВИЙ РІВЕНЬ ПІДГОТОВКИ.

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Топографічна анатомія та оперативна хірургія	Анатомо-топографічну будову ЩЛД, анатомію зубів молочних та постійних.
2. Фармакологія	Лікарські засоби, які використовуються при лікуванні зубів та захворюваннях ротової порожнини.
3. Дисципліни, що забезпечуються	Причини виникнення, профілактика та лікування захворювань органів порожнини рота та зв'язок із загальним станом здоров'я хворого.
4. Внутрішньопредметна інтеграція	Про необхідність санації порожнини рота у лікарів-стоматологів.

15. ОРГАНІЗАЦІЯ ЗМІСТУ НАВЧАЛЬНОГО МАТЕРІАЛУ

Гострий серозний лімфаденіт характеризується появою болі і припухання лімфатичного вузла або декількох вузлів, іноді значного. Загальний стан задовільний, у окремих хворих спостерігається субфібрильна температура тіла, погіршення загального стану. Пальпується збільшений, болісний вузол, зазвичай округлої або овальної форми. Шкіра над ним не спаяна, в кольорі не змінена. При ліквідації або стиханні патологічного процесу, що послужив джерелом інфекції в лімфатичному вузлі, він зменшується в розмірах, м'який, зникає його болісність. Змін в крові, сечі не спостерігається, у окремих хворих може бути підвищене число лейкоцитів в крові ($9-10 \times 10^9/\text{л}$).

Гострий гнійний лімфаденіт виникає в результаті переходу серозного процесу в гнійний або загострення хронічного. Захворювання характеризується появою болу в ураженому лімфатичному вузлі, іноді значного. Загальне самопочуття погіршується, температура тіла підвищується до $37,5-38^\circ\text{C}$. При обстеженні визначається припухлість тканин відповідно ураженому лімфатичному вузлу. Пальпаторно визначається болісний, обмежений, округлої форми інфільтрат; шкіра над ним гіперемована, набрякла, поступово спаюється з лімфатичним вузлом. Унаслідок локалізації запального процесу в заглоткових, привушних лімфатичних вузлах ковтання болісне, відкриття рота обмежене. У окремих хворих абсцедування відбувається поволі і поступово, іноді протягом 1-2 тиж., не супроводжуючись виразними загальними і місцевими змінами. Наростання запальних явищ приводить до вираженого періаденіту. Інфільтрат збільшується в розмірі, шкіра спаюється на більшому протязі з прилеглими тканинами, стає багровою, в центрі спостерігається

осередок розм'якшення (гнійний обмежений періаденіт). Гострий гнійний лімфаденіт і гнійний обмежений періаденіт диференціюють від специфічних захворювань лімфатичних вузлів, головним чином від актиномікозу. Для актиномікозу лімфатичних вузлів характерний повільніший і млявіший перебіг захворювання. Допомагає встановленню діагнозу дослідження гною.

Аденофлегмона. Аденофлегмони розвиваються у результаті гнійного розплавлення лімфатичних вузлів. При розплавленні капсули лімфатичного вузла гній проникає в клітковину, що оточує його. При аденофлегмоні виникає розлите гнійне запалення лімфатичного вузла і клітковини, що оточує його. Хворі пред'являють скарги на мимовільні, іноді інтенсивні болі в ураженій області, погіршення загального самопочуття. З анамнезу можна виявити наявність характерних для серозного, гнійного або хронічного лімфаденіту симптомів – поява хворобливої «кульки» або «горошини», що поступово збільшуються. Аденофлегмона відрізняється різким наростанням запальних явищ: порушується загальне самопочуття, температура тіла підвищується до 38-38,5 °С і вище, з'являються озноб і інші симптоми інтоксикації. У окремих хворих аденофлегмони розвиваються поволі, температура тіла не перевищує 37,5-38 °С. Клінічна картина аденофлегмони залежить від локалізації і відповідає місцевим клінічним симптомам флегмон піднижньощелепного, підпідборідного трикутників, областей шиї і ін. При аденофлегмоні спостерігаються зміни крові: збільшення кількості лейкоцитів до 12-15x10⁹/л, нейтрофільних лейкоцитів. ШОЕ збільшується до 35-40 мм/год. Аденофлегмону слід диференціювати від актиномікозу і туберкульозу. Останні розвиваються повільніше, млявіше, загальні і місцеві симптоми виражені не так яскраво, як при аденофлегмоні. При розтині гнійних осередків при актиномікозі відокремлюване крихтоподібної консистенції, при туберкульозі воно має характер сирнистого розпаду.

Хронічний лімфаденіт. Хронічний лімфаденіт є результатом гострого процесу в лімфатичному вузлі. Бувають випадки хронічного лімфаденіту з невираженою гострою стадією. Багато авторів пов'язують це з особливостями мікрофлори, її слабкою вірулентністю. Клінічно розрізняють хронічний гіперпластичний і хронічний лімфаденіт, що загострився (гнійний). Захворювання розвивається поволі, іноді протягом 1-2 міс. і більше. Спершу з'являються хвороблива кулька або горошина, які поступово збільшуються і ущільнюються. Пальпаторно визначається лімфатичний вузол округлої або овальної форми, з чіткими контурами, рухомий і не спаяний з прилеглими тканинами. Хворі скаржаться на наявність освіти, іноді слабкість, нездужання. При хронічному гіперпластичному лімфаденіті загальний стан задовільний. Лише у окремих хворих спостерігається підвищення температури тіла до 37-37,5 °С, особливо до вечора, порушення загального самопочуття. В окремих випадках в результаті хронічного запалення лімфатичного вузла відбувається значне розростання грануляційної тканини, яка заміщає лімфоїдну тканину, розповсюджується за межі вузла і проростає до шкіри, стоншуючи її. При прориві стоншеної ділянки утворюється свищевий хід з вибуханням грануляцій. Хронічний гіперпластичний лімфаденіт може загострюватися. У таких випадках клінічні симптоми відповідають гострому гнійному лімфаденіту. При великій тривалості захворювання спостерігається зниження числа лейкоцитів (4-5x10⁹/л), незначне збільшення кількості лімфоцитів і моноцитів, збільшення ШОЕ до 25-30 мм/год. Часто змін в крові немає. Хронічний гіперпластичний лімфаденіт слід диференціювати від природжених кіст і свищів обличчя і шиї, ряду пухлин. Природжені кісти обличчя і шиї локалізуються відповідно першій і другій зябровим щілинам і дугам, щитовидно-язиковій протоці. Вони збільшуються поволі, протягом декількох років. При пальпації утворення має еластичну консистенцію, безболісне. Пункція і цитологічне дослідження допомагають діагностиці. Достатньо складний диференціальний діагноз хронічного лімфаденіту і хронічного гранулюючого періодонтиту. При обох захворюваннях на шкірі обличчя може залишитися свищевий хід. При лімфаденіті він веде до залишків вузла, що напіврозпався, при періодонтиті – до ділянки кістки відповідно періапикальному осередку. Допомагають диференціальній діагностиці рентгенографія зубів, морфологічні дослідження. Диференціальна діагностика хронічного гіперпластичного лімфаденіту і ряду пухлин, гемобластозів, метастатичного ураження ґрунтується на цитологічному дослідженні пунктату, даних патоморфологічного дослідження матеріалу біопсії. Лікування. При гострому лімфаденіті перш за все необхідне відповідне втручання в області одонтогенного джерела інфекції (видалення зуба або розкриття верхівкового отвору при періодонтиті, обробка зубної альвеоли видаленого зуба при альвеоліті і ін.), щоб запобігти подальшому надходженню мікроорганізмів в лімфатичні вузли. Тільки при серозному лімфаденіті лікування може бути консервативним. Показані фізіотерапевтичні процедури. Хороший лікувальний ефект дають зігріваючі пов'язки з маззю з йодидом калію, а також пов'язка по Дубровіну. Добрі результати спостерігаються при пункції вузла під інфільтраційною анестезією, з тримекаїновою або лідокаїновою блокадою, коли тканини, що оточують осередок

запалення, інфільтрують розчином тримекаїну або лідокаїну, іноді з додаванням антибіотика, фурациліну, ферментів. При гострому гнійному або хронічному із загостренням лімфаденіті проводять хірургічне лікування – первинну хірургічну обробку гнійної рани: розріз відповідно локалізації процесу (розтин гнійника), вискоблювання некротизованих тканин, медикаментозний вплив на осередок запалення. Схема комплексного лікування залежить від стану реактивності організму і місцевих симптомів гострого або загострення хронічного лімфаденіту. Призначають загальнозміцнююче, стимулююче, десенсибілізуюче лікування, імунотерапію. У ослаблених хворих, осіб старшої вікової групи проводять курс лікування антибіотиками і сульфаніламидами. Роблять перев'язки, дренують рану, проводять місцеве її лікування із застосуванням препаратів фуранового типу, ферментів, антистафілококової плазми і ін., накладають пов'язки з лікарськими речовинами. Лікування аденофлегмони проводиться по правилах лікування флегмони. Лікування хронічного лімфаденіту починають з ліквідації одонтогенного джерела інфекції. Для прискорення розсмоктування збільшеного лімфатичного вузла доцільно чергувати блокади тримекаїном або лідокаїном з фурациліном, ферментами, з накладенням мазевих пов'язок. Фізіотерапевтичні процедури (електрофорез з йодидом калію, ферментами, димексидом) призначають після пункції і цитологічного підтвердження діагнозу лімфаденіту. У випадках тривалого перебігу хронічного лімфаденіту, значного розвитку грануляції у осередку проростання їх до шкіри з утворенням свищового ходу проводять видалення лімфатичного вузла разом зі свищевим ходом (некротомія) і тканини ушивають пошарово. У складення спостерігаються при аденофлегмонах, головним чином шиї, коли розвиваються поширені запальні захворювання. Прогноз при запаленні лімфатичних вузлів сприятливий. Тільки локалізація аденофлегмони на шиї може представляти небезпеку розповсюдження інфекції на клітковину навколо судинно-нервового пучка і подальшого переходу запального процесу на середостіння. Профілактика полягає в санації порожнини рота, ЛОР-органів, а також в підвищенні протиінфекційної резистентності організму. АБСЦЕС (abscesses) – гостре гнійне обмежене запалення клітковини. Абсцеси твердого піднебіння (abscessus palati duri). При абсцесах твердого піднебіння розріз його слизової оболонки роблять до кістки паралельно альвеолярному краю для відвернення поранення піднебінної і різцевої артерій. Абсцеси щелепно-язикового жолобка під'язикового простору (abscessus sulci mandibulolingualis spatii sublingualis). Цей простір знаходиться на рівні другого і третього молярів нижньої щелепи між боковою поверхнею кореня язика і внутрішньою поверхнею тіла нижньої щелепи. Зверху він прикритий слизовою оболонкою. Щоб не пошкодити язиковий нерв і судини, проводиться розріз слизової оболонки і підслизового шару на рівні середньої лінії жолобка і внутрішньої поверхні тіла нижньої щелепи. По ходу операції рану розширюють і поглиблюють тупим інструментом до появи гною. Абсцеси ділянки під'язикового валика локалізуються у клітковині, яка оточує під'язикову слинну залозу. Розріз при таких абсцесах проводиться у проміжку між краєм нижньої щелепи і під'язиковою слинною залозою, в окремих випадках - над нею.

9. ПЛАН І ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА НАВЧАЛЬНОГО ЗАНЯТТЯ З ДИСЦИПЛІНИ.

№ з/п	Етапи заняття	Розподіл часу	Види контролю	Засоби навчання
1.	Підготовчий етап	15 хв.	Усне опитування за переліком питань. Письмове тестування.	Комп'ютер (ноутбук). Мультимедійні методичні розробки. Анатомічні муляжі. Відео- та фотоматеріали. Електронні довідники. Рентгенограми, ортопантограми, томограми. Набір інструментарію. Результати лабораторних, цитологічних та гістологічних досліджень.
1.1	Організаційні питання			
1.2	Формування мотивації			
1.3	Контроль початкового рівня підготовки (стандартизовані засоби контролю)	60 хв.	Практичний тренінг. Вирішення клінічних задач. Створення алгоритмів лікарських дій, професійний тренінг.	
2.	Основний етап (вказати всі види робіт, які виконують студенти під час цього етапу).			
3.	Заключний етап	15 хв.	Тестування. Практичні завдання. Ситуаційні та нетипові задачі.	
3.1	Контроль кінцевого рівня підготовки			
3.2	Загальна оцінка навчальної			

	діяльності студента		Усне опитування.	
3.3	Інформування студентів про тему наступного заняття			

4.5. Види самостійної роботи студентів.

1. Вивчити такі питання ($\alpha = I$):

- 1.1. Анатомічні простори щелепно лицеві ділянки.
 - 1.2. Шляхи розповсюдження інфекції в щелепно лицевій ділянці.
2. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю ($\alpha = II$):

Абсцес це:

- A. розлите гнійне запалення клітковини;
- B. запалення лімфатичних вузлів;
- C. обмежене гнійне запалення клітковини;
- D. гостре запалення м'язів;
- E. травматичний набряк тканин.

(Правильна відповідь: C)

2.2. Аденофлегмона це

- A. розлите гнійне запалення клітковини з розплавленням лімфатичного вузла;
- B. запалення лімфатичного вузла;
- C. обмежене гнійне запалення клітковини;
- D. гостре запалення м'язів;
- E. травматичний набряк тканин.

(Правильна відповідь: A)

2.3. Аденофлегмони лікуються

- A. тільки консервативним шляхом
- B. тільки хірургічним
- C. хірургічним та медикаментозним
- D. фізіотерапевтичним шляхом
- E. згодом вона сама проходить без лікування

(Правильна відповідь: C)

16. Тестові завдання з множинним вибором:

3.1. Піднижньощелепний простір обмежений слідуєчими анатомічними утвореннями:

- A. внутрішньою поверхнею тіла нижньої щелепи;
- B. внутрішньою поверхнею гілки нижньої щелепи;
- C. переднім та заднім черевцями двочеревцевого м'яза;
- D. глибоким та поверхневим листками власної фасції ший;
- E. щелепно-під'язиковим м'язом.

(Правильна відповідь: A.B.C.)

3.2. Основні клінічні ознаки аденофлегмони підщелепної ділянки:

- A. наявність причинного зуба;
- B. асиметрія обличчя в підщелепній ділянці;
- C. гіперемія в підщелепній ділянці;
- D. біль при ковтанні;
- E. обмеження руху язика

(Правильна відповідь: A.B.C.)

3.3. Для протизапальної терапії застосовують слідуєчи фармакологічні препарати:

- A. сульфаніламідні;
- B. антибіотики;
- C. ацетилсаліцилова кислота;
- D. бутадіон, амідопірін;
- E. індометацин.

(Правильна відповідь: C.D.E.)

4. Задачі для самоконтролю:

4.1. Хворий 33 років скаржиться на утворення в правій підщелепній ділянці, яке виникло місяць тому після перенесеної ангіни. Хворому проводилась протизапальна терапія, але новоутворення не зменшилось. В правій підщелепній ділянці при пальпації виявляється слабо болоче кулеподібне утворення щільно-еластичної консистенції з рівними контурами, неспаяне зі шкірою. З протоку

підщелепної залози виділяється прозора слина. Під'язиковий валик незмінений. Якому захворюванню відповідає описана клінічна картина?

(Відповідь: Хронічний підщелепний лімфаденіт справа)

4.2 Хворий С., 62 р., звернулась до хірурга-стоматолога зі скаргами на

сильний постійний, пульсуючий біль під язиком зліва, який поширюється на вухо і скроню, біль при прийманні їжі, затруднен відкривання роту, на загальний незадовільний стан. Хворіє тиждень, коли з'явився біль у зубі на нижній щелепі зліва. Через 2 доби температура тіла підвищилась до 38,9°C, погіршав загальний стан. Об'єктивно: Коронка 37 зруйнована на 2/3, рухомість зуба II ступеня, перкусія його безболісна. В зоні щелепно-язичного жолоба на рівні 36, 37 визначається інфільтрат, слизова оболонка над ним гіперемована, набрякла; при пальпації - флюктуація. Гіперемія слизової оболонки поширюється на область передньої піднебінної дужки. Зів не змінений. Сформулюйте клінічний діагноз.

(Відповідь: Абсцес щелепно-язичного жолоба зліва)

4.3. Жінка, 40 років, звернулась зі скаргами на припухлість лівої підщелепної ділянки, яка з'явилась 3 дні тому, на підвищення температури тіла 37,4°C. Об'єктивно : в лівій підщелепній ділянці спостерігається набряк м'яких тканин, шкіра в кольорі не змінена. Пальпаторно відмічається вузол щільно-еластичної консистенції, малоболісний, рухливий, круглої форми з гладкою поверхнею, розмірами 2,0x1,5 см. Відкривання рота вільне, слизова оболонка порожнини рота без видимих змін, коронка 36 зуба зруйнована на 2/3 частини, перкусія болісна. Поставте діагноз:

(Відповідь: Одонтогенний гострий серозний лімфаденіт підщелепної ділянки)

4.6. Перелік індивідуальних завдань (якщо їх виконання при вивченні даного модуля передбачено робочою навчальною програмою з дисципліни).

1. Вміти проводити диференційну діагностику слинних залоз з аденофлегмоною підщелепної ділянки.

2. Вміти проводити огляд під'язикової ділянки та щелепно-язикового жолобка.

9.3. Перелік теоретичних питань до підсумкового модульного контролю (з типової навчальної програми).

1. Знати анатомію щелепно-лицевого відділу.

2. Знати анатомію підщелепного трикутника.

3. Знати розташування підщелепних лімфатичних вузлів.

4.9. Перелік практичних завдань та робіт до підсумкового модульного контролю (з типової навчальної програми).

1. Вміти пальпувати підщелепні та шийні лімфатичні вузли

2. Вміти пальпувати підщелепні слинні залози.

3. Вміти проводити бужування протоків підщелепних слинних залоз.

4. Вміти приводити пальпацію під'язикової ділянки при запальних процесах

6. ЛІТЕРАТУРА.

Основна література:

1. Бернадский Ю. И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Витебск: Белмедкнига, 1998. – 416 с.

2. Евдокимов А.И., Васильев Г.А. Хирургическая стоматология. – М., Медицина, 1964.

3. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия: Руководство для врачей /Под ред. проф. В.Н. Балина и Н.М. Александрова. 3-е изд. – СПб: "Специальная Литература", 1998. – 592 с.

4. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. – М.: Медицина, 1990. – 616 с.

5. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Киев: "ООО Червона Рута – Турс", т. I, 1997. – 356 с.

Додаткова література:

1. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи: Руководство для врачей/под ред. проф. А.Г. Шаргородского. – М.: Медицина, 1985. – 352 с.

2. Лукьяненко В. И. Остеомиелиты челюстей. – Ленинград: Медицина, 1986. – 184 с.

3. Лурье Т.М. Врачебно-трудовая экспертиза в стоматологии. – М.: Медицина, 1984. – 144 с.

4. Муковозов И.Н. Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний челюстно-лицевой области. – М.: "МЕДпресс", 2001. – 224 с.

5. Овруцкий Г.Д. Хронический одонтогенный очаг. – М.: Медицина. – 1993. – 144 с.

6. Основы организации стоматологической помощи населению /Под ред. Г.Н. Пахомова. – М.: Медицина, 1983.

7. Рузин Г.П., Бурых М.П. Основы технологии операций в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – Харьков, 2000. – 292 с.
8. Солнцев А. М., Тимофеев А. А. Одонтогенные воспалительные заболевания. – Киев: Здоров'я. – 1989.– 231 с.

в) методична:

1. Рибалов О.В., Саяпіна Л.М. Медична документація у практиці хірурга-стоматолога та її оформлення //Навчально-методичний посібник для студентів стоматол.ф-ту, субординаторів, лікарів-інтернів, клінічних ординаторів.– Полтава, "АСМІ", 2004. – 119 с.
2. Рибалов О.В., Саяпіна Л.М., Розколупа О.О., Яценко І.В. Виробнича лікарська практика з хірургічної стоматології //Методичний посібник для студентів стоматологічних ф-тів медВУЗів III-IV рівнів акредитації.– Полтава, 2006. – 87 с.
3. Рибалов О.В., Саяпіна Л.М., Розколупа О.О., Яценко І.В. Практично-орієнтований державний іспит з хірургічної стоматології //Навчально-методичний посібник для студентів стоматологічного ф-ту для підготовки до випускного державного іспиту.– Полтава, УМСА, 2006. – 148 с.
4. Рыбалов О.В., Саяпина Л.М., Чайка Е.Н. Клиническая физиотерапия воспалительных процессов челюстно-лицевой локализации. – Полтава, 1998.– 118 с.

11. Флегмони підщелепної, підпідборідної ділянки, крилоподібно-щелепної ділянки. Флегмона орбіти. Флегмони виличної, жувальної, привушної ділянки. Флегмони крило-піднебінного простору, підскроневої та скроневої ямки.

1.КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 1.1.Аналізувати знати статистику, класифікації, особливості етіології та патогенезу, клінічні ознаки запальних процесів щелепно-лицевої ділянки;
- 1.2.Пояснювати методи діагностики поверхневих та глибоких одонтогенних флегмон щелепно-лицевої ділянки
- 1.3.Запропонувати обстежити хворого з поверхневими та глибокими одонтогенними флегмонами щелепно-лицевої ділянки
- 1.4.Класифікувати поверхневі та глибокі одонтогенні флегмони щелепно-лицевої ділянки
- 1.5.Трактувати теоретичні та клінічні дослідження проблемних питань одонтогенних флегмон щелепно-лицевої ділянки
- 1.6. Малювати схеми, графіки
- 1.7.Проаналізувати план лікування з одонтогенними флегмонами щелепно-лицевої ділянки
- 1.8.Скласти план обстеження та лікування хворих з одонтогенними флегмонами щелепно-лицевої ділянки

17. БАЗОВИЙ РІВЕНЬ ПІДГОТОВКИ.

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Попередні (забезпечуючі) дисципліни Топографічна анатомія та оперативна хірургія	Анатомо-топографічну будову ЩЛД, анатомію зубів молочних та постійних.
Фармакологія	Лікарські засоби, які використовуються при лікуванні зубів та захворюваннях ротової порожнини.
2. Дисципліни, що забезпечуються	Причини виникнення, профілактику та лікування захворювань органів порожнини рота та зв'язок із загальним станом здоров'я хворого.
3. Внутрішньопредметна інтеграція	Про необхідність санації порожнини рота у лікарів-стоматологів.
2. Попередні (забезпечуючі) дисципліни Топографічна анатомія та оперативна хірургія	Анатомо-топографічну будову ЩЛД, анатомію зубів молочних та постійних.
Фармакологія	Лікарські засоби, які використовуються при лікуванні зубів та захворюваннях ротової порожнини.

2. Дисципліни, що забезпечуються	Причини виникнення, профілактику та лікування захворювань органів порожнини рота та зв'язок із загальним станом здоров'я хворого.
----------------------------------	---

3. ОРГАНІЗАЦІЯ ЗМІСТУ НАВЧАЛЬНОГО МАТЕРІАЛУ

Флегмона – гостре, гнійно розлите запалення клітковини (підшкірної, міжм'язової, міжфасціальної, яке має тенденцію подальшого розповсюдження. З трактувань хірургічної анатомії флегмони розпізнають: 1) флегмони обличчя; 2) білящелепні флегмони; 3) флегмони дна порожнини рота; 4) біля глотковий флегмони; 5) флегмони язика; 6) флегмони шиї). Бувають первинні та вторинні флегмони. Первинні зустрічаються у щелепно-лицевій ділянці рідко і їх причини неможливо пояснити. Вторинні які розвиваються на фоні остеомієліту називаються остеофлегмонами. Як ускладненням гнійного лімфоаденіту називаються аденофлегмони. Аденофлегмони розвиваються в результаті гнійного розплавлення лімфатичних вузлів. Флегмона підщелепної ділянки (*phlegmonae regionis submaxillaris*) найчастіше виникає внаслідок утрудненого прорізування нижнього зуба мудрості, а також як ускладнення періоститу, остеомієліту, лімфаденіту. Топографоанатомічна анатомія. В центрі підщелепного трикутника знаходиться підщелепна слинна залоза з прилеглими до неї лімфатичними вузлами, щелепною артерією яка проходить, та передня вена обличчя. Зовнішня межа підщелепного трикутника це нижній край тіла нижньої щелепи. Дві інші сторони обмежені переднім та заднім черевцем *m. digastricus*. По нижньому краю: шкіра, підшкірна клітковина з *m. platysma*, та поверхневий листок власної фасції шиї. Клініка. Біль при ковтанні больовий набряк, шкіра в складку не береться. При пальпації відмічається щільний больовий інфільтрат. Відкривання рота обмежене може відмічатись тризм II-III ступенів. В порожнині рота незначна гіперемія слизової оболонки в ділянці інфільтрата.

Флегмони підпідборідної ділянки (*phlegmonae regionis submentalis*) перебігають в вигляді аденіта, аденофлегмони, або флегмони. Топографічна анатомія. Трикутне поле в межах переднього правого та лівого черевця *m. digastricus*. Верхівки даного трикутника доходять до середньої лінії підборідної частини. Зверху зі сторони порожнини рота підборідний прості покритий *m. milohioideus*. Клінічна картина. Перебіг флегмони не тяжкий. Підвищення температури, інфільтрат який має вигляд розповсюдженого в сторону підщелепного трикутника та шиї.

Флегмони крилоподібно -щелепного простору (*phlegmonae spatii pterygoideomandibularis*) можуть виникати у проміжку між внутрішньою поверхнею гілки нижньої щелепи та зовнішньою поверхнею медіального крилоподібного м'яза (*m. pterygoideus medialis*). Крилощелепний простір межує з скроневою та крилопіднебінною ямками, біляглотковим простором та за щелепним простором. Клініка. тризм II-III ступенів, біль при ковтанні. При пальпації під кутом щільний больовий інфільтрат. Лікування з боку порожнини рота роблять розріз довжиною 2 см дещо зовні і паралельно крило-щелепній складці (*plica pterygomandibularis*) у бік гілки нижньої щелепи. Зразу ж після розрізу слизової оболонки тупо проникають за допомогою корнцанга між гілкою нижньої щелепи і внутрішнім крилоподібним м'язом у крилощелепний простір, де і локалізується гнійник. У тих випадках, коли розріз внутрішньоротовим шляхом провести неможливо (стійкий тризм жувальних м'язів, наявність інфільтрату під кутом нижньої щелепи), роблять позаротовий розріз. Починають його за кутом нижньої щелепи, облямовують і доводять до переднього краю жувального м'яза. Розрізають шкіру, підшкірну клітковину, фасції, за допомогою тупих інструментів заходять за гілку нижньої щелепи, відшаровують внутрішній крилоподібний м'яз і проникають у крилощелепний простір.

Флегмона очноямкової ділянки (*phlegmone regionis orbitalis*) локалізується в клітковині очної ямки. Клініка екзофтальм очного яблука та обмеження його. Цьому сприяє набряк перехідного рубця кон'юнктиви (хемоз). Повіки набряклі. Лікування. Розріз шкіри при ній виконується по нижньо-зовнішньому краю очної ямки. В глибину очної впадини підходять тупо по нижньобоківій поверхні очної ямки.

Флегмона виличної ділянки (*phlegmone regionis zygomatici*). По нижньому краю виличної кістки, паралельно виличній дузі, шляхом розрізу шкіри підходять до запальних процесів цієї ділянки. При цьому орієнтуються на місце найбільшої флюктуації, враховуючи топографію гілок лицевого нерва. Клініка. Скарги на біль який ірадіює в скроню та підочну ділянку, можливе обмежене відкривання рота.

Під масетеріальна (піджувальна) флегмона (*phlegmone submasseterica*) можуть виникати у клітковині під жувальним м'язом.

Клініка. Набряк нижнього відділу білявухово- жувальної ділянки. Центральна частина цього набряку

візуалізується над вуглом нижньої щелепи. На місці прикріплення жувального м'яза.

Лікування. Розрізом довжиною 5-7 см, який облямовує кут нижньої щелепи у вигляді дуги, розсікають м'які тканини до кістки. В зоні прикріплення жувального м'яза до кута нижнього краю гілки нижньої щелепи його частково підрізають і тупим шляхом відшаровують цей м'яз, увесь час притримуючись зовнішньої поверхні гілки нижньої щелепи, доходять до гнійника або попередньо розшаровують м'яз по ходу м'язових волокон до появи гною.

Флегмона привушної ділянки (phlegmone regionis parotidae). Запальний процес розповсюджується з вогнищ в 48, та 38 зубах. По лімфогенним шляхам з ділянки верхніх молярів. Клініка. Скарги на біль в білявушно - жувальному просторі який посилюється при відкриванні рота. Обличчя асиметричне за рахунок набряку тканин в білявушно - жувальній ділянці. Лікування. Відступивши на 1,5-2 см назовні від кута нижньої щелепи, оточуючим розрізом навколо нього розсікають шкіру з підшкірною клітковиною, фасцію між грудинно-ключично-соскоподібним м'язом і заднім краєм гілки нижньої щелепи. Щоб не пошкодити привушну залозу, вглиб проникають тупо, розшаровуючи тканини.

Флегмони підскроневої і крилопіднебінної ямок (phlegmonae fossarum infratemporalis et pterygopalatini)

Локалізація цих флегмон проектується всередину від підскроневої ямки. В межах верхнього склепіння переддвер'я порожнини рота на рівні останніх двох молярів верхньої щелепи розрізають слизову оболонку до кістки. Після цього распаратором або зондом Кохера вздовж горба верхньої щелепи проникають усередину до вискової ямки в напрямку спереду назад і вгору.

Флегмони скроневої ділянки (phlegmonae regionis temporalis). Флегмони цієї ділянки можуть бути: поверхневі, які залягають між шкірою і висковим апоневрозом; серединні — між апоневрозом і висковим м'язом;

- глибокі - під висковим м'язом;
- розлиті, які поширюються на всі згадані вище шари.

По передньому краю вискового м'яза розрізають шкіру, підшкірну клітковину, апоневроз м'яза, а в тих випадках, коли цього потребують умови, пальцем у рукавичці проходять під висковий м'яз і розкривають гнійник. Якщо виявлена розлита флегмона, то доцільно зробити півколовний розріз у місці прикріплення вискового м'яза та його апоневроза (linea temporalis). При наявності глибоких гнійників вискової ділянки розріз роблять у радіальному напрямку по ходу м'язових волокон з урахуванням топографії крупних артеріальних судин ділянки. Для більш надійного відтоку гною нерідко за допомогою додаткових розрізів роблять контрапертури (протиотвори).

10. ПЛАН І ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА НАВЧАЛЬНОГО ЗАНЯТТЯ З ДИСЦИПЛІНИ.

№ з/п	Етапи заняття	Розподіл часу	Види контролю	Засоби навчання
1.	Підготовчий етап	15 хв.	Усне опитування за переліком питань. Письмове тестування.	Комп'ютер (ноутбук). Мультимедійні методичні розробки. Анатомічні муляжі. Відео- та фотоматеріали. Електронні довідники. Рентгенограми, ортопантомограми, томограми. Набір інструментарію. Результати лабораторних, цитологічних та гістологічних досліджень.
1.1	Організаційні питання			
1.2	Формування мотивації			
1.3	Контроль початкового рівня підготовки (стандартизовані засоби контролю)			
2.	Основний етап (вказати всі види робіт, які виконують студенти під час цього етапу).	60 хв.	Практичний тренінг. Вирішення клінічних задач. Створення алгоритмів лікарських дій, професійний тренінг.	
3.	Заклучний етап	15 хв.	Тестування. Практичні завдання. Ситуаційні та нетипові задачі. Усне опитування.	
3.1	Контроль кінцевого рівня підготовки			
3.2	Загальна оцінка навчальної діяльності студента			
3.3	Інформування студентів про тему наступного заняття			

4.5. Види самостійної роботи студентів.

1. Вивчити такі питання ($\alpha = I$):

- 1.1. Анатомічні простори щелепно лицевої ділянки.
1.2. Шляхи розповсюдження інфекції в щелепно лицевій ділянці.
2. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю ($\alpha = \Pi$):

2.1. Абсцес це:

- A. розлите гнійне запалення клітковини;
- B. запалення лімфатичних вузлів;
- C. обмежене гнійне запалення клітковини;
- D. гостре запалення м'язів;
- E. травматичний набряк тканин.

(Правильна відповідь: C)

2.2. Флегмона це

- A. розлите гнійне запалення клітковини;
- B. запалення лімфатичних вузлів;
- C. обмежене гнійне запалення клітковини;
- D. гостре запалення м'язів;
- E. травматичний набряк тканин.

(Правильна відповідь: A)

2.3. Флегмони лікуються

- A. тільки консервативним шляхом
- B. тільки хірургічним
- C. хірургічним та медикаментозним
- D. фізіотерапевтичним шляхом
- E. згодом вона сама проходить без лікування

(Правильна відповідь: C)

18. Тестові завдання з множинним вибором:

3.1. Піднижньощелепний простір обмежений слідуючими анатомічними утвореннями:

- A. внутрішньою поверхнею тіла нижньої щелепи;
- B. внутрішньою поверхнею гілки нижньої щелепи;
- C. переднім та заднім черевцями двочервцевого м'яза;
- D. глибоким та поверхневим листками власної фасції шиї;
- E. щелепно-під'язиковим м'язом.

(Правильна відповідь: A.B.C.)

3.2. Основні клінічні ознаки флегмони скроневої ділянки:

- A. наявність причинного зуба;
- B. асиметрія обличчя;
- C. запальна контрактура нижньої щелепи;
- D. біль при ковтанні;
- E. обмеження руху язика

(Правильна відповідь: A.B.C.)

3.3. Для протизапальної терапії застосовують слідуючи фармакологічні препарати:

- A. сульфаніламідні;
- B. антибіотики;
- C. ацетилсаліцилова кислота;
- D. бутадіон, амідопірін;
- E. індометацин.

(Правильна відповідь: C.D.E.)

4. Задачі для самоконтролю:

4.1. У хворого під час огляду виявлене різко болючий запальний інфільтрат в лівій скроневої ділянці, який займає передні 2/3 частки цієї ділянки. Шкіра над ним гіперемована, в складку не береться. В передньо-нижніх відділах інфільтрату визначається симптом флюктуації. Відкривання рота та бокові рухи щелепи відокремлені, різко болючі. Порожнина рота не санована. Поставте діагноз.

(Відповідь: Флегмона скроневої ділянки зліва.)

4.2. Через 2 доби після видалення 18 зуба з приводу загострення хронічного періодонтиту, хворий 32 років, звернувся зі скаргами на обмежене відкривання рота, припухлість виличної, скроневої ділянок, підвищення температури тіла до 38,°C, слабкість, головну біль, нездужання. Об'єктивно: рот відкривається на 1см, шкіра скроневої ділянки у кольорі не змінена, набрякла, у складку не береться.

Пальпація скроневої ділянки болісна. Перехідна складка в ділянці 17, 18 набрякла, згладжена, гіперемована, різко болісна при пальпації. Яке ускладнення розвилось в хворого?

(Відповідь: Флегмона підскроневої і крилопіднебінної ямок справа)

4.3. У хворого 54 років при обстеженні виявилось, що шкірні покрови обличчя бліді із сіруватим відтінком, температура тіла підвищена до 40°C, біль при рухах язиком, утруднене дихання, неможливість проковтнути слину, мова утруднена, через біль. Припухлість тканин обох підщелепних і підпідборідкових ділянок, при пальпації шкіра в складку не збирається, гіперемована, сильно болісна. Язик, який набряк, покритий сірим нальотом, під'язикові валики набрякли, гіперемовані, покриті сіруватим нальотом. З рота неприємний запах. Який діагноз можна припустити в хворого?

(Відповідь: Гнилосно-некротична флегмона дна порожнини рота)

4.6. Перелік індивідуальних завдань (якщо їх виконання при вивченні даного модуля передбачено робочою навчальною програмою з дисципліни).

1. Інєрвація щелепно лицеваго простору

2. Анатомія судинного русла щелепно лицеваго простору

3. Розповсюдження інфекції по щелепно лицевому просторі

10.3. Перелік теоретичних питань до підсумкового модульного контролю (з типової навчальної програми).

1. Межі крилощелепного простору

2. Межі скроневої ямки

3. Шляхи розповсюдження інфекції при гострому гнійному перикоронариті

4. Межі підщелепного трикутника

10.4. Перелік практичних завдань та робіт до підсумкового модульного контролю (з типової навчальної програми).

1. Визначити пальпаторно флюктуацію інфільтрата

2. Виконати анестезію по Берше-Дубову

3. Виконати анестезію по Вишневському

6. ЛІТЕРАТУРА.

Основна література:

1. Бернадський Ю.И. Основы хирургической стоматологии. – Киев: «Вища школа», 1984. – 392 с.

2. Тимофеев А.А. Руководство по хирургической стоматологии и черепно-щелепно-лицевой хирургии, К., - 2000.

3. Шаргородский А.Г. Руководство к практическим занятиям по хирургической стоматологии. – М., - Медицина, 1976. – 248 с.

4. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи//Под ред. А.Г.Шаргородского. – М., Медицина, 1985.

5. Кузин М.И., Костюченко Б.М. Раны и раневая инфекция//М., Медицина, 1981.

Додаткова література:

1. Бернадский Ю.И., Заксон М.Л., Козлюк В.И. Особенности клинического течения и лечения флегмон челюстно-лицевой области у лиц пожилого и старческого возраста /VII Всесоюзный съезд стоматологов (Тез. докл.) – М., 1981. – С. 63 – 64.

2. Биберман Я.М., Стародубцев В.С., Шутова А.П. Антисептики в комплексном лечении больных с околочелюстными абсцессами и флегмонами //Стоматология. – 1996, №6. – С. 25-27. Оперативная челюстно-лицевая хирургия. Под ред. Александрова А.М. – М. – 1986.

3. Груздев И.А. Острая одонтогенная инфекция. – М., Медицина, 1978.

4. Муковозов И.Н. Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний челюстно-лицевой области. – Л., Медицина, 1982.

5. Владиченкова Т.Н., Забелин А.С., Локтев Н.И. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи. Учебно-методическое пособие для студентов под ред. проф. А.Г.Шаргородского. Смоленск, 1986.

6. Рыбалов О.В., Саяпина Л.М., Чайка Е.Н. Клиническая физиотерапия воспалительных процессов челюстно-лицевой локализации. Полтава, 1998

№ 12. Приглоткова флегмона. Флегмона дна порожнини рота, язика і шиї, ангіна Жансуля-Людвіга. Ускладнення і їх профілактика. Принципи лікування запальних процесів щелепно-лицевої ділянки.

1. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 1.1. Аналізувати причини виникнення флегмон навкологлоткового простору, язика, дна порожнини рота і шиї.
- 1.2. Пояснювати топографо-анатомічні особливості ділянок шиї, наявність зв'язків клітковинних просторів між собою.
- 1.3. Запропонувати методи діагностики гнійно-запальних процесів щелепно-лицьової ділянки і шиї.
- 1.4. Класифікувати ускладнення гнійно-запальних процесів щелепно-лицьової ділянки і шиї.
- 1.5. Тракувати принципи хірургічного лікування гнійно-запальних процесів щелепно-лицьової ділянки і шиї.
- 1.6. Малювати схему топографо-анатомічних трикутників шиї.
- 1.7. Проаналізувати причини септичних ускладнень гнійно-запальних процесів щелепно-лицьової ділянки і шиї.
- 1.8. Скласти план лікування хворого з гнійно-некротичною флегмоною дна порожнини рота.

2. БАЗОВИЙ РІВЕНЬ ПІДГОТОВКИ.

Назви попередніх дисциплін	Набуті навички
1. Топографічна анатомія і оперативна хірургія.	Знати межі трикутників шиї, їх пошарову будову, хірургічні доступи для розкриття запальних осередків шиї різних локалізацій.
2. Загальна хірургія.	Знати принципи хірургічного лікування гострих гнійних запальних процесів.
3. Пропедевтика хірургічної стоматології.	Уміти провести курацію хворого з гнійним запальним процесом щелепно-лицьової ділянки і шиї.
4. Фармакологія.	Уміти скласти схему медикаментозного лікування хворого з гострим гнійним запальним процесом.

3. ОРГАНІЗАЦІЯ ЗМІСТУ УЧБОВОГО МАТЕРІАЛУ.

Абсцес і флегмона навкологлоткового простору. Гнійний процес в навкологлотковому просторі може виникати як ускладнення гострого, рідше хронічного тонзиліту. Одонтогенними джерелами інфекції цього простору бувають великі жувальні зуби нижньої, іноді верхньої щелепи. Часто навкологлотковий простір вражається при поширенні інфекції з піднижньощелепного трикутника, під'язикової, позадущелепної ділянок, а також крилоподібно-нижньощелепного простору.

Межі навкологлоткового простору: внутрішня — слизова оболонка глотки; зовнішній — медіальний крилоподібний м'яз і глибока глоткова частина привушної слинної залози; передня — міжкрилоподібна фасція і внутрішня поверхня медіального крилоподібного м'яза; задня — бічні фасціальні відростки, що йдуть від передхребетної фасції до м'язової стінки глотки. Шилоязиковий, шилоглотковий, шилоподібний м'язи, що вкриті фасцією, розділяють навкологлотковий простір на передній і задній відділи. У передньому відділі навкологлоткового простору знаходиться рихла жирова клітковина, у верхньому його відділі до нього прилягає крилоподібне венозне сплетення. У задньому відділі простору знаходяться внутрішня сонна артерія, внутрішня яремна вена, IX, X, XI, XII черепні нерви, лімфатичні вузли. Крім того, у деяких хворих тут розташований верхній шийний симпатичний вузол. Клітковина, розташована в навкологлотковому просторі, сполучається з клітковиною крилопіднебінної та скроневої ямки, під'язикової ділянки, піднижньощелепного трикутника.

Розрізняють абсцеси і флегмони навкологлоткового простору. Запальні процеси навкологлоткового простору характеризуються наростаючими болями при ковтанні аж до неможливості їжі та прийому рідини.

При абсцесі відзначаються невелика набряклість тканин під кутом нижньої щелепи, збільшення лімфатичних вузлів. Відкриття рота різко обмежене і болісне. Огляд порожнини рота ускладнений внаслідок зведення щелеп. За допомогою шпателя, зуболікарського дзеркала, а іноді лобового рефлектора вдається оглянути порожнину рота і зів, де виявляється гіперемія і набряклість м'якого піднебіння, піднебінно-язикових і піднебінно-глоткових дужок, піднебінного язичка, випинання бічної стінки глотки.

Флегмона навкологлоткового простору відрізняється болями при ковтанні, нерідко затрудненням диханням, погіршенням загального самопочуття, появою ознобу і інших явищ інтоксикації. Під кутом нижньої щелепи є глибокий болісний при пальпації інфільтрат. У окремих хворих виникає набряк в скроневої ділянці. Відкриття рота обмежене внаслідок запальної контрактури медіального крилоподібного м'яза III ступеню. Огляд порожнини рота ускладнений.

Вводять широкий шпатель між зубами верхньої і нижньої щелепи і, повертаючи його, оглядають глотку. Слизова оболонка крилоподібної нижньощелепної складки, м'якого піднебіння гіперемована і набрякла, піднебінний язичок різко зміщений в здоровий бік. Інфільтрат розповсюджується на бічну стінку глотки, яка значно витинається, набряк — на слизову оболонку під'язикової складки, язик, задню стінку глотки.

Діагностуючи флегмону навкологлоткового простору, слід враховувати, що процес часто розвивається при поширенні інфекції з піднижньощелепного трикутника. При появі обмеження відкривання рота, наростанні болю при ковтанні, слід ретельно оглянути порожнину рота і глотку.

Абсцес навкологлоткового простору розкривають внутрішньоротовим розрізом слизової оболонки до середини від крилоподібно-нижньощелепної складки і паралельно їй довжині на 1,5-2 см і на глибину до 0,75 см. Далі тупим шляхом проникають до гнійника, розкриваючи його. Надійнішим для створення хорошого відтоку гною, особливо при флегмоні навкологлоткового простору, слід вважати позаротовий доступ. Проводять розріз шкіри і підшкірної клітковини, а потім, тупо розсовуючи м'які тканини в ділянці кута нижньої щелепи, доходять до краю кістки, проходять по медіальному крилоподібному м'язу в навкологлотковий простір до середніх констрикторів глотки, створюючи відтік ексудату. При розкритті флегмони навкологлоткового простору слід пройти в крилоподібно-нижньощелепний простір і під'язикову ділянку.

Запальний процес в навкологлотковому просторі може поширюватися уздовж глотки в переднє середостіння. Залучення до процесу передніх і латеральних ділянок шиї, у тому числі судинно-нервової півхи, також може привести до розповсюдження інфекції в грудну клітку.

Зв'язок крилоподібного венозного сплетення з навкологлотковим простором може зумовити ретроградне поширення гнійного процесу на мозкові оболонки і головний мозок. Прогноз при флегмоні навкологлоткового простору, особливо у разі розвитку таких ускладнень, дуже серйозний.

Абсцес і флегмона язика. Гнійні запальні захворювання язика можуть бути одонтогенними, стоматогенними та тонзилогенної природи.

Одонтогенний абсцес або флегмона в між'язових просторах кореня язика виникає під час переходу гнійного процесу від нижніх передніх зубів. Абсцеси спинки і тіла язика розвиваються в результаті одноразових або повторних ушкоджень слизової оболонки при прикушенні, травмі риб'ячою кісткою, стоматологічними інструментами, гострими краями зубів, зубними протезами та ін., а також при стоматиті. В деяких випадках запальний процес в язичку розвивається на тлі гострого тонзилиту. Поширення інфекції з під'язикової, рідше з ділянки підпідборіддя, також веде до розвитку гнійного процесу.

Язик є м'язовим органом. В ділянці спинки і тіла язика м'язові пучки мають подовжнє, поперечне і вертикально переплетені напрями. Між ними немає значних з'єднувальнотканинних прошарків. Біля кореня язика в проміжках між правим і лівим підборідно-язиковим, під'язиково-язиковим і шилоязиковим м'язами розташовується рихла клітковина. В ділянці кореня язика є і інші щілоподібні проміжки, розташовані симетрично, дещо назовні від попередніх, де також є прошарки клітковини. Зсередини вони обмежені підборідно-язиковими, а зовні — під'язиково-язиковими м'язами. У цих між'язових щілинах серед рихлої клітковини справа і ліворуч проходять язичні артерії, розташовуються невеликі лімфатичні вузли.

Розрізняють абсцеси спинки, тіла, кореня язика і флегмону язика.

Абсцес спинки і тіла язика локалізується в правій або лівій його половині, в товщі язика, в середньому відділі спинки язика. Хворі скаржаться на болі в язичку, що віддають у вухо. Рухи язика обмежені і болісні, мова ускладнена, ковтання болісне. Зовні змін немає, пальпуються збільшені болісні лімфатичні вузли в підпідборідді або в передньому відділі одного з піднижньощелепних трикутників. Відкривання рота вільне. Відзначається потовщення половини язика внаслідок інфільтрації бічного його відділу, язик щільний, різко болісний, вкритий яскраво-червоного кольору слизовою оболонкою. У окремих хворих запальний набряк поширюється на нижню поверхню язика і під'язикову складку. Серед розлитого інфільтрату в товщі язика можна відмітити ділянку болючості, в пізніших стадіях - осередок розм'якшення і флюктуації. Іноді відбувається мимовільний прорив гнійника, після чого запальні явища стихають. У деяких хворих процес може поширитися на іншу половину язика.

Абсцес кореня язика розвивається в з'єднувальнотканинних прошарках між парними м'язами язика, над щелепно-під'язиковим м'язом. Порівняно рідше абсцес буває в між'язовому проміжку, розташованому дещо збоку від середньої лінії, в колі язичної артерії, що проходить тут.

Хворі з абсцесом язика відмічають різкі болі в язичку та неможливість ковтання.

Абсцес кореня язика зазвичай характеризується нерізко визначеною припухлістю в середніх відділах ділянки підпідборіддя. Шкіра тут не змінена, добре збирається в складку, визначається болючість в ділянці середньої лінії. Відкривання рота вільне, але болісне. Язик збільшений, рухливість його обмежена, у зв'язку з чим мова невиразна. Він рівномірно набряклий і щільний, по середній лінії болісний.

Флегмона тіла язика характеризується поширенням запальних явищ на клітковинні прошарки між м'язами кореня язика до шва щелепно-під'язикових м'язів і догори — до переплетення м'язів язика. У хворих спостерігаються більш інтенсивні болі в язичку, що віддають у вухо, ковтання різко болісне, мова невиразна, нерідко затруднене дихання.

Запальна припухлість з трикутника підпідборіддя поширюється на передні відділи піднижньощелепних трикутників. Регіонарні лімфатичні вузли збільшені, болісні, спаяні один з одним. В глибині ділянки підпідборіддя пальпується розлитий болісний інфільтрат.

Відкривання рота обмежене, відзначається запальна контрактура жувальних м'язів. Язик значно збільшений, рухи його обмежені і різко болісні. Нерідко збільшений язик не вміщується в порожнині рота, а видається вперед, за зубний ряд, в сторони і вибухає вгору, що примушує хворих тримати рот напіввідкритим. Язик обкладений білястим нальотом, з порожнини рота виходить неприємний гнильний запах. Ковтання в'язкої слини різко затруднене, іноді неможливе. В деяких випадках у зв'язку з розповсюдженням набрякості на надгортанник і черпалоподібно-надгортанні складки з'являються утруднення дихання, осиплість голосу.

Оперативне втручання з приводу абсцесу спинки і тіла язика проводять подовжнім розрізом по краю або спинці язика через ділянку розм'якшення або болючості. Після розтину слизової оболонки тупим шляхом проходять між пучками м'язів і спорожняють гнійник.

Абсцес або флегмону кореня язика розкривають розрізом завдовжки до 4 см в трикутнику підпідборіддя по середній лінії. Роздвинувши краї рани, розтинають по шву щелепно-під'язиковий м'яз. Якщо гною в цій ділянці немає, тупим шляхом проникають догори між підборідно-під'язиковими і підборідно-язиковими м'язами або декілька латеральніше і дозад — між підборідно-язиковим і підязиково-язиковим м'язами, де виявляють скупчення екссудату. З естетичних міркувань проводять дугоподібний розріз наперед від під'язикової кістки і паралельно краю нижньої щелепи. Розтинають шкіру, підшкірну клітковину, передне черевце обох двучеревцевих м'язів і по шву щелепно-під'язиковий м'яз, а потім тупим шляхом проникають в міжм'язові міжм'язові проміжки кореня язика.

Гнійні запальні процеси в язичку можуть розповсюджуватись від спинки і тіла язика в інші його відділи, в під'язикову ділянку, на тканині дна порожнини рота, в крилоподібно-нижньощелепний і навколوجلотковий простори, спускатися в ділянку шиї. Одночасне ураження кореня язика, навколوجلоткових просторів і дна порожнини рота може вести до стенозу дихальних шляхів і асфіксії, що робить прогноз серйозним для життя пацієнтів.

Флегмона дна порожнини рота. Флегмона дна порожнини рота є поширеним гнійним захворюванням, коли в різних сполученнях вражаються під'язикові, піднижньощелепні ділянки, трикутник підпідборіддя. Флегмона дна порожнини рота може розвинути внаслідок поширення інфекції в одних випадках з підязикової або обох цих ділянок, в інших — з піднижньощелепного, підпідборідного трикутників, кореня язика.

Межі дна порожнини рота: верхня — слизова оболонка порожнини рота; нижня — шкіра правого і лівого піднижньощелепних і підпідборідного трикутників; задня — корінь язика і м'язи, що прикріплюються до шиловидного відростка; переднезовнішня — внутрішня поверхня тіла нижньої щелепи. Дно порожнини рота має два поверхи: верхній, розташований над щелепно-під'язиковим м'язом, і нижній, такий, що знаходиться під ним.

При флегмоні дна порожнини рота хворі скаржаться на інтенсивні болі, неможливість ковтання, обмеження відкривання рота, затруднене дихання і мови. Обличчя одутле. Визначається щільний, розлитий інфільтрат в обох піднижньощелепних і підпідборідному трикутниках. Залежно від залучення до процесу крилоподібно-нижньощелепних просторів, обмежується відкривання рота, в той же час рот напіввідкритий. Язик збільшений в розмірах внаслідок інфільтрації, підведений до піднебіння, часто сухий і вкритий брудно-коричньовим нальотом. Ковтання болісне, хворі не можуть проковтнути слину і вона витікає з напіввідкритого рота. Рухи язика викликають різкий біль. Під'язикові складки інфільтровані, вибухають, іноді вище за коронки зубів. Бахромчасті складки набряклі і часто вкриті фібринозним нальотом, видно відбитки коронок зубів.

Залежно від різних поєднань уражень ділянок над— і під щелепно-під'язиковим м'язом зовнішні розрізи проводять з боку шкіри в піднижньощелепних і підпідборідному трикутниках.

Ефективний також розтин шкіри вказаних ділянок комірним розрізом з подальшим перетином волокон щелепно-під'язикового м'яза. Іноді зовнішні розрізи поєднують з розрізами у власне порожнини рота — через слизову оболонку альвеолярного відростка нижньої щелепи, по під'язикових складках.

При флегмоні дна порожнини рота може спостерігатися розповсюдження процесу на крилоподібно-нижньощелепний і навкологлотковий простори, на інші передні і латеральні ділянки ший із залученням судинно-нервової півхи, судинно-нервового пучка, середостіння.

Слід зазначити своєрідну течію флегмон дна порожнини рота, в розвитку яких беруть участь анаеробні мікроби. Прогресуючу течію з розвитком гангренозного або гнильно-гангренозного запалення тканин і подальшим їх некрозом **прийнято означати як ангіну Жансуля-Людвіга** (angina Ludwigi). При ангіні Людвіга вражаються усі тканини, що відносяться до дна порожнини рота, а також крилоподібно-нижньощелепний і навкологлотковий простори. Відзначається тенденція до подальшого поширення процесу на інші прилеглі області, у тому числі на передні і бічні відділи ший.

Окрім скарг, характерних для флегмон дна порожнини рота, зазвичай відмічають задуху, симптоми інтоксикації: лихоманку, безсоння, збудження, нерідко марення. Характерне вимушене положення хворого сидячи (або напівлежачи) з нахиленою вперед головою, якою він уникає рухати. Обличчя хворого бліде із землистим відтінком і нерідко жовтяничного кольору.

Розлитий щільний і болісний інфільтрат, розташований в обох піднижньощелепних та підборідній ділянках, распровсюджується догору на привушні і щічні ділянки, вниз на шию. Шкіра над інфільтратом спаяна, в перші дні захворювання в кольорі не змінена. Надалі вона набуває червоний відтінок, іноді на ній видно синювато-багрові плями або пухирі. При пальпації інфільтрат щільний, ділянок флюктуации не визначається, але часто відзначається крепітація.

Рот хворого напіввідкритий, з нього витікає густа в'язка слина. Одночасно відкривання рота обмежене і різке болісне. Жування і розмова ускладнені, мова невиразна.

Слизова оболонка під'язикових складок різко підведена, вибухає у вигляді валика, який вище за коронки зуба. На поверхні слизової оболонки видніється фібринозний наліт. Язик підведений до піднебіння, обкладений, з рота гнильний запах.

При хірургічному втручанні широко розкривають зовнішніми розрізами уражені клітковинні простори: піднижньощелепні, підпідборідний трикутники, під'язикові ділянки, проміжок між підборідно-язиковими м'язами, а також залучені в процес навкологлоткові і крилоподібно-нижньощелепні простори.

Доцільне проведення комірної або дугоподібного розрізу нижче краю нижньої щелепи і широке розкриття усіх уражених ділянок шляхом розтину щелепно-під'язикового м'яза. При розкритті відзначаються характерні зміни в тканинах: розташована тут клітковина має сіро-зелений, темно-бурий до чорного колір; гною немає, з тканин виділяється каламутна кров'яна, або коричнево-сіра смердюча рідина, іноді з бульбашками газу. Клітковина, м'язи некротизовані, виглядають як сірувата смердюча маса.

Після операції сприятливий перебіг захворювання характеризується зниженням температури тіла, поліпшенням загального стану хворого. З операційних ран починає виділятися гній, відторгаються тканини, що омертвіли, якщо вони не були видалені при операції, і поступово з'являються грануляції. Подальше загоєння ран протікає зазвичай без ускладнень. У інших випадках при гнильно-некротичній флегмоні запальні явища схильні до прогресу. Частіше розвиваються медіастиніти, але може бути восхідне поширення інфекції. Запальне захворювання може ускладнюватися сепсисом, що супроводжуються небезпечними для життя хворих септичним шоком і гострою дихальною недостатністю.

Прогноз при флегмоні дна порожнини рота, особливо гнильно-некротичною, з ускладненнями, серйозний для життя хворих.

Ускладнення абсцесів і флегмон особи і ший. Абсцеси, флегмони лица і ший можуть ускладнюватися вторинним кортикальним остеомієлітом. У разі поширення процесу можливі такі серйозні ускладнення, як медіастиніт, тромбоз печеристого синуса, менінгіт, менінгоенцефаліт, абсцес мозку, сепсис.

Вторинний кортикальний остеомієліт кісток обличчя розвивається при локалізації гнійного процесу в піднижньощелепній, привушно-жувальній, підочноямковій, виличній, скроневій ділянках. При гнійному розплавленні навколощелепних тканин гине поверхнева ділянка кістки.

Клінічна картина характеризується відсутністю регреса запальних явищ, гностечею з рани, повторними загостреннями процесу. На рентгенограмі видно тонкі пластинкові секвестри по нижньому краю тіла, зовнішньої поверхні гілки нижньої щелепи, нижньоочноямковому краю вер-

хної щелепи, зовнішній поверхні тіла вилицевої і лусці скроневої кісток. При лабораторному дослідженні крові знаходять помірний лейкоцитоз, іноді лейкопенія, лімфоцитоз, збільшення ШОЕ.

Діагноз. Діагностика здійснюється на основі клінічної картини, рентгенологічних і лабораторних даних.

Вторинний кортикальний остеомієліт кісток обличчя дифференціюють від одонтогенного остеомієліту, актиномікозу, туберкулезу цієї ж локалізації.

Лікування таке ж, як при хронічному остеомієліті щелепи.

Ускладнення вторинного кортикального остеомієліту щелепи бувають рідко. Можливі повторні загострення, залучення в процес нових ділянок кістки, поширення гнійного процесу в прилеглі м'які тканини і розвиток абсцесів, рідше — флегмон.

Прогноз сприятливий.

Медіастиніт розвивається на тлі поширених флегмон: дна порожнини рота, навкологлоткового, піднижньощелепного і інших просторів, коли, незважаючи на лікування, що проводиться, запальний процес прогресує, вражає бічні і передні відділи шиї. У інших випадках спостерігається бурхливе і швидке поширення гнійного процесу в глибокі відділи шиї. Розрізняють передні, задні і дифузні медіастиніти.

Медіастиніт виникає внаслідок поширення гнійної інфекції по міжм'язовій і міжфасціальній клітковині з окологлоткового простору по піхві судинно-нервового пучка шиї в переднє середостіння або від дна порожнини рота, кореня язика через природний бар'єр в ділянці під'язикової кістки в клітковинний простір між парієнтальними і вісцеларальними листками ендocerвікальної фасції шиї і уздовж трахеї в переднє середостіння. Гнійний процес, внаслідок поширення уздовж передхребетної фасції, вражає заднє середостіння. Дифузне поширення запального процесу по міжфасціальних щілинах призводить до розвитку тотального гнійного, нерідко гнильно-некротичного медіастиніту.

Нині існує декілька класифікацій медіастинітів, але рекомендується користуватися класифікацією, запропонованою А. А. Вишневським і А. А. Адамяном (1977). Відповідно до цієї класифікації виділяють гострий серозний, гострий гнійний і хронічний медіастиніти.

Клінічна картина медіастиніту характеризується погіршенням загального стану, підвищенням температури тіла до 39 — 40°C і більше, появою і прогресом порушень гемодинаміки і дихання. Хворого турбують мимовільні болі за грудиною, слабкість, погіршення загального стану, запаморочення, кашель, затруднене дихання. Першими симптомами запального процесу є покашлювання, задишка. Потім виникають болі за грудиною, шиї, що посилюються при нахилі або повороті, затруднення при проковтуванні їжі. Загальний стан буває від середньої тяжкості до важкого і агонізуючого. При обстеженні відзначаються вимушене положення хворого — напівлежачи на боці або сидячи з опущеною головою, приведеною до грудини, тахікардія, підвищений або нестійкий тиск. Звертає на себе увагу прискорене поверхнєве дихання. Шкіра холодна, бліда, сіруватого кольору з жовтяничним відтінком, вкрита липким потом; на кінцівках — «мармурові плями», петехіальний висип, в ділянці ін'єкцій — великі гематоми. Нерідко спостерігаються марення, кома. При дослідженні легенів визначається жорстке дихання і тільки у окремих хворих спостерігаються ознаки осередкового або дифузного запалення легенів, а також абсцедування і гангрена легень. Разом з симптомами поширеної флегмони спостерігаються розлита запальна інфільтрація передньої або бічної поверхні шиї з розвитком набряку, гіперемія шкіри передньої поверхні грудної клітки. При медіастиніті з'являється симптом Герке (закидання голови викликає посилення за грудинного болю), іноді — симптом Іванова (посилення болю за грудиною при зміщенні інфільтрату у верхньо-боковому відділі шиї вгору), симптом Равич-Щербо (втягнення тканин при вдиху в ділянці яремної западини) і болі в ділянці середостіння при постукуванні по п'ятах витягнутих ніг.

При рентгенологічному дослідженні (у трьох проекціях — передньозадній, бічній і косій), комп'ютерній томографії визначається збільшення меж середнього середостіння; на 5-8-й день захворювання — випіт в плевральній порожнині. Показники гомеостазу і метаболізму відповідають стадіям гнійно-септичного захворювання — реактивній, токсичній, термінальній. В перших двох стадіях виражений лейкоцитоз, спостерігаються різке зрушення лейкоцитарної формули вліво і збільшення ШОЕ.

Діагностика медіастиніту досить складна. За тривалістю захворювання, наявності загальних і місцевих симптомів доцільно виділяти реактивну, токсичну і термінальну фази контактної медіастиніту (М. А. Губин).

Лікування комплексне, включає передопераційну підготовку, хірургічну санацію гнійних вогнищ, розкриття і дренивання середостіння, післяопераційну терапію.

Хірургічне лікування має бути терміновим. Операції виконують після короточасної передопераційної підготовки, спрямованої на досягнення стійкого стану систем життєзабезпечення шляхом інфузійної терапії. Велике значення мають підвищення пропульсивної діяльності серця, компенсація гіповолемії, корекція водно-сольового обміну, порушень КЩС крові і детоксикація організму. При медіастиніті верхніх і середніх відділів проводять шийну медіастинотомію за Разумовским (у щелепно-лицьових відділеннях багатопрофільних лікарень). При ураженні нижнього відділу заднього середостіння показана шийна медіастинотомія за Насиловим. Шийну медіастинотомію з резекцією мечовидного відростка і наскрізним дренажуванням середостіння виконують при тотальному процесі (у торакальних або загально-хірургічних гнійних відділеннях з подальшим лікуванням в реанімаційних відділеннях). За показаннями обов'язкова ревізія уражених тканин лица і шиї.

Дренажування, промивання, діаліз, відсмоктування ексудату, лікарські речовини застосовують постійно. Загальне лікування — антибактеріальну, дезінтоксикаційну, метаболізуючу, імуностимулюючу терапію, ГБО проводять диференційовано залежно від фази гнійного процесу. Добрі результати дають застосування екстракорпоральної детоксикації — гемосорбції, плазмаферезу і екстракорпоральне підключення донорської селезінки.

Прогноз при ускладненні поширених флегмон медіастинітом завжди серйозний для життя хворого. Розвиток медіастиніту може поєднуватися з сепсисом, що ще більше погіршує прогноз

Тромбофлебіт лицьових вен, тромбоз печеристого синуса, менінгіт, менінгоенцефаліт, абсцес мозку. Поширені флегмони підскроневої і крилоподібно-піднебінної ямок, підочноямкової ділянки, очної ямки, а також дна порожнини рота можуть ускладнюватися тромбозом лицьових вен з подальшим розповсюдженням гнійної інфекції в печеристий синус твердої мозкової оболонки. Це ускладнення часто розвивається при фурункулах, карбункулах лица, гнійних пансинуситах.

Передумовою для розвитку цього ускладнення є анатомічний зв'язок глибоких вен лица, петель крилоподібного венозного сплетіння з венами очної ямки, у тому числі глибокими, і венами твердої мозкової оболонки. Відтік крові з очної ямки відбувається через кутову і лицеvu вени, відгалуження яких пов'язані з дрібними венами лица — носа, щік, верхньою і нижньою венами губ, підборіддя та ін.

Тромбофлебіт лицьових вен характеризується погіршенням загального стану, високою температурою тіла, ознобом і інтоксикацією. На обличчі по за ходом кутової або лицьової вени з'являється болісний інфільтрат, вкритий гіперемійованою, іноді ціанотичною і спаяною з підлеглими тканинами шкірою. Виразений набряк навколишніх тканин, видно розширені підшкірні вени. У деяких хворих спостерігається швидка і часом блискавична течія процесу з розвитком тромбозу печеристої пазухи, менінгіту, менінгоенцефаліту, сепсису.

Тромбоз печеристого синуса твердої мозкової оболонки харак-теризується збільшенням локальних скарг і посиленням головного болю, болів в ділянці чола, погіршенням загального стану, підвищенням інтоксикації. Стан хворого важкий, температура тіла інтермітуючого типу, досягає 40°C, відзначаються різкі озноби. При поширеній флегмоні, карбункулі, синуситі посилюються біль в ділянці очей, хемоз кон'юнктиви, колатеральний набряк тканин очної ямки. Останній переходить на протилежний бік лица. На тлі екзофтальму з'являються офтальмоплегія, гіперемія, застійні явища (знаходять при дослідженні очного дна). Надалі може знижуватися гострота зору аж до часткової або повної втрати його, можлива ригідність м'язів потилиці.

Менінгіт. Менінгоенцефаліт. Абсцес мозку. Подальше розповсюдження інфекції при тромбозі печеристого синуса твердої мозкової оболонки і розвиток менінгіту, менінгоенцефаліту характеризується посиленням головного болю, появою нудоти, блювоти, порушенням свідомості. При обстеженні хворого виявляють позитивні симптоми Керніга, іноді — Бабінського або Оппенгейма. Захворювання має нерідко агресивну течію і може ускладнюватися втратою свідомості, осередковими симптомами, гемодинамічними змінами. При поширених флегмонах лица, поразенні клітковини очної ямки, остеомієліті луски скроневої кістки гнійна інфекція може поширюватися в мозок, що веде до утворення абсцесу.

Лікування комплексне і залежить від стадії захворювання. Інтенсивну інфузійну терапію з включенням антибактеріальних, десенсибілізуючих, дезінтоксикаційних, дегідратаційних, антикоагуляційних лікарських препаратів поєднують з реанімаційними заходами. Застосовують гемосорбцію, плазмаферез, лимфосорбцію, підключення донорської селезінки. В динаміці контролюють лабораторні показники крові, сечі, імунитету, згортаючої системи,

метаболічного обміну, показники систем життєзабезпечення і відповідно коригують лікування.

У хірургічному лікуванні звертають увагу на достатність раніше проведених оперативних втручань, доповнюють його діалізом, відсмоктуванням ексудату, цілеспрямовано підбирають лікарські речовини для місцевої терапії.

Прогноз при поширених флегмонах лица, фурункулах, карбункулах, ускладнених тромбозом печеристого синуса твердої мозкової оболонки, дуже серйозний.

Сепсис. Прогрес гнійно-некротичного запального процесу лица і шиї, поява ускладнень — медіастиніту, тромбозу печеристого синуса твердої мозкової оболонки, менінгіту, менінгоенцефаліту можуть вести до генералізації інфекції і розвитку сепсису. Сепсис як ускладнення одонтогенної інфекції розвивається в термінальній фазі поширених флегмон, при дифузному остеомієліті щелеп, тромбозі вен лица і печеристого синуса твердої мозкової оболонки.

Виділяють наступні стадії сепсису: гнійно-резорбтивною лихоманка, початкову стадію сепсису, септицемію, септикопемію і хронічний сепсис (А. Г. Шаргородский).

У ранніх стадіях сепсис може ускладнюватися септичним (ендотоксичним) шоком, при якому порушуються багато систем життєзабезпечення. У цей період може розвинутися гостра дихальна недостатність, яка характеризується різким погіршенням загального стану, наростанням слабкості, ознобом; почуття занепокоєння змінюється страхом, затемненням свідомості. Посилення головного болю поєднується з нестачею повітря і задишкою (компенсована форма).

Декомпенсована форма дихальної недостатності відрізняється посилюванням течії септичного гнійного процесу: стан у край важкий, свідомість сплутана або відсутня, значна блідість шкірних покривів, ціаноз слизових оболонок, тиск нестійке з тенденцією до зниження, тахікардія до 120 ударів в хвилину.

Хронічний сепсис спостерігається в пізніших стадіях хвороби і характеризується наростанням ознак токсемії, різкою зміною компенсаторних функцій органів і систем життєзабезпечення. У цей період знижується температура тіла, з'являється різка тахікардія, падає тиск виникають гиповентиляційна гіпоксія, анурія. Звичайні зміни згортаючої системи крові, метаболічного обміну змінюються лейкопенією, анемією.

Діагноз ґрунтується на клінічній картині, лабораторних даних (нерідко повторних).

Лікування. Велике значення мають правильне хірургічне лікування і патогенетично обумовлена терапія. Загальне лікування визначається стадією захворювання — реактивною, токсичною, термінальною. Проводять інтенсивну терапію, реанімаційні заходи, за показаннями — гемо— і лимфосорбція, плазмаферез, підключення донорської селезінки.

Прогноз серйозний. У 50% випадків настає смерть.

Принципи лікування запальних процесів щелепно-лицьової ділянки

Хірургічний метод лікування при абсцесах і флегмонах є основним. Необхідно провести первинну хірургічну обробку гнійного вогнища. Лікування хворих з абсцесами проводять амбулаторно. При локалізації гнійного процесу в жувальному м'язі, крилоподібно-нижньощелепному просторі, підскроневої ямці, скроневої ділянці хворих з супутніми захворюваннями старшої вікової групи лікують в умовах стаціонару.

При хірургічному лікуванні слід враховувати стадію клінічного розвитку запального процесу, тривалість патологічних змін і їх характер, індивідуальні особливості організму, а також особливості мікробної флори і її чутливість до антибактеріальних препаратів.

У стадії набряку і серозної інфільтрації (целюліт) хірургічне лікування має бути спрямоване на обмеження зони запальних змін тканин. Воно полягає в розкритті запального інфільтрату, знятті напруги тканин і створенні відтоку з них, проведенні тримекаїнових, лідокаїнових або но-вокаїнових блокад з антибіотиками, ферментами і іншими засобами в ділянці уражених тканин. Одночасно створюють відтік ексудату від зуба консервативними методами або по показанням видаляють його.

У стадії некрозу і гнійного розплавлення тканин проводять первинну хірургічну обробку гнійної рани: розкриття гнійних осередків, некротомію, створюють широкий відтік для ексудату, здійснюють медикаментозний вплив на рану. При створенні відтоку з гнійних осередків використовують різні методи дренивання, різні способи місцевого діалізу, переривчасте або постійне відсмоктування ексудату, промивання, зрошування, пов'язки та ін.

Особлива увага потрібна при хірургічному лікуванні поширених флегмон, особливо гнійно-некротичних, коли первинна обробка гнійних вогнищ доповнюється активною, нерідко неодноразовою некротомією.

При загальній патогенетичній терапії флегмон і абсцесів треба передбачати: 1) боротьбу з інфекцією; 2) підвищення імунно-біологічних властивостей організму, загальнозміцнююча дія на організм; 3) корекцію функцій органів і систем.

Побудова схем лікування абсцесів і флегмон повинна базуватись на функціональному стані організму і на характері запальної реакції (нормергічній, гіперергічній, гіпергічній), місцевих особливостях і локалізації запального осередку. Особлива увага приділяється корекції протиінфекційних захисних реакцій у пацієнтів з первинними або вторинними імунodefіцитними захворюваннями і станами.

Прогноз. При своєчасному і правильному лікуванні флегмон щелепно-лицьової ділянки і шиї прогноз в основному сприятливий. Розвиток ускладнень — медіастиніту, внутрішньочерепних гнійних процесів, сепсису веде до тривалої непрацездатності, інвалідності і нерідко до летального результату.

4. ПЛАН І ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА УЧБОВОГО ЗАНЯТТЯ ПО ДИСЦИПЛІНІ.

№ з/п	Етапи заняття	Розподіл часу	Види контролю	Засоби навчання
1.	Підготовчий етап	15 хв.	Усне опитування за переліком питань. Письмове тестування.	Комп'ютер (ноутбук). Мультимедійні методичні розробки. Анатомічні муляжі. Відео- і фотоматеріали. Електронні довідники.
1.1	Організаційні питання			
1.2	Формування мотивації			
1.3	Контроль початкового рівня підготовки (стандартизовані засоби контролю)			
2.	Основний етап (вказати усі види робіт, які виконують студенти під час цього етапу).	60 хв.	Практичний тренінг. Рішення клінічних завдань. Створення алгоритмів лікарських дій, професійний тренінг.	Рентгенограми, ортопантомограми, томограми. Набір інструментарію. Результати лабораторних, цитологічних і гістологічних досліджень.
3.	Завершальний етап	15 хв.	Тестування. Практичні завдання. Ситуаційні і нетипові завдання. Усне опитування.	
3.1	Контроль кінцевого рівня підготовки			
3.2	Загальна оцінка учбової діяльності студента			
3.3	Інформування студентів про тему наступного заняття			

4.5. Види самостійної роботи студентів.

1. Вивчити такі питання (α=I):

- 1.1. Клінічні прояви флегмон навкологлоткового простору, язика і шиї.
- 1.2. Принципи хірургічного лікування флегмон щелепно-лицьової ділянки і шиї.

2. Тестові завдання з однією правильною відповіддю (α=II):

2.1. Вкажіть симптом характерний для флегмони навкологлоткового простору :

- A. Оніміння нижньої губи на боці ураження.
- B. Парез крайової гілки лицьового нерва.
- C. Зниження зору.
- D. Затруднене ковтання.
- E. Обмеження рухів язика.

(Правильна відповідь: D)

2.2. Осиплість голосу характерна для флегмони:

- A. Крилоподібно-нижньощелепного простору.
- B. Навкологлоткового простору.
- C. Субмасетеріального простору.

D. Піднижньощелепного трикутника.

E. Щелепно-під'язикового жолобка.

(Правильна відповідь: B)

2.3. Поява плям або пухирів на шкірі характерна для флегмони:

A. Навкологлоткового простору.

B. Кореня язика.

C. Гнильно-некротичної флегмони дна порожнини рота.

D. Скроневій ділянці.

E. Щічній ділянці.

(Правильна відповідь: C)

3. Тестові завдання з множинним вибором:

3.1. Вкажіть симптоми характерні для флегмони кореня язика:

A. Невиразна мова.

B. Інфільтрат під кутом нижньої щелепи.

C. Неможливість ковтання.

D. Параліч під'язикового нерва.

E. Різке обмеження рухів язика.

(Правильна відповідь: A, C, E)

3.2. Вкажіть симптоми характерні для флегмони навкологлоткового простору:

A. Виражене зведення щелеп.

B. Затруднене ковтання.

C. Вибухання бічної стінки глотки до середньої лінії.

D. Гіперемія тканин в ділянці крило-нижньощелепної складки.

E. Парез лицьового нерва на боці ураження.

(Правильна відповідь: A, B, C)

3.3. Які з вказаних симптомів зустрічаються при флегмоні дна порожнини рота:

A. Порушення дихання.

B. Осиплість голосу.

C. Порушення ковтання.

D. Різке зведення щелеп.

E. Параліч м'язів м'якого піднебіння.

(Правильна відповідь: A, B, C)

4. Завдання для самоконтролю:

4.1. Пацієнт пред'являє скарги на неможливість ковтання із-за болю, осиплість голосу, ускладнене відкривання рота. При огляді виявлено помірне зведення щелеп, язик набряклий, різко обмежений в рухах (хворий не може висунути язик допереду), відзначається різкий біль при тиску на корінь язика. Яку локалізацію гнійного процесу можна припустити?

(Відповідь: абсцес кореня язика)

4.2. На прийом до лікаря звернувся хворий із скаргами на затруднене відкривання рота, біль при ковтанні, підвищення температури тіла, загальну слабкість. Об'єктивно: температура тіла $38,7^{\circ}\text{C}$, відзначається болючість при пальпації під кутом нижньої щелепи ліворуч, відкривання рота обмежене до 1,5 см Бічна стінка глотки ліворуч набрякла, гіперемійована, вибухає. Який діагноз можна припустити в даному випадку?

(Відповідь: флегмона навкологлоткового простору ліворуч)

4.3. Під час розкриття флегмони дна порожнини рота гною в рані не має, клітковина сіро-зеленого кольору, м'язи некротизовані, сірого кольору. Із стінок рани виділяється рідина з бульбашками газу, кольору м'ясних помиїв з різко смердючим запахом. Якому типу флегмони відповідає така картина?

(Відповідь: гнильно-некротична флегмона дна порожнини рота)

4.6. Перелік індивідуальних завдань. Не передбачено робочою програмою дисципліни.

4.8. Перелік теоретичних питань до підсумкового модульного контролю.

1. Межі навкологлоткового простору.

2. Клініка флегмон навкологлоткового простору.

3. Клініка флегмони кореня язика.

4. Клініка флегмони дна порожнини рота.

5. Особливості клінічного прояву флегмони Жансуля-Людвіга.

6. Ускладнення флегмон дна порожнини рота, шиї і щелепно-лицьової ділянці.

7. Принципи хірургічного лікування флегмон щелепно-лицьової ділянці і шиї.

8. Медикаментозне лікування флегмон щелепно-лицьової ділянки і шиї.

4.9. Перелік практичних завдань і робіт до підсумкового модульного контролю.

1. Провести курацію хворого з флегмоною щелепно-лицьової ділянки або шиї.
2. Скласти схему медикаментозного лікування гнильно-некротичної флегмони дна порожнини рота.

6. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

6. Бернадський Ю.И. Основы хирургической стоматологии. – Киев: «Вища школа», 1984. – 392 с.
7. Тимофеев А.А. Руководство по хирургической стоматологии и черепно-щелепно-лицевой хирургии, К., - 2000.
8. Шаргородский А.Г. Руководство к практическим занятиям по хирургической стоматологии. – М., - Медицина, 1976. – 248 с.
9. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи//Под ред. А.Г.Шаргородского. – М., Медицина, 1985.
10. Кузин М.И., Костюченко Б.М. Раны и раневая инфекция//М., Медицина, 1981.

Додаткова література:

1. Бернадский Ю.И., Заксон М.Л., Козлюк В.И. Особенности клинического течения и лечения флегмон челюстно-лицевой области у лиц пожилого и старческого возраста /VII Всесоюзный съезд стоматологов (Тез. докл.) – М., 1981. – С. 63 – 64.
2. Биберман Я.М., Стародубцев В.С., Шутова А.П. Антисептики в комплексном лечении больных с окологлазничными абсцессами и флегмонами //Стоматология. – 1996, №6. – С. 25-27. Оперативная челюстно-лицевая хирургия. Под ред. Александрова А.М. – М. – 1986.
3. Груздев И.А. Острая одонтогенная инфекция. – М., Медицина, 1978.
4. Муковозов И.Н. Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний челюстно-лицевой области. – Л., Медицина, 1982.
5. Владиченкова Т.Н., Забелин А.С., Локтев Н.И. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи. Учебно-методическое пособие для студентов под ред. проф. А.Г.Шаргородского. Смоленск, 1986.

№ 13. Доброякісні пухлини і кісти слинних залоз. Пластичне усунення слинних норниць. Судинні пухлини і родимі плями. Імунологічна концепція розвитку пухлин.

1. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 1.1. Аналізувати причини виникнення новоутворень слинних залоз.
- 1.2. Пояснювати топографо-анатомічні особливості великих і малих слинних залоз.
- 1.3. Запропонувати план обстеження хворого з підозрою на наявність новоутворення слинної залози.
- 1.4. Класифікувати пухлини слинних залоз.
- 1.5. Трактувати різні варіанти хірургічного лікування пухлин слинних залоз.
- 1.6. Малювати схему топографії лицьового нерва в товщі привушної слиної залози.
- 1.7. Проаналізувати віддалені результати хірургічного лікування змішаних пухлин.
- 1.8. Скласти план лікування хворого з доброякісною пухлиною слинної залози.

2. БАЗОВИЙ РІВЕНЬ ПІДГОТОВКИ.

Назви попередніх дисциплін	Набуті навички
1. Нормальна анатомія.	Знати особливості будови слинних залоз.
2. Патологічна анатомія.	Знати гістологічну будову пухлин.
3. Пропедевтика хірургічної стоматології.	Уміти провести курацію хворого з пухлиною слиної залози.
4. Загальна онкологія.	Скласти план обстеження хворого з онкозахворюванням.

3. ОРГАНІЗАЦІЯ ЗМІСТУ УЧБОВОГО МАТЕРІАЛУ.

ПУХЛИНИ, ОПУХЛИНОПОДІБНІ УРАЖЕННЯ І КІСТИ СЛИННИХ ЗАЛОЗ

Пухлини, пухлиноподібні ураження і кісти слинних залоз складають близько 20% усіх новоутворень лица і щелеп.

Пухлини слинних залоз. За гістогенезом розрізняють епітеліальні і неепітеліальні пухлини слинних залоз. Епітеліальні є органоспецифічними і зустрічаються більш ніж в 98% випадків усіх новоутворень слинних залоз.

Серед епітеліальних пухлин виділяють аденоми — поліморфну (плеоморфну) і монорфну з її різновидами, мукоепідермоїдну пухлину, а також групу карцином-аденокистозну, епідермоїдну,

карциному в поліморфній аденомі. Ці новоутворення локалізуються як у великих, так і в малих слизово-слинних залозах.

Неепітеліальні пухлини складають більше 1,5% усіх пухлин слинних залоз, розвиваються із з'єднувальнотканинних елементів строми залози, судин, нервів. За клініко-морфологічною картиною ідентичні пухлинам м'яких тканин інших локалізацій.

До пухлиноподібних уражень слинних залоз відносять доброякісну лімфоепітеліальне ураження, сіалоз і онкоцитоз.

Діагностика пухлин слинових залоз ґрунтується головним чином на клінічних і (рідко) рентгенологічних даних. Морфологічну верифікацію здійснюють шляхом цитологічного дослідження пунктата пухлини, при сумнівному діагнозі рекомендують тотальну біопсію. Відкриту біопсію великих слинових залоз не застосовують.

У диференціальній діагностиці використовують контрастну сіалографію з йодолиполом або іншими рентгеноконтрастними речовинами. На сіалограмі при доброякісній пухлині виявляється заповнення контрастною масою усіх проток залози різноманітного порядку. Проте в місці локалізації пухлини вони відтіснені на відміну від злоякісного новоутворення, при якому відзначається дефект заповнення проток, і останні виглядають як би обірваними, зрізаними. Крім того, застосовують метод подвійного контрастування — сіалографію з введенням кисню в навколишню клітковину.

Поліморфна аденома (змішана пухлина). Це найбільш поширена доброякісна пухлина, зустрічається в 72% випадків усіх епітеліальних пухлин слинних залоз. За частотою ураження на першому місці стоїть привушна слинна залоза, на другому — слизово-слинні залози піднебіння, потім відповідно піднижньощелепна, під'язикова і малі слинні залози, залози губи, щоки, язика.

Поліморфна аденома росте безболісно, повільно, впродовж декількох років і може досягати великих розмірів. При локалізації аденоми в привушній слинній залозі парезу мимічної мускулатури лица не спостерігається. При обстеженні визначається пухлина в ділянці слинної залози, рухлива, часто з горбистою поверхнею. Консистенція її щільноеластична, іноді з ділянками розм'якшення за рахунок слизоподібного компонента. Шкіра над нею не змінюється, вільно збирається в складку. Функція ураженої залози зазвичай не страждає. Поліморфна аденома має капсулу, але може бути не повністю інкапсульована, тоді пухлинні клітини проникають в прилеглу залозисту тканину. Цим пояснюються рецидиви пухлини після екстракапсулярного видалення. Іноді ріст пухлини значно прискорюється (впродовж 1 місяця), може з'явитися біль. Такі симптоми характерні для малігнізації пухлини; у подібних випадках її трактують як карциному в поліморфній аденомі.

Діагноз пухлини уточнюють цитологічним дослідженням пунктата, який отримують в голці у вигляді крошкообразної белуватої маси.

Макроскопічно поліморфна аденома є пухлиною в тонкій серпанковій капсулі, на розрізі у вигляді кашоподібної маси біло-сірого кольору з ділянками ослизнення і ущільнення.

Мікроскопічно пухлина, окрім вираженої епітеліальної тканини, має у своєму складі мезенхимоподібні ділянки, що складаються з міксоїдних або хрящоподібних структур, наявність яких пояснюють накопиченням мукоїдної або гіалінової речовини між міоепітеліальними клітинами.

Лікування хірургічне. При локалізації пухлини в піднижньощелепній і під'язиковій слинних залозах пухлину видаляють разом із залозою. Пухлини, розташовані на піднебінні, щогі, губах, язика, висікають в межах неуразжених тканин. Особливість операції на привушній слинній залозі пов'язана з розгалуженням лицьового нерва в товщі залози.

Мономорфна аденома. Ця доброякісна пухлина зустрічається в середньому в 7% випадків усіх пухлин слинних залоз. За клініко-рентгенологічною картиною схожа з поліморфною аденомою, проте ріст її повільніший. При пальпації поверхня її гладка, пухлина має виражену капсулу.

Гістологічно структура пухлини однорідна, в її складі на відміну від поліморфної аденоми відсутня мезенхимоподібна тканина. Розрізняють гістологічні різновиди — аденолимфому, оксифільну аденому і інші типи.

При аденолімфомі хворі нерідко відмічають періодичне збільшення або зменшення пухлини, що пов'язано, мабуть, з реакцією лімфоїдного компонента строми пухлини.

Лікування мономорфної аденоми хірургічне. Використовують такі ж оперативні методи, як при поліморфній аденомі. При локалізації в привушній слинній залозі, окрім резекції, іноді застосовують екстракапсулярне видалення пухлини.

Мукоепідермоїдна пухлина. Ця пухлина характеризується місцевим інфільтративним ростом. Часто вражає привушну слинну залозу і малі слизово-слинні залози ретромолярної ділянки і піднебіння. Складає близько 8% усіх пухлин слинних залоз.

Розрізняють високодиференційований і низькодиференційований варіанти пухлини. Високодиференційована мукоепідермоїдна пухлина клінічно протікає як поліморфна аденома, відрізняючись від неї обмеженням рухливості і спаяністю з шкірою. Украй рідко метастазує в регіонарні лімфатичні вузли. Низькодиференційована пухлина має злоякісну течію, але відрізняється від раку порівняно повільним ростом (до 2-3 років), метастазує лімфогенним шляхом.

Макроскопічно пухлина сіро-білого кольору з дрібні порожнинами, заповненими слизом. Мікроскопічно вона характеризується наявністю клітин багат шарового плоского епітелію і клітин, що секретують слиз.

Лікування залежить від варіанту пухлини. При високодиференційованій пухлині застосовують оперативні методи за типом резекції залози, що використовують для поліморфної аденоми. Низькодиференційована пухлина є радіочутливою, лікування її комбіноване — передопераційна променева терапія з подальшим хірургічним висіченням. За показаннями застосовують операції на лімфатичному апараті шиї.

Пухлиноподібні ураження слинних залоз проявляються у вигляді збільшення залоз і дають клінічну картину, схожу з такою при пухлині. Розрізняють доброякісне лімфоепітеліальне ураження, сіалоз і онкоцитоз. При **доброякісному лімфоепітеліальному ураженні** відзначаються припухлість залоз і сухість в порожнині рота. Гістологічно визначається атрофія залозистої паренхіми з лімфоцитарною інфільтрацією. Таке ураження слинних залоз розглядають як реактивне — прояв аутоімунного або ревматоїдного захворювання слинних залоз.

Сіалоз характеризується двостороннім ураженням привушних, рідше піднижньощелепних слинних залоз. При тривалому існуванні сіалоз переходить в ліпоматоз залоз. Гістологічно відзначаються гіпертрофія серозних ацинарних клітин, набряк строми, атрофія протів, відсутність запальної інфільтрації.

При **онкоцитозі** спостерігається дифузне збільшення залоз. Гістологічно визначають так звані онкоцити — клітини, що є результатом вікової зміни залізистого епітелію і протів.

Лікування симптоматичне.

Кісти слинних залоз. Кісти можуть розвиватися у великих і малих слинних залозах. Часто причиною виникнення кісти великої слинної залози є травма однієї з дрібних вивідних проток, а малої залози — травма основної протоки, що веде до рубцювання її і затримки секрету. Вміст, що скупчується, здавлює залізисту паренхіму, внаслідок чого вона атрофується і утворюється порожнина, виповнена рідиною. Кіста спостерігається переважно у осіб молодого і середнього віку. Кісти малих залоз складають 95% уражень цієї локалізації, а великих слинних залоз — 11%. За частотою ураження на першому місці стоїть мала слинна залоза губи, на другому — під'язикова залоза, потім піднижньощелепна і навколоушна залози.

Слизова ретенційна кіста частіше утворюється в малій слизово-слинній залозі нижньої губи, рідше — щоки, переднього відділу дна порожнини рота, нижньої поверхні верхівки язика і піднебіння. Переважна локалізація на нижній губі пов'язана з прикушенням її.

Кіста розташовується під слизовою оболонкою, має вигляд напівкулі з чіткими межами, розміром від 0,5 до 2 см, з блакитнуватим відтінком. Іноді слизова оболонка над нею білястого кольору, що обумовлено наявністю рубцевих змін внаслідок травми. Пальпаторно кіста еластичної консистенції із флюктуацією, безболісна. Прокушування слизової оболонки над кістою може привести до спорожнення її з виділенням прозорої тягучої рідини. При інфікуванні вмісту виникає запалення.

Кіста під'язикової слинної залози (ранула). Ця кіста розташовується, як правило, в переднебоковому відділі дна порожнини рота поблизу вуздечки язика. Клінічно визначається у вигляді овальної форми вибухання, вкритого незміненою слизовою оболонкою або такого, що просвічує блакитнуватим відтінком. Кіста завжди пов'язана інтимно з однією з ділянок або усією під'язиковою слинною залозою. Колишня її назва ранула («жаб'яча пухлина») визначається видом кісти, її подібністю з горловим пухирем жаби. Росте повільно, місяцями, не заподіює болю. Досягши значного розміру порушує мову, утруднює прийом їжі. Іноді кіста може поширюватися за середню лінію дна порожнини рота, зміщуючи язик дозадку або в піднижньощелепну ділянку.

Діагностика кісти під'язикової слинної залози зазвичай складнощів не представляє. Диференціювати її слід від кісти піднижньощелепної слинної залози, дермоїдної кісти і судинних пухлин (лімфангіоми і гемангіоми), що локалізуються на дні порожнини рота.

Лікування. Враховуючи тісний зв'язок кісти з паренхімою залози, проводять повне видалення їх.

Кіста піднижньощелепної слинної залози зустрічається значно рідше, ніж ранула. Розташовується вона в піднижньощелепному трикутнику і є безболісним утворенням м'якої консистенції. Росте повільно, виявляється випадково при виявленні припухлості в піднижньощелепній ділянці.

Діагностика кісти піднижньощелепної слинної залози іноді важка. Для уточнення діагнозу використовують пункцію: отримання слизової рідини жовтуватого кольору дозволяє припустити наявність кісти.

Кісту піднижньощелепної слинної залози диференціюють від лімфангіоми, ліпоми, бічної кісти шиї, дермоїдної кісти.

Для визначення топографії кісти застосовують метод подвійного контрастування: цистографію і сіалографію. Різні проекції рентгенограми дозволяють визначити співвідношення кісти із залозою.

Лікування. Кісту піднижньощелепної слинної залози видаляють разом із залозою.

Кіста привушної слинної залози. Це захворювання, що рідко зустрічається, локалізується в поверхневому і глибокому шарах залози, переважно в нижньому полюсі. Кіста збільшується повільно. Виявляють її часто випадково.

Кіста є обмеженою безболісною припухлістю в привушній ділянці м'якоеластичної консистенції. Шкіра над кістою звичайного кольору, збирається вільно в складку. З протоки залози виділяється незмінена слина. Вмістом кісти є рідина жовтуватого кольору, іноді каламутна, з доміжком слизу. Гістологічно стінки кісти привушної слинної залози не відрізняються від стінок кіст інших слинових залоз.

Кісту привушної слинної залози диференціюють від органоспецифічних пухлин, ліпоми, судинних пухлин залози, а також від бронхіальної кісти, обумовленої патологією першої зябрової щілини.

Лікування полягає у видаленні кісти. Внаслідок тісного зв'язку оболонки кісти з паренхімою привушної залози висікають прилеглий відділ останньої. Складність операції пов'язана з розташуванням гілок лицьового нерва. Оперативний доступ до залози такий же, як при видаленні доброякісних пухлин навколоушної слинної залози.

ПУХЛИНИ І ПУХЛИНОПОДІБНІ УРАЖЕННЯ КРОВОНОСНИХ СУДИН

Судинні утворення зустрічаються найчастіше і складають до 25% усіх пухлин обличчя, органів порожнини рота і шиї і 65% пухлин м'яких тканин. Локалізуються вони переважно на обличчі, викликають косметичні і функціональні порушення органів лица і порожнини рота, іноді призводять до кровотечі.

Гемангіома. Ця доброякісна невідмежована ураження, що складається з кровоносних судин. Походження гемангіом до теперішнього часу остаточно не з'ясоване. Більшість їх відносять до аномалій розвитку кровоносних судин, невелика частина представляє істинну пухлину, проте строго розмежувати їх між собою важко.

Гемангіома частіше є природженою, і у міру розвитку організму відбувається її збільшення. Іноді, розташовуючись в глибині тканин, залишається непоміченою і виявляється в пізні терміни життя.

Гемангіома м'яких тканин щелепно-лицьової ділянки може поєднуватися з поразкою кісток лицьового скелета. Вона може набувати інфільтративного характеру з руйнуванням навколишніх тканин і рідко малігнізується. У дітей впродовж першого року життя природжена гемангіома іноді піддається зворотньому розвитку. Серед гемангіом розрізняють капілярну, кавернозну, венозну, гроноподібну ангіоми і доброякісну гемангіоендотеліому.

Капілярна гемангіома розташовується частіше в щічній і підочній ділянках, рідше — в інших ділянках лица. Клінічно проявляється у вигляді багрової плоскої плями з чіткими межами. При натисканні на неї забарвлення різко блідне, іноді зникає. Гемангіома вражає шкіру і слизову оболонку рота. Може проростати в підлеглі тканині.

Мікроскопічно гемангіома складається з невеликих судинних каналів капілярного типу, що вкриті одним шаром ендотеліальних клітин.

Судинну гемангіому диференціюють від пігментного невуса, колір якого не міняється при натисканні.

Кавернозна гемангіома лица зустрічається частіше за інших і со-ставляет близько 70% усіх гемангіом. Іноді вона має вигляд обмеженого невеликого утворення синюшного кольору, м'якої консистенції. Поширена форма кавернозної гемангіоми займає декілька ділянок, викликає

спотворювання лиця і деформацію органів порожнини рота. Визначається горбиста синьо-багрового кольору пухлина м'якої консистенції, безболісна, в глибині якої можуть промацуватися невеликі щільні включення — ангіоліти, що проєктуються на рентгенограмі. Характерний симптом наповнення: натискання на пухлину веде до зменшення її за рахунок того, що запустіває порожнина, при нахилі голови відзначаються наповнення і збільшення розмірів пухлини. Локалізуючись на язичку, губі, пухлина викликає не лише їх деформацію, але і функціональні розлади у вигляді утруднення жування, зімкнення губ, щелеп і т. д. При травмуванні гемангіоми можливі запалення і кровотеча. З метою визначення розповсюдження гемангіоми застосовують ангіографію, яку виконують в спеціалізованій установі. При пункції гемангіоми отримують кров, що вільно поступає в шприц. При цитологічному дослідженні виявляють елементи периферичної крові. Мікроскопічно кавернозна гемангіома полягає складається з кавернозних судинних структур, що вкриті одним шаром ендотеліальних клітин.

Венозна гемангіома схожа з кавернозною. Морфологічна картина характеризується наявністю переважно венозних судин середнього і великого калібру. Можливе виявлення елементів гладкої мускулатури, фіброзної тканини і жиру.

гроноподібна (гілляста) гемангіома відрізняється від кавернозної наявністю пульсації пухлини. Мікроскопічно вона представлена у вигляді звивистих товстостінних кровонесних судин венозного і артеріального типів. Диференціювати її треба від артеріовенозної аневризми.

Лікування. У клініці хірургічної стоматології застосовують різні методи лікування залежно від виду, розміру і локалізації гемангіоми. Хірургічний метод полягає в висіченні пухлини, прошиванні її, перев'язці судин, що приводять і відводять. Склерозуюча терапія заснована на розвитку асептичного запалення в пухлині, що веде до рубцювання і запустіває судинних порожнин. Для лікування використовують 2% розчин салицилового спирту або (частіше) 70% етиловий спирт. Спирт вводять в пухлинну тканину у кількості 5-90 мл залежно від розміру гемангіоми, він потрапляє в просвіти судин і викликає тромбоз. Після введення спирту накладають пов'язку, що давить. Впродовж подальших 6-8 днів спостерігаються набряк і болісний інфільтрат. Повторне введення спирту проводять не раніше чим через 2 тижні після першої ін'єкції. В результаті лікування пухлина зменшується або повністю рубцюється. Існує спосіб введення спирту і промивання ним кавернозній порожнині за умови затиску пухлини спеціальним інструментом. Нині розробляється методика емболізації судин гемангіоми.

Електрокоагуляцію пухлини роблять за допомогою електрокоагулятора, кращі результати спостерігаються при внутрішньотканевій коагуляції біактивними електродами. Електроди у вигляді двох голок вводять так, щоб невелика гемангіома виявилася між ними. У разі великої пухлини вкол електродів здійснюється за периметром пухлини. При проведенні коагуляції поверхневих гемангіом утворюється струп і відбувається епітелізація, при коагуляції глибоких гемангіом — некроз з асептичним запаленням, що закінчується рубцюванням. Останнім часом широке розповсюдження отримав криовплив рідким азотом. Кріодеструкція може бути здійснена аплікаційним методом і способом «відкритого струменя». При капілярній гемангіомі криодеструкцією досягають поверхневого некрозу II міри відмороження з появою пухирів. Згодом утворюється струп, що відпадає до 10-14-го дня. У разі кавернозної ангіоми потрібно досягнути повного крионекрозу, який відторгається через 2-3 нед, заміщаючись ніжним рубцем.

Для лікування гемангіом використовують вказані методи не лише ізольовано, але і в комбінації.

При капілярній, кавернозній і інших видах гемангіом невеликих розмірів (в межах 1-2 см) показані їх посічення з ушиванням рани, проведення кріодеструкції або електрокоагуляції. При великій капілярній гемангіомі, що спотворює лице, найбільш ефективно хірургічне посічення із заміщенням дефекту вільним шкірним аутоотрансплантатом. Посічення розповсюдженої кавернозної, гроноподібної і інших гемангіом може привести до сильної кровотечі. У цих випадках більш бажана склерозуюча терапія як самостійний метод або в комбінації з подальшим хірургічним втручанням. Іноді перед введенням спирту в гемангіому проводять перев'язку судин, що приводять і відводять.

Окрім описаних методів, для лікування гемангіом використовують променеви терапію.

Системний гемангіоматоз — пухлиноподібне захворювання, при якому спостерігається ураження одного або більше органів і тканин. Сюди відносять хворобу Рандю-Ослера-Вебера, що проявляється у вигляді множинних телеангіоектазій, що кровоточать на слизовій оболонці порожнини рота, шкіри обличчя і інших ділянок, що призводять до гіпохромної анемії.

Л і к у в а н н я симптоматичне. Телеангіоектазії, що кровоточать, коагулюють, іноді висікають.

ПУХЛИНИ І ПУХЛИНОПОДІБНІ УРАЖЕННЯ ЛІМФАТИЧНИХ СУДИН

Новоутворення лімфатичних судин спостерігаються значно рідше, ніж кровоносних. Серед них в м'яких тканинах щелепно-лицьової ділянки розвивається переважно доброякісне утворення — лімфангіома. Системний лімфангіоматоз і лімфангіосаркома відзначаються у край рідко. Захворювання зазвичай природженого характеру, іноді поєднується з гемангіомою.

Лімфангіома. Її підрозділяють на капілярну, кавернозну і кістозну (гіфому). Найбільш поширеною формою є кавернозна лімфангіома. Вона локалізується часто в ділянці щоки, губи, язика, іноді захоплює декілька ділянок і викликає функціональні порушення. Клінічно схожа на гемангіому, проте колір шкірних покривів і слизової оболонки залишається незмінним. Лімфангіома часто запалюється в наслідок травми вкриваючої її слизової оболонки і подальшого інфікування. Поразка губ веде до макрохейлії, макроглосії, при цьому виражена складчастість язика, слизова оболонка його стає зернистою і з пухироподібними виростами. Пальпаторно змінені тканини щільні, болісні у разі приєднання запалення.

При пункції лімфангіоми в голці отримують світлу рідину, іноді мутнувату, часто з домішкою крові.

Лікування хірургічне. Невеликі лімфангіоми видаляють цілком, при великому ураженні проводять поетапний висічення. Лімфангіому губ оперують, як при подвійній губі. При лімфангіомі язика отпрепаровують уражену слизову оболонку у вигляді панчохивисікають лімфангіоматозний підслизовий шар і надлишок слизової оболонки, рану ушивають.

Невус (родима пляма). Це доброякісне утворення розвивається з меланоцитів епідермісу або дерми, буває природженим і набутиим, часто множинним.

Клінічно невус проявляється у вигляді плоского, підведеного, гладкого або бородавчастого безболісного утворення. Він локалізується частіше на шкірі обличчя і шиї, може самостійно зникати, а також малігнізуватись.

Гістологічно розрізняють наступні різновиди невусів: межовий, складний, внутрішньодермальний, епітеліоїдний, внутрішньоклітинний, з балоноподібних клітин, галоневус, велетенський пігментований, інволюційний, блакитний і клітинний блакитний.

Межовий невус зустрічається рідко (до 3,9%) і може переходити в складний. Складний невус має бородавчастий вигляд і іноді містить волосся. Частіше (до 85%) спостерігається внутрішньодермальний невус.

Епітеліоїдний або веретенноклеточний невус (юнацька меланома), — куполоподібне новоутворення на шкірі обличчя, зустрічається рідко (1%), в основному у дітей. Гістологічна картина такого невуса іноді нагадує меланому, хоча являється різновидом складного невуса. Невус з балоноподібних клітин клінічно проявляється у вигляді невеликого темно-коричневого вузлика з обідком еритеми навколо нього.

Галоневус має таку назву внаслідок наявності депігментованого кільця навколо вузлика червоно-коричневого кольору. Звичайно ця утворення не перевищує 0,5 см, можлива його спонтанна інволюція.

Велетенський пігментований невус — природжене утворення, часто вражає лице, волосисту частину голови. Іноді спостерігаються невуси-сателіти. Такі невуси є темно-пігментованими волосатими утвореннями, іноді вузловатими, найчастіше малігнізуються в меланому.

Інволюційний невус (фіброзна папула носа) є результатом фіброзного переродження невуса і являє собою слабопігментоване утворення поблизу крил носа.

Блакитний невус — це утворення у вигляді обмеженого вузла розміром до 1,5 см, колір його відповідає назві. Клітинний блакитний невус дещо схожий з блакитним, проте може досягати розмірів до кількох сантиметрів. Зважаючи на тісніше розташування численних меланоцитів, що визначається мікроскопічно, він має інтенсивне забарвлення, аж до чорного кольору.

Невуси у вигляді плоских пігментованих плям необхідно диференціювати від капілярної гемангіоми. При натисканні на невус зміни його забарвлення не відбувається, гемангіома тимчасово блідне.

Основні ознаки малігнізації невуса: збільшення розміру його і міри пігментації, поява запальної реакції з гіперемією навколо в у вигляді «язика полум'я», кровоточивість, виразка, а також виникнення дочірніх утворень-сателітів навколо пігментованої плями. Малігнізації часто сприяють травмування, інсоляція невуса.

Лікування невуса хірургічне, залежить від його розміру, локалізації і клінічних проявів. Великий невус лица, що веде до естетичних порушень, січуть з одномоментною пластикою

місцевими тканинами або пересадкою вільного шкірного аутотрансплантата або застосовують поетапне посічення.

Невус, навіть невеликих розмірів, що піддається постійній травмі (коміром, окулярами, гребінцем та ін.), видаляють. При появі ознак активізації росту невуса потрібна додаткова радіоізотопна діагностика, яка дозволяє визначити доброякісність або злоякісність процесу. При збереженні доброякісного характеру невуса необхідно провести його посічення, при цьому межі операції мають бути розширені. Останніми роками для лікування невусів стали широко використовувати кріодеструкцію.

4. ПЛАН І ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА УЧБОВОГО ЗАНЯТТЯ ПО ДИСЦИПЛІНІ.

№ з/п	Етапи заняття	Розподіл часу	Види контролю	Засоби навчання
1.	Підготовчий етап	15 хв.	Усне опитування за переліком питань. Письмове тестування.	Комп'ютер (ноутбук). Мультимедійні методичні розробки. Анатомічні муляжі. Відео- і фотоматеріали. Електронні довідники. Рентгенограми, ортопантомограми, томограми. Набір інструментарію. Результати лабораторних, цитологічних і гістологічних досліджень.
1.	Організаційні питання			
1.1	Формування мотивації			
1.2.	Контроль початкового рівня підготовки (стандартизовані засоби контролю)	60 хв.	Практичний тренінг. Рішення клінічних завдань. Створення алгоритмів лікарських дій, професійний тренінг.	
2.	Основний етап (вказати усі види робіт, які виконують студенти під час цього етапу).			
3.	Завершальний етап	15 хв.	Тестування. Практичні завдання. Ситуаційні і нетипові завдання. Усне опитування.	
3.1	Контроль кінцевого рівня підготовки			
3.2	Загальна оцінка учбової діяльності студента			
3.3	Інформування студентів про тему наступного заняття			

4.5. Види самостійної роботи студентів.

1. Вивчити такі питання ($\alpha=I$):

- 1.1. Доброякісні новоутворення слинних залоз. Особливості клінічних проявів.
- 1.2. Судинні пухлини і родимі плями щелепно-лицьової ділянки.

2. Тестові завдання з однією правильною відповіддю ($\alpha=II$):

2.1. Метод лікування слинної нориці, який полягає в посіченні норицевого ходу і накладенні на підшкірну клітковину кисетного шва, - це метод:

- A. Лімберга.
- B. Сапожкова.
- C. Васильєва.
- D. Ентина.
- E. Клементова.

(Правильна відповідь: B)

2.2. Метод пластичного відновлення вивідної протоки привушної слинної залози при повній слинній нориці - це метод:

- A. Лімберга.
- B. Сапожкова.
- C. Васильєва.
- D. Ентина.
- E. Клементова.

(Правильна відповідь: C)

2.3. Ретенційна кіста під'язикової слинової залози називається:

- A. Папула.

- В. Пустула.
- С. Фістула.
- Д. Ранула.
- Е. Везикула.

(Правильна відповідь: D)

3. Тестові завдання з множинним вибором:

3.1. Які з приведених клінічних ознак не характерні для мономорфної аденоми привушної слинної залози:

- А. Болючість.
- В. Повільний ріст.
- С. Чіткі межі.
- Д. Параліч лицьового нерва.
- Е. Спаяність верхнього полюса пухлини з шкірою.

(Правильна відповідь: А, D, E)

3.2. Вкажіть клінічні ознаки властиві кавернозній гемангіомі лица:

- А. Тверда консистенція.
- В. Синюшно-багрове забарвлення.
- С. Різка болючість.
- Д. Збільшення в розмірах при нахилі голови вниз.
- Е. Відчуття крепітації при пальпації пухлини.

(Правильна відповідь: В, D)

3.3. Вкажіть ознаки характерні для капілярної гемангіоми:

- А. Горбиста поверхня.
- В. Осередок на шкірі обличчя у вигляді плями, забарвленої в червоні тони.
- С. При натисненні пальцем не міняє кольору.
- Д. Чіткі межі плями.
- Е. Болючість при пальпації.

(Правильна відповідь: В, D)

4. Завдання для самоконтролю:

4.1. При огляді у пацієнта на шкірі щоки виявлено яскраво-червоного забарвлення пляма з чіткими межами. Тканини в ділянці плями м'які, безболісні. При натисканні пальцем забарвлення плями різко блідне. Із слів пацієнта пляма існує з дитинства, повільно збільшуючись в розмірах. Про яке захворювання йде мова в даному випадку?

(Відповідь: капілярна гемангіома щоки)

4.2. На прийом до лікаря звернулася пацієнтка літнього віку із скаргами на асиметрію лица. При об'єктивному огляді виявлено новоутворення що заповнює ліву зачелюстную ямку. Утворення представлене малорухомим, безболісним вузлом 2х3 см з горбистою поверхнею, чіткими межами. Утворення щільної консистенції, покрито незміненою шкірою. При огляді порожнини рота виявлено вибухання бічної стінки глотки ліворуч. Із слів пацієнтки, вузол існує більше року, останнім часом став збільшуватися в розмірах. Який попередній діагноз найбільш вірогідний?

(Відповідь: поліморфна аденома лівої привушної слинної залози)

4.3. Пацієнт скаржиться на наявність нориці на шкірі щоки справа з виділеннями, що посилюються при прийомі їжі. Нориця утворився після ножового поранення щічної ділянки кілька тижнів тому. При об'єктивному огляді на шкірі щічної ділянки справа визначається свіжий рубець неправильної форми з крапкоподібним норицевим ходом і мізерним прозорим в'язким відокремлюваним. При зондуванні нориці сполучення з порожниною рота не виявлене. При масажі привушної слинної залози, слина з гирла протоки не виділяється, але різко посилюється відділення з норицевого ходу. Який тип слинної нориці має місце у цього хворого?

(Відповідь: повна зовнішня нориця вивідної протоки привушної залози)

4.6. Перелік індивідуальних завдань. Не передбачено програмою дисципліни.

4.8. Перелік теоретичних питань до підсумкового модульного контролю.

1. Класифікація доброякісних пухлин слинних залоз.
2. Клінічні прояви доброякісних пухлин слинних залоз.
3. Діагностика і лікування доброякісних пухлин слинних залоз.
4. Класифікація, клініка, лікування нориць слинної залози.
5. Класифікація судинних пухлин.
6. Клініка і діагностика судинних пухлин щелепно-лицьової ділянки.

7. Лікування судинних пухлин щелепно-лицьової ділянки.

8. Імунологічна концепція розвитку пухлин.

4.9. Перелік практичних завдань і робіт до підсумкового модульного контролю. Провести курацію хворого з доброякісним новоутворенням слинної залози.

6. ЛИТЕРАТУРА:

Основна література:

11.Бернадський Ю.И. Основы хирургической стоматологии. – Киев: «Вища школа», 1984. – 392 с.

12.Тимофеев А.А. Руководство по хирургической стоматологии и черепно-щелепно-лицевой хирургии, К., - 2000.

13.Шаргородский А.Г. Руководство к практическим занятиям по хирургической стоматологии. – М., - Медицина, 1976. – 248 с.

14.Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи//Под ред. А.Г.Шаргородского. – М., Медицина, 1985.

15.Кузин М.И., Костюченко Б.М. Раны и раневая инфекция//М., Медицина, 1981.

Додаткова література:

1. Бернадский Ю.И., Заксон М.Л., Козлюк В.И. Особенности клинического течения и лечения флегмон челюстно-лицевой области у лиц пожилого и старческого возраста /VII Всесоюзный съезд стоматологов (Тез. докл.) – М., 1981. – С. 63 – 64.

2. Биберман Я.М., Стародубцев В.С., Шутова А.П. Антисептики в комплексном лечении больных с окологлазными абсцессами и флегмонами //Стоматология. – 1996, №6. – С. 25-27.Оперативная челюстно-лицевая хирургия. Под ред. Александрова А.М. – М. – 1986.

3. Груздев И.А. Острая одонтогенная инфекция. – М., Медицина, 1978.

4.Муковозов И.Н. Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний челюстно-лицевой области. – Л., Медицина, 1982.

5.Владиченкова Т.Н., Забелин А.С., Локтев Н.И. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи. Учебно-методическое пособие для студентов под ред. проф. А.Г.Шаргородского. Смоленск, 1986.

№ 14. Доброякісні пухлини та пухлиноподібні новоутворення м'яких тканин ЩЛД (папілома, фіброма, ліпома, гемангіома, атерома, нейрофіброматоз, дермоїдна та епідермальна кіста, кіста шиї серединна та бічна, брахіогенні кісти і нориці): етіологія, патогенез, класифікація, гістологічна будова, клініка, диференційна діагностика, лікування та профілактика ускладнень.

1. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

1.1. Аналізувати результати клінічних обстежень хворих з доброякісними пухлинами та пухлиноподібними новоутвореннями м'яких тканин ЩЛД Пояснювати результати додаткових досліджень.

1.2. Запропонувати плани лікування хворих з доброякісними пухлинами та пухлиноподібними новоутвореннями м'яких тканин ЩЛД.

1.3. Класифікувати доброякісні пухлини та пухлиноподібні новоутворення м'яких тканин ЩЛД.

1.4. Трактувати етіологію та клінічні прояви доброякісних пухлин та пухлиноподібних новоутворення м'яких тканин ЩЛД.

1.5. Проаналізувати основні принципи діагностики та лікування цих хвороб.

1.6. Скласти план діагностики та диференційної діагностики, доброякісних пухлин та пухлиноподібних новоутворень м'яких тканин ЩЛД. Провести курацію хворого, встановити діагноз, провести диференційну діагностику, скласти план обстеження та лікування хворого з доброякісними пухлинами та пухлиноподібними новоутвореннями м'яких тканин ЩЛД.

2.БАЗОВИЙ РІВЕНЬ ПІДГОТОВКИ.

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
Топографічна анатомія.	Визначити топографо-анатомічну ділянку розташування дефекту.
2. Гістологія.	Знати гістологічну побудову шкіри та слизової оболонки порожнини рота.
3. Пропедевтика хірургічної	Вміти провести курацію хворого з доброякісними

стоматології.	пухлинами та пухлиноподібними новоутвореннями м'яких тканин ЩЛД
4. Загальна хірургія.	Вміти здійснити інфільтраційну анестезію шкіри, підготовку операційного поля.

3. ОРГАНІЗАЦІЯ ЗМІСТУ НАВЧАЛЬНОГО МАТЕРІАЛУ.

Папілома. Розвивається з покривного епітелію. Розвивається з покривного епітелію. Папіломи діагностуються як солітарні (поодинокі) та множинні (папіломатоз). Приблизно у 20% випадках у хворих папіломи малігнізуються. Папіломи локалізуються на різних ділянках обличчя. Їхня клінічна симптоматика різноманітна: на тонкій або товстій ніжці, округлої або овальної форми, поверхня гладенька або зморшкувата з сосочкових розростань із зроговівшим або незроговівшим епітелієм, різних розмірів (0,5-2,0). Наявність множинних папілом визначають, як папіломатоз. Папіломи з гіперкератозними змінами часто стають злоякісними.

Локалізується на шкірі, губах, слизових оболонках порожнини рота та язика.

Лікування. Видалення хірургічним шляхом.

Профілактичні заходи. Уникати травматизації

Атерома – це ретенційна киста сальної залози шкіри, яка утворюється після закупорки вивідної протоки залози. Частіше всього це має місце при травматичному пошкодженні шкіри під час гоління, видавлювання вугрів та ін. Атероми частіше поодинокі але можуть бути і множинні (атероматоз). Ростуть повільно та безболісно, спостерігаються в будь-якій ділянці шкіри обличчя та голови. Клінічно атерома має кулеподібну форму, шкіра над нею не змінена в кольорі, рухома. Тільки в одному місці шкіра зрощена з оболонкою кісти, а саме в ділянці гирла вивідної протоки сальної залози. Тут, якщо спробувати зібрати шкіру в складку, спостерігається симптом «лимонної кірки». Атерома рухома, безболісна при пальпації, має щільно-еластичну консистенцію, поверхня її гладка, межі чіткі. Розмір від декількох міліметрів до декількох сантиметрів в діаметрі.

Атероми досить часто нагноюються. В таких випадках вона втрачає рухомість, шкіра над нею червоніє, виникає набряк оточуючих тканин, формується абсцес. Капсула атероми сформована із сполучної тканини, всередині вкрита плоским епітелієм.

Лікування атероми хірургічне, полягає в видаленні капсули разом зі смужкою шкіри, що зрощена з верхнім полюсом кісти. У випадку нагноєння атероми її лікують як звичайний абсцес, а оболонку видаляють після повної ліквідації проявів запалення.

Фіброма – доброякісна пухлина, яка розвивається з волокнистої сполученої тканини. Може локалізуватись як на шкірі будь-якої ділянки голови та шиї, так і в порожнині рота на слизовій оболонці.

Розрізняють фіброму тверду (не містить жирової тканини) та м'яку (містить в собі елементи жирової тканини).

Фіброма шкіри уявляє собою безболісне утворення щільно-еластичної або м'якої консистенції, що розташоване в товщі шкіри або виступає над її поверхнею у вигляді півкулі. Вона обмежено рухома, має широку основу та колір нормальної шкіри (може бути рожевого або коричневого кольору). Поверхня фіброми буває гладкою (тверда фіброма) або у зморжках (м'яка фіброма).

М'яка фіброма, що має тонку ніжку та ковбасоподібну форму носить назву фібропапілома.

Фіброма може бути розташована і в товщі м'яких тканин у вигляді вузла з чіткими межами, що має капсулу.

Різновидом фіброми є гістіоцитома (дерматофіброма), яка містить в собі фібробласти, фіброцити та гістіоцити, а також десмоїдна фіброма (десмоїд). Обидві форми схильні до інфільтруючого росту.

В порожнині рота фіброма локалізується частіше на слизовій оболонці щік, альвеолярного відростка та язика. Зустрічається симетричне розташування фіброми у вигляді веретеноподібних утворень з язикового або піднебінного боку альвеолярного відростка – так звана симетрична фіброма.

Фіброматоз ясен – це розростання ясен від ясеневого краю до рівня перехідної складки у вигляді дифузного потовщення ясен або у вигляді дольок в ділянці декількох зубів, іноді на протязі всього альвеолярного відростка. Розростання можуть бути м'якими або щільними, безболісні.

Ліпома – доброякісна пухлина, що розвивається зі зрілої жирової тканини. Локалізується в різних ділянках обличчя та шиї. Клінічна картина залежить від глибини залягання пухлини. Поверхнево розташована ліпома звичайно виглядає як вузол з досить чіткими межами, або як дифузне потовщення без чітких меж. Шкіра над нею незмінена, росте ліпома повільно, може бути м'якою або щільною в залежності від співвідношення жирової та фіброзної тканини. При пальпації безболісна

має дольчасту поверхню. Ліпома має тонку капсулу. Рухомість ліпоми залежить від глибини її залягання.

Іноді спостерігається дифузне розростання жирової тканини на шиї у вигляді фартуха – хвороба Маделунга або ліпоматоз шиї.

Ліпома здатна перероджуватись у злоякісну пухлину – ліпосаркому.

Лікування ліпоми хірургічне, нерідко пов'язане з технічними труднощами (в разі розповсюдження пухлини по міжм'язовим та міжфасціальним просторам).

ОСНОВНІ ТИПИ ГЕМАНГІОМ

Капілярні	Гіллясті	Кавернозні	Змішані	Комбіновані
Локалізація: на слизовій оболонці порожнини рота, на шкірі обличчя.	У ЩЛД локалізується вкрай рідко.	Локалізація: м'які тканини обличчя, язик, слизова оболонка порожнини рота, шия, щелепи.	Поєднання капілярних, гіллястих та кавернозних гемангіом.	Ангіофіброма, ангіоліпома, нейроангіома, ангіоміома та ін.
Капілярні	Гіллясті	Кавернозні		
Клініка: плаский, плямистий, рожево-червона або синюшно-багрова ділянка тканин, позитивний симптом «надавлювання»	Складаються з артеріальних судин, пульсує, вислуховується систолічний шум (артеріовенозні анастомози), збільшення при нахилі голови вниз	Клініка: ознака «стискання» та «наливання» може мати капсулу, наявність флеболітів		

Диференційна діагностика:

аневризми, лімфангіома, невус, меланома, лімфосаркома

Методи лікування:

Диспансерне спостереження, оперативне, емболізація, електрокоагуляція, кріодеструкція, променева терапія, склерозуюча терапія, системна терапія гормональними препаратами та ін.

Гемангіоми та гемангіоендотеліома належать до неостеогенних пухлин щелеп.

Ізольовані гемангіоми щелеп зустрічаються порівняно рідко. Частіше має місце поєднання гемангіоми м'яких тканин обличчя або порожнини рота з гемангіомою щелепи. У таких випадках слизова оболонка ясен та піднебіння буває ярко-червоного або синьо-багрового кольору, що полегшує встановлення діагнозу.

Значно складніше встановити діагноз гемангіоми щелепи у тих випадках, коли оточуючі м'які тканини не втягнуті в ураження. Такі ізольовані гемангіоми щелеп можуть проявлятися підвищеною «безпричинною» кровоточивістю ясен; при лікуванні пульпітів та періодонтитів виникає упорна кровоточивість з корневих каналів. Серйозним ускладненням є значна артеріальна кровотеча з гемангіоми щелепи у тому випадку, коли встановлений неправильний діагноз (остеобластокластома, остеодисплазія, остеофіброма та ін.) та проводиться біопсія або видалення розташованого в зоні гемангіоми значно рухомого зуба. Така раптово виникаюча кровотеча може виявитися смертельною, особливо у випадку виникнення її в умовах поліклініки, на прийомі у недосвідченого лікаря. Однак найчастіше хворі з гемангіомою щелепи звертаються в клініку з приводу підвищеної кровоточивості з ясен або з каналу зуба.

Клініка

Клініка залежить від локалізації, ступеню розповсюженості пухлини та її гістологічної будови. Гемангіома щелепи може бути обмеженою та розповсюдженою, капілярною та кавернозною. Розповсюджуючись на кортикальну частину щелепи, вона може обумовити симптом флюктуації, потоншивши або повністю зруйнувавши на певній ділянці спонгіозну та кортикальну тканину щелепи. При цьому можливе руйнування альвеолярного відростку та пов'язане з цим прогресивне посилення симптому рухливості зубів, здуття кістки, у зв'язку з чим хворий може звернутися до лікаря з проханням видалити зуб або навіть групу зубів.

Проростаючи з окістя в слизову оболонку ясен, гемангіома щелепи стає помітною по своїй синюшній забарвленості; зуби при цьому ледь тримаються у м'яких тканинах. У таких випадках хворі звертаються до лікаря з приводу упорних кровотеч з ясен, які неодноразово повторюються, з порожнини зруйнованого зуба або з носа. Значної асиметрії обличчя при гемангіомі зазвичай не виявляється, тому надмірного руйнування щелепи не відбувається.

На рентгенограмі гемангіома щелепи проявляється здуттям кістки, дрібно- або середино-ніздрюватий рисунок, інколи мають місце періостальні нашарування.

Патологічна анатомія. Внутрішньокісткові гемангіоми щелеп бувають, як правило, кавернозними, гіллястими або поєднуються з капілярними. Рідше вони являють собою сплетення гіллястих аневризм або сплетення розширених крупних судин. В ще більш рідких випадках гістологічна картина являє собою переважно капілярну форму гемангіоми.

Діагноз

Діагностика гемангіом щелеп складна, особливо тоді, коли відсутні скарги на кровоточивість ясен і пухлина не наблизилась до слизової оболонки ясен. У таких випадках необхідно диференціювати гемангіому від остеобластокластоми, адамантиноми, міксому. Пункція гемангіоми майже завжди є достатнім орієнтиром. Однак відсутність крові в шприці ще не дає повного підґрунтя виключити діагноз гемангіоми. Тому у такому випадку слід повторити пункцію з іншого полюсу пухлини, а отриманий пунктат при першій пункції піддати цитологічному дослідженню.

Великою допомогою у сумнівних випадках є біопсія. Однак, вирішивши взяти кусочок підозрілої гемангіоми, хірург має бути готовим до того, що під час біопсії можлива сильна кровотеча, яку необхідно буде терміново зупинити та провести поповнення крововтрати.

Багато до хірургічного втручання провести ангіографію лицевого скелета, завдяки якій можна встановити джерело гемангіоми, а також обширність її розповсюдження до основи черепа (при локалізації на верхній щелепі). Ангіографію повинен проводити спеціально підготований лікар-рентгенолог. Отже, слід підкреслити, що кожний хворий з гемангіомою обличчя має бути ретельно обстежений для виявлення в нього гемангіоми щелепи. Раннє виявлення її сприяє ранньому застосуванню консервативних способів лікування.

Лікування

Невеликі кісткові гемангіоми можна ліквідувати повторними ін'єкціями в пухлину 1-2 мл 95% етилового спирту або 2% розчину саліцилової кислоти на 80% спирті, розчину хініну гідрохлориду з уретаном та ін. Останній розчин виписують за прописью: уретану – 6,5, хініну гідрохлориду – 12,5, дистильованої води – 100мл. Кількість хінінуретанового розчину, що одноразово вводиться від 3 до 5 мл. Вводять його з інтервалами в 3-5 днів до 12-20 разів (залежно від розмірів пухлини).

У наслідок введення склерозуючих розчинів відбувається згортання крові в порожнинах гемангіоми, фібротизація та запусніння їх.

Значні гемангіоми щелеп зазвичай підлягають хірургічному лікуванню. Якщо гемангіома локалізується на верхній щелепі, проводять її резекцію. При локалізації гемангіоми в товщі тіла нижньої щелепи можна провести (екстраоральний доступ) резекцію зовнішньої кортикальної пластинки щелепи, при цьому широко розкрити гемангіому, перев'язати судини, які приводять до неї кров, затампонувати дно кісткової рани клаптом жувального м'язу. Після цього зовнішню рану сполучити з порожниною рота (шляхом розрізу по перехідній складці), на зовнішню рану накласти пошарові шви, а з боку порожнини рота рану тампонувати йодоформною марлею на 7-10 днів. Ще до початку операції необхідно в гемостатичних цілях провести двобічну перев'язку зовнішніх сонних артерій, а під час операції стежити за адекватним поповненням крововтрати. За наявності протипоказань до операції необхідно провести курс глибокої рентгенотерапії.

Прогноз сприятливий лише за умови раннього виявлення та лікування гемангіоми в щелепі. В протилежному випадку можливі переломи кістки, значні профузні кровотечі.

Нейрофіброматоз (хвороба Реклінгхаузена). Це природжене системне утворення, що характеризується симптомокомплексом у вигляді деформації скелета, наявності на тілі плям кавового кольору і спотворювання обличчя. Останнє обумовлене розростанням периферичних нервових волокон і фіброзної тканини, що веде до надлишку шкіри і підшкірної клітковини, з втратою тургора і відвисанню їх. Часто спостерігається одностороннє ураження голови, обличчя і шиї, при цьому збільшується і зміщується вниз разом з усіма тканинами вушна раковина. При пальпації ураженої тканини відзначаються біль і наявність в глибині щільних тяжів, що нагадують вермішель.

Лікування полягає в поетапному висіченні уражених тканин. Проводять його з метою усунення спотворювання обличчя.

Епідермальна кіста. Ця кіста відноситься до групи кератинових кіст. Раніше вона описувалася під назвою атероми. Епідермальна кіста найчастіше локалізується на шкірі обличчя, шиї, волосистій частині голови. Буває одиничною або множинною, нерідко виникненню передують аспе vulgaris. Утворення кісти пов'язано із закупоркою вивідних отворів фолікулів сальної залози. Вона поволі збільшується унаслідок накопичення кератину, який продукує оболонка.

Клінічно кіста виявляється у вигляді обмеженої округло-овального утворення. Розташовується під епідермісом і тісно з ним спаяна у області вивідної протоки сальної залози. Шкіра над кістою іноді стає синюшного відтінку і розтягується при великих її розмірах. Пальпаторно кіста еластичної консистенції, безболісна. Вміст її представляє характерну кашкоподібну масу білого кольору. Кіста часто нагноювалася, при цьому з'являється біль, вона збільшується, навколишні тканини набряклі і гіперемовані.

Мікроскопічно епідермальна кіста вислана багат шаровим плоским епітелієм і заповнена шарами кератину.

Лікування. Кісту видаляють з капсулою, при цьому необхідно висікати двома напівовальними розрізами, що сходяться між собою, ділянку шкіри, зпаяну з кістою.

Дермоїдна кіста. Утворюється в результаті вади розвитку і формування обличчя в місцях зрощення у ембріона лобового, верхньощелепних і нижньощелепних горбів. Звичайно розташовується в області підпідборіддя, на дні порожнини рота, біля кореня і крил носа, внутрішнього і зовнішнього країв очної ямки, частіше зустрічається у молодих осіб.

Дермоїдна кіста є порожнинним утворенням з товстою шкірястою оболонкою, заповненою кашкоподібною масою брудно-білого кольору знеприємним запахом. Вміст кісти складається із злушеного епідермісу, продуктів виділення сальних, потових залоз і волосяних фолікул, іноді з наявністю волосся.

При огляді відмічається пухлиноподібне утворення округлої форми з чіткими межами безболісне, не зпаяне з шкірою або слизистою оболонкою. Розташовуючись на дні порожнини рота, воно визначається строго по середній лінії над щелепно-під'язиковим м'язом і просвічує жовтуватим кольором. Кіста великого розміру відтісняє догори язик, стають утрудненими мова і прийом їжі.

Гістологічно оболонка кісти містить елементи шкіри, включаючи епідермальне вистилання, волосяні фолікули і сальні, потові залози.

Лікування полягає у видаленні кісти з капсулою. При розташуванні кісти над щелепно-під'язиковим м'язом проводять операцію внутрішньоротовим підходом. Кісту в області підпідборіддя видаляють через зовнішній розріз.

кісти і свищі обличчя і шиї. Серед них розрізняють бранхіальні (від грец. Brancha — зябра) і тіреоглосальні кісти і свищі. Виникнення бранхіальної кісти і свища пов'язано з аномалією розвитку 1-ої і 2-ої зябрових щілин і дуг. Тіреоглосальна кіста і свищ утворюються унаслідок неповної редукції у ембріона щитовидно-язичної протоки кісти і свищі зустрічаються порівняно рідко і, за нашими даними, складають близько 5% всіх новоутворень щелепно-лицевої ділянки. Аномалія зябрових щілин спостерігається частіше тіреоглосальної аномалії (відповідно 61 і 39% випадків).

В кісти і свищі зустрічаються в основному у дітей і осіб молодого віку. Клінічний перебіг бранхіальних і тіреоглосальних кіст і свищів схожий, протевони мають свої характерні особливості, обумовлені локалізацією.

Кіста збільшується, протягом декількох років. Визначається у вигляді безболісного обмеженого утворення округлої або овальної форми, еластичної консистенції, не зпаяного шкірою. Кісту виявляють випадково або при виникненні запалення. У разі приєднання специфічної мікрофлори (мікобактерії туберкульозу, актиноміцети) діагностика затруднена.

Бранхіальні кісти і свищі. При патології 1-ої зябрової щілини виникають кіста або свищ привушної області, пов'язані із зовнішнім слуховим проходом і вушною раковиною. Аномалія розвитку 2-ої зябрової щілини веде до формування бічної кісти або свища шиї. Бранхіальні кісти і свищі привушної ділянки зустрічаються значно рідше за бічні кісти і свищі шиї (відповідно в 11 і 89% випадків).

Бронхіальний свищ з вивідним отвором, розташованим на шкірі попереду основи завитка вушної раковини, називають попередушним. Часто він буває двостороннім, відмічається роль спадкового чинника в його походженні.

Бічна кіста і свищ шиї. Кіста є порожниною з рідким вмістом і порівняно тонкою оболонкою. Вона має типову локалізацію, розташовується в середній третині шиї попереду кивального м'яза, на судинно-нервовому пучку, безпосередньо примикаючи до внутрішньої яремної вени, з шкірою не спаяна. Особливо добре контурується при повороті голови хворого в протилежну сторону. Вміст кісти є каламутною рідиною жовтуватого кольору при цитологічному дослідженні якої визначається

оксифільна дрібнозерниста маса з елементами багатошарового плоского епітелію і значною кількістю лімфоцитів.

Мікроскопічно стінка кісти вислана багатошаровим плоским епітелієм.

Діагностика бічної кісти ґрунтується на анамнестичних і клінічних даних. Отримання при пункції великої кількості характерного вмісту (5—30 мл і більш) і дані цитологічного дослідження дозволяють підтвердити діагноз бічної кісти

Бічний свищ шиї буває одностороннім і рідко двостороннім. Виявляється в одних випадках при народженні дитини, в інших випадках є результатом розтину нагниваючої бічної кісти шиї. Зовнішнє гирло свища розташовується на шкірі бічної поверхні шиї відповідно переднього краю кивального м'яза.

Клінічно зовнішнє гирло свища може бути точковим або розширеним з вибухаючою грануляцією, іноді покритим мокнучими. Визначається гіперпігментація і мацерація шкіри навколо свища, з якого постійно виділяється в незначній кількості жовтувата тягуча рідина. У разі повного бічного свища хворі часто указують в анамнезі на рецидивуючу односторонню ангіну, при огляді визначають збільшення мигдалини відповідної сторони.

Бічний свищ шиї потрібно диференціювати від серединного тіреоглосального свища, зовнішнє гирло якого іноді зміщено убік від середньої лінії, і специфічного запального процесу.

Мікроскопічна картина вистилання свища відповідає будові стінки бічної кісти шиї.

Тіреоглосальна кіста і свищ мають типову локалізацію по середній лінії шиї, у зв'язку з чим їх називають також серединними.

Тіреоглосальна кіста розташовується по середній лінії шиї в під- або надпід'язиковій області і в корені язика. При локалізації на шиї визначається обмежена рухливість кісти і спаяність її з тілом під'язикової кістки, яка чітко виявляється при ковтанні. При кісті кореня язика останній підведений, відмічається порушення мови і утруднення ковтання.

Вміст тіреоглосальної кісти представляє каламутну жовтувату тягучу рідину. Цитологічним дослідженням встановлено наявність клітин багатошарового плоского епітелію і лімфоїдних елементів. Епітелій оболонки кісти, як і вистилання серединного свища, має ендодермальне походження.

Тіреоглосальний свищ виникає, як правило, після мимовільного або оперативного розтину серединної кісти шиї. Зовнішнє гирло свища розташовується на шкірі по середній лінії шиї, переважно між під'язиковою кісткою і щитовидним хрящем. При повному свищі внутрішнє гирло розташовується у області *foramen coecum*.

Тіреоглосальний свищ проходить по середній лінії шиї, пробиває тіло під'язикової кістки і під кутом 40—45° прямує до сліпого отвору язика. Пальпаторно свищевий хід, так само як і серединна кіста шиї, завжди пов'язаний з тілом під'язикової кістки. Визначають це таким чином. Утримуючи пальцями свищ або кісту, просять хворого проковтнути слину, при цьому зсув разом з під'язиковою кісткою фіксованих утворень говорить про наявність тіреоглосального свища або кісти.

Диференціальну діагностику серединної кісти і свища проводять із специфічним запальним процесом, лімфаденітом, дермоїдною кістою, із струмою язика або аденомою дистопованої щитовидної залози.

Лікування. Хірургічним шляхом.

4.ПЛАН І ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА НАВЧАЛЬНОГО ЗАНЯТТЯ З ДИСЦИПЛІНИ.

№ з/п	Етапи заняття	Розподіл часу	Види контролю	Засоби навчання
1.	Підготовчий етап	15 хв.	Усне опитування за переліком питань. Письмове тестування.	Комп'ютер (ноутбук). Мультимедійні методичні розробки. Анатомічні муляжі. Відео- та фотоматеріали. Електронні довідники. Рентгенограми, ортопантомограми, томограми. Набір інструментарію. Результати лабораторних, цитологічних та гістологічних досліджень.
1.1	Організаційні питання			
1.2	Формування мотивації			
1.3	Контроль початкового рівня підготовки (стандартизовані засоби контролю)			
2.	Основний етап (вказати всі види робіт, які виконують студенти під час цього етапу).	60 хв.	Практичний тренінг. Вирішення клінічних задач. Створення алгоритмів лікарських дій, професійний тренінг.	
3.	Заключний етап		Тестування.	

3.1	Контроль кінцевого рівня підготовки	15 хв.	Практичні завдання. Ситуаційні та нетипові задачі. Усне опитування.	
3.2	Загальна оцінка навчальної діяльності студента			
3.3	Інформування студентів про тему наступного заняття			

4.5. Види самостійної роботи студентів.

1. Вивчити такі питання ($\alpha=I$):

- 1.1. Що таке доброякісні пухлини?
- 1.2. Що таке пухлиноподібні новоутворення?
- 1.3. Перелічити фактори, які сприяють виникненню доброякісних пухлин та пухлиноподібних новоутворень м'яких тканин ЩЛД.
- 1.4. Навести класифікацію доброякісних пухлин та пухлиноподібних новоутворень м'яких тканин ЩЛД.
- 1.5. Описати клінічну картину доброякісних пухлин та пухлиноподібних новоутворень м'яких тканин ЩЛД.
- 1.6. Гістологічні особливості, етіологія при доброякісних пухлинах та пухлиноподібних новоутворень м'яких тканин ЩЛД.
- 1.7. Методи діагностики, додаткові методи дослідження при підозрі на доброякісні пухлини та пухлиноподібні новоутворення м'яких тканин ЩЛД.
- 1.8. Диференційна діагностика доброякісних пухлин та пухлиноподібних новоутворень м'яких тканин ЩЛД.
- 1.9. Профілактика виникнення доброякісних пухлин та пухлиноподібних новоутворень м'яких тканин ЩЛД.
- 1.10. Методи лікування доброякісних пухлин та пухлиноподібних новоутворень м'яких тканин ЩЛД.

2. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю ($\alpha=II$):

2.1. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю ($\alpha=II$):

2.1. Атерома – це:

- A. Пухлина жирової тканини.
- B. Епітеліальна пухлина.
- C. Пухлина з м'язової тканини.
- D. Ретенційна кіста сальної залози.
- E. Пухлина шкіри.

(Правильна відповідь: D).

2.2. Фіброма – це:

- A. Пухлина жирової тканини.
- B. Епітеліальна пухлина.
- C. Пухлина з м'язової тканини.
- D. Ретенційна кіста сальної залози.
- E. Пухлина зі сполучної тканини.

(Правильна відповідь: E).

2.3. Яка пухлина не відноситься до фібром:

- A. Тверда фіброма.
- B. М'яка фіброма.
- C. Десмоїд.
- D. Гістіоцитома.
- E. Атерома.

(Правильна відповідь: E).

Тестові завдання з множинним вибором:

3.1. Яка клінічна ознака притаманна фібромі?

- A. Ворсинчаста поверхня.
- B. Нерухомість.
- C. Безболісність.
- D. Швидкий ріст.
- E. Колір оточуючих тканин.

(Правильна відповідь: С, Е).

3.2. Яка клінічна ознака не притаманна фібромі?

- А. Блюдцеподібна форма.
- В. Широка основа.
- С. Безболісність.
- Д. Гладка поверхня.
- Е. Нечіткі межі.

(Правильна відповідь: В,С,Д).

3.3 Яка клінічна ознака притаманна ліпомі?

- А. Тістувата консистенція.
- В. Дольчаста поверхня.
- С. Нерухомість.
- Д. Болісність.
- Е. Швидкий ріст.

(Правильна відповідь: А, В).

4. Задачі для самоконтролю:

4.1. . Хворий 17 років, скаржиться на наявність пухлини на нижній губі. З анамнезу з'ясовано, що пухлина була виявлена відразу після народження, росла повільно, але за останній рік різко збільшилася в розмірі. При огляді на нижній губі є пухлина червоного кольору, м'яка, при натисненні пустіє і блідне.

Який попередній діагноз?

(Відповідь: гемангіома нижньої губи)

4.2. У хворого під незміненою шкірою лоба визначається рухоме утворення кулеподібної форми 2х2 см, еластичної консистенції, з гладкою поверхнею, безболісне. При спробі зібрати шкіру над утворенням у складку, шкіра набуває вигляд «лимонної корки». Зі слів хворого, утворення з'явилося кілька років тому у вигляді маленької кульки під шкірою.

Який діагноз має місце у даному випадку?

(Відповідь: атерома)

4.3. . До лікаря звернувся пацієнт зі скаргами на наявність новоутворення під нижньої щелепою, що існує на протязі кількох років, повільно збільшуючись. Об'єктивно: в підщелепній ділянці зліва визначається новоутворення у вигляді вузла розміром 3 – 5 см, з чіткими межами, безболісне, тістуватої консистенції, помірно рухоме, вкрите незміненою шкірою. Поверхня новоутворення при пальпації дольчаста.

З яким захворюванням звернувся хворий?

(Вірна відповідь: ліпома)

4.6. Перелік індивідуальних завдань.

.Оволодіти методикою забору матеріалу для цитологічного дослідження:

- методом відбитку;
- методом соскобу;
- методом мазку.

2. Оволодіти методикою діагностичної пункції.

3. Оволодіти методикою приготування мазку на предметному склі.

4.8. Перелік теоретичних питань до підсумкового модульного контролю.

1. Перелічити фактори, які сприяють виникненню міоми та ліпоми.
2. Описати клінічну картину фіброми
3. Описати клінічну картину папіломи.
4. Описати клінічну картину гемангіоми
5. Описати клінічну картину ліпоми.
6. Методи діагностики та додаткові методи дослідження хворих.
7. Диференційна діагностика пухлин м'язової та жирової тканини.
8. Профілактика виникнення пухлин м'язової та жирової тканини.
9. Диференційна діагностика пухлин м'язової та жирової тканини.
10. Клінічні прояви злоякісного переродження пухлин м'язової та жирової тканини.

4.9. Перелік практичних завдань та робіт до підсумкового модульного контролю.

1. Провести пальпацію пухлини щелепно-лицевої ділянки.
2. Провести діагностичну пункцію.

6. ЛІТЕРАТУРА:

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2т. – Т.2/В.О.Маланчук, І.П.Логвіненко, Т.О.Маланчук, О.Л.Ціленко – К.: ЛОГОС, 2011. – С. 3-4, 9-12.
2. Рузин Г.П. Краткий курс лекций по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Геннадий Петрович Рузин – Киев: «Книга плюс», 2006 – С. 100 - 122.
3. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия: Руководство для врачей / Под ред. проф. В.Н.Балина и проф. Н.М.Александрова. 4-е изд., доп. и испр. – СПб.: СпецЛит, 2005. – С. 42-52.
4. Щелепно-лицева хірургія: підручник / О.О.Тимофєєв. – К.: ВСВ «Медицина», 2011. – С. 370-380.
5. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство / под ред. А.А.Кулакова, Т.Г.Робустовой, А.И.Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 – С. 406-416.

№ 15. Доброякісні одонтогенні пухлини щелеп (амелобластома (адамантинома), одонтома, цементома). Доброякісні неодонтогенні пухлини щелеп (остеобластома, остеокластома, остеома, остеїд-остеома, хондрома, гемангіома, фіброма, епулід): класифікація, гістологічна будова, клініка, диференційна діагностика, принципи і методи лікування, профілактика ускладнень.

1. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 3.1. Аналізувати результати клінічних обстежень хворих з доброякісними одонтогенними та неодонтогенними пухлинами щелеп. Пояснювати результати додаткових досліджень.
- 3.2. Запропонувати плани лікування хворих з доброякісними одонтогенними та неодонтогенними пухлинами щелеп.
- 3.3. Класифікувати доброякісні одонтогенні та неодонтогенні пухлини щелеп. Трактувати етіологію та клінічні прояви доброякісних одонтогенних та неодонтогенних пухлин щелеп Проаналізувати основні принципи діагностики та лікування цих хвороб.
- 3.4. Скласти план діагностики та диференційної діагностики, доброякісних одонтогенних та неодонтогенних пухлин щелеп. Провести курацію хворого, встановити діагноз, провести диференційну діагностику, скласти план обстеження та лікування хворого з доброякісними одонтогенними та неодонтогенними пухлинами щелеп.

19. БАЗОВИЙ РІВЕНЬ ПІДГОТОВКИ.

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Топографічна анатомія.	Визначити топографо-анатомічну ділянку розташування дефекту.
2. Гістологія.	Знати гістологічну побудову шкіри та слизової оболонки порожнини рота.
3. Пропедевтика хірургічної стоматології.	Вміти провести курацію хворого з одонтогенними та неодонтогенними пухлинами щелеп.
4. Загальна хірургія.	Вміти здійснити інфільтраційну анестезію шкіри, підготовку операційного поля.

3. ОРГАНІЗАЦІЯ ЗМІСТУ НАВЧАЛЬНОГО МАТЕРІАЛУ.

Адамантинома (амелобластома) – одонтогенна епітеліальна пухлина, гістологічно структура її паренхіми має схожість з будовою тканини емалевого органа зубного зародка, в зв'язку з цим назва пухлини походить від слова “емаль”

Патогенез адамантиноми пов'язаний з походженням епітеліальних клітин, з яких росте адамантинома. Абрикосов та інш. – з епітелію емалевого органу зубного зародка; Петрова – що епітелій виникає шляхом метаплазії зі сполучної тканини; Malasse, Астахов – із залишків епітелію (островками) в періодонті і кістці щелеп; Лукомський, Козирева – що адамантинома виникає за рахунок розростання і погруження в кістку епітелію порожнини рота чи гайморової пазухи.

Адамантинома клінічно проявляється поступово, розвивається повільно і неболюча. Часто вперше виявляється при рентгенологічному дослідженні.

Уражена пухлиною щелепова кістка поступово потовщується, з'являється деформація обличчя. Поверхня потовщеної кістки гладка, але може бути і не рівною. Шкірні покриви залишаються не змінені. Зі сторони порожнини рота визначаються потовщення і деформація альвеолярного паростка, при значному стоншенні кістки, при пальпації визначаються вздуття і вікончаті деформації кістки. Зуби в ділянці пухлини зміщені, злегка рухомі, при перкусії не болючі. Нерідко у порожнині рота з'являються нориці із серозно гнійними виділеннями. Симптоми, пов'язані із зміщенням і здавленням сусідніх органів, проявляються у пізніх стадіях хвороби. Значне стоншення кістки веде до

спонтанних переломів і профузних кровотеч. Регіонарні лімфовузли збільшуються при при'єднанні запалення.

Діагностика, дещо утруднена на ранніх стадіях хвороби. В деяких випадках, коли амелобластома ускладнюється запальним процесом, місцеві ознаки захворювання можуть нагадувати гострий остеомієліт нижньої щелепи або флегмону. Шляхом пальпації можна визначити ступень зміни форми нижньої щелепи в результаті росту амелобластоми. При цьому вдається виявити пухлиноподібне ущільнення нижньої щелепи, яке залежить від локалізації і розповсюдження пухлини (тіло, кут, гілка щелепи).

Контури зміненої ділянки нижньої щелепи зазвичай добре виражені, особливо, коли пухлина має досить велику бугоркову поверхню і щільну консистенцію. Підщелепні регіонарні лімфатичні вузли при амелобластомах не збільшуються. При огляді порожнини рота проявляються зміни на стороні ураження нижньої щелепи у вигляді ущільнення (вип'ячування) альвеолярного відростка у вестибулярному напрямку. Інколи відмічається набряк м'яких тканин ретромолярної ділянки, зміщення і рухомість зубів. В цих випадках зовнішня кортикальна пластинка альвеолярного відростка і верхня частина тіла нижньої щелепи значно потоншується і при натисканні пальцем легко прогинається і пружинить.

Вище сказане дозволяє виділити клінічний синдром "плюс-ткань". Під цим синдромом слід розуміти ті зміни, які виникають в анатомічній зоні щелепно-лицевої ділянки, і їх можна візуально виявити без додаткових технічних засобів.

Важливою ланкою у постановці діагнозу амелобластоми є рентгенографія нижньої щелепи і цитологічне дослідження вмісту пухлини з наступним підтвердженням гістоструктури тканин видаленого новоутворення оперативними шляхом.

Рентгенографію нижньої щелепи необхідно проводити в наступних проекціях:

Оглядова рентгенографія нижньої щелепи (панорамний знімок або потилично-лобній проекції); рентгенографія в боковій проекції нижньої щелепи; аксіальна (осьова) рентгенографія нижньої щелепи; рентгенографія альвеолярного відростка "в прикус" за показаннями

При оглядовій рентгенографії визначається ступінь і розміри ураженої щелепи патологічним процесом; стан нижньої щелепи, її краю і латеральної поверхні кута, гілки і її тіла.

За рентгенограмами в боковій проекції вивчається структура вогнища, ураженого пухлиною, стан альвеолярного відростка і нижнього краю щелепи, а також характер границь в передньо-задньому і вертикальному напрямках.

Позаротова рентгенограма нижньої щелепи в аксіальній проекції є оглядовою, і по ній можна судити про розповсюдження і стан стінок пухлини в латерально-медіальному напрямку.

Аксіальний внутріротовий знімок "в прикус" дає уяву про стан кортикальної пластинки нижньої щелепи з язичної і вестибулярної сторони.

Встановлено, що рентгенологічно амелобластома характеризується ознаками, деструкції, яке поєднане з "вздуттям" щелепової кістки з чітким обмеженням ураженої ділянки і своєрідною структурою, яка залежить від патоморфологічної будови амелобластоми.

При щільній амелобластомі на рентгенограмах спостерігаються дрібні кістоподібні ураження, чітко окреслені, розділені грубими кістковими перекладами.

При кістозних формах амелобластоми ділянки ураження є або деструктивними, або поділеними кістковими перегородками, а межі пухлини можуть мати фістончасті краї, інколи ущільнені і склерозовані, з бухтоподібним вип'ячуванням.

Рентгенологічно розміри вогнищ деструкції кісткової тканини нижньої щелепи можуть коливатися від 7x5x3 см до 4x3x2 см. В деяких випадках амелобластома розповсюджується від кута на всю гілку і на більшу частину тіла нижньої щелепи.

Форма пухлини (амелобластоми) на рентгенограмах повторює контури нижньої щелепи. При цьому, наряду з "вздуттям" спостерігається значне стоншення її стінок в центральній частині пухлини а по краю відмічається ущільнення її стінок в вигляді чіткого ободка склерозу кістки, що можна пояснити нашаровуванням пошкоджених кісткових трабекул, віддалених експансивним ростом новоутвору до стінок щелепи.

Одонтоми частіше зустрічаються в осіб молодого віку. Переважно виникає на нижній щелепі в ділянці молярів. Частіше спостерігається у жінок.

Клініка одонтоми ростуть досить поволі, неволючі. Сформувавшись у визначеному віці їх ріст найчастіше зупиняється і вони не збільшуються в розмірах. В тому місці, де знаходиться пухлина, постійний зуб може бути відсутній. Якщо одонтома розміщена на місці проходження нерва, то її ріст супроводжується болючістю, що інколи симулює неврологічну симптоматику. Збільшуючись в

розмірах, пухлина може проростати в кістку. При травмуванні одонтоми зубами – антогоністами виникає її інфікування і нагноєння з появою відповідної клінічної симптоматики.

Діагностика одонтоми є рентгенографія. Рентгенографічно слинні камені в підщелеповій залозі можуть симулювати одонтому нижньої щелепи. Для уточнення діагнозу необхідно провести рентгенографію м'яких тканин дна порожнини рота і при калькульозному субмаксиліті визначаємо більш точну локалізацію слинного каменя. Остеома по рентгенщільності може наближатися до одонтоми, але на відміну від останньої остеома менш щільна, більш гомогенна і в ній завжди відсутня смужка просвітлення по периферії пухлини (немає капсули)

Лікування заключається у видаленні одонтоми разом з капсулою. Залишена капсула може служити основою для подальшого росту пухлини. Під час видалення одонтоми великих розмірів може виникнути перелом н/щ. Для заповнення значного післяопераційного дефекту можна використовувати біоінертну або біоактивну кераміку, що значно стимулює регенераторні процеси в кістковій тканині. Одонтоми є м'яка і тверда.

М'яка (одонтома) – зустрічається рідко, являє собою щільноеластичне утворення, на розрізі світло-сіра, з окремими більш світлими ділянками. Росте повільно, поступово викликаючи вздуття щелепової кістки. Частіше спостерігається у молодих людей в період формування постійних зубів. Росте експансивно, але деколи має інфільтративний ріст, дає рецидиви після неадекватних операцій. Можливі випадки переродження в саркому. Рентгенологічно подібна до адамантиноми. В пухлині можуть бути постійні зуби або їх зародки. Нерідко порушується кортикальний шар кістки.

Тверда одонтома – складається із твердих тканин зуба, пульпи, періодонту, має дуже різноманітну будову. Їй властиве невпорядковане розміщення тканини зуба (емаль, зверху дентина і зверху пульпи). Пухлина тверда, округла або неправильної форми, покрита капсулою із грубоволокнистою тканиною. Є прості (із тканини 1 – го зубного зачатка), складні (включають тканини кількох зубів, деколи – сформовані зуби) і кістозні тверді одонтоми. Протікає безсимптомно, виявляється на рентгенограмі або при "прорізуванні" пухлини, коли слизова альвеолярного паростка під тиском пухлини звирає, і на поверхні з'являється тверде кісткоподібне утворення, яке приймають за ретенований зуб. Можливе утворення норич із незначними гнійними виділеннями. Тверда одонтома, досягнувши визначених розмірів, перестає рости, а в її ділянці завжди відсутні 1 або кілька зубів.

На рентгенограмі пухлина дає округлу тінь такої ж інтенсивності, як тканини зуба. Навколо пухлини видна капсула із вузької смужки, за якою йде зона склерозу кістки. Лікування: вишукування з капсулою. Невеликі одонтоми без ускладнень можна не оперувати. Прогноз благоприятний

Цементома — пухлина, що являє собою щось середнє між цемента дисплазією та справжньою пухлиною. Деякі автори відносять до групи одонтом. Сполучнотканинна пухлина, побудована із тканини, подібної до цементу зуба. Частіше розвивається на нижній щелепі біля коренів зубів, або одного зуба.

Пухлина обмежена капсулою. Розвивається повільно, в клініці немає певних ознак. З ростом пухлини деформується щелепа, з'являються болі в зубах при жуванні і пальпації. Навколо пухлини може розвиватись запальний

процес. На рентген знімку визначається овальна чи неправильної форми однорідна щільна тінь навколо чи на деякій відстані від кореня зуба

Рентгенологічна картина подібна до фіброзної дисплазії. Цементома складається з одної чи кількох кістозних порожнин, заповнених малоінтенсивною тканиною із вкрапленнями вапна, між якими смужки незміненої кісткової тканини. Інший тип рентгенологічних проявів чередування зон плямистого розрідження та незміненої чи ущільненої кісткової тканини з хаотичним вкрапленням звапнень.

Остеобластокластома - доброякісна пухлина, що пошкоджує різноманітні кістки скелета. Термін «гігантоклітинна пухлина» запропонував Бледгуд (1912), Стоарт (1922) назвав її «остеокластомаю», А.В.Русаков (1924) – «остеобластокластомаю» у відповідності з клітинним складом, який її утворює. На сьогодні її вважають істинною пухлиною, яка, за даними клініки хірургічної стоматології ММСІ, складає 30% всіх кісткових новоутворень. Жінки хворіють у 2 рази частіше.

Початкова симптоматика непомітна, але з часом виникає набухання ділянки щелепи, рухомість зубів у межах пухлини, спостерігається асиметрія обличчя. Пухлина збільшується повільно, безболісно.

Рентгенологічно визначають три різновиди пухлини – коміркову, яка нагадує амелобластома, кістозну, літичну форму, притаманну дітям та людям молодого віку. Для останньої форми характерна безструктурна ділянка розрідження з руйнуванням кортикального прошарку щелепи. На рентгенограмі вона нагадує саркому.

Для морфологічної верифікації проводять пункцію новоутворення. Пунктат являє собою кров'янисто-буру рідину, в якій відсутній холестерин. Цитологічне дослідження виявляє для пухлини типову картину клітинного складу. В сумнівних випадках проводять біопсію.

Макроскопічно пухлина представлена м'якотканними новоутворенням з розгалуженою сіткою кровоносних судин, які кровоточать.

Лікування – видалення пухлини в межах здорових тканин. При наявності показань резекцію проводять одномоментно з кістковою пластикою.

Прогноз для життя обнадійливий.

Остеома – доброякісна пухлина з кісткової тканини. В залежності від структури, розрізняють губчасті та компактні остеоми. Вони можуть мати периферичне і центральне розташування. Периферичні (зовнішні) остеоми макроскопічно нагадують собою горбкуваті екзостози. Центральні або внутрішні остеоми розташовані в кістці щелеп. Остеоми щелеп порівняно докладно описані в літературі і являють собою найбільш вивчену групу первинних пухлин щелепних кісток. Частіше зустрічаються на язиковій поверхні нижньої щелепи та в навколоносових пазухах, а також в ділянці верхніх щелеп, лобній пазусі, гратчастому лабіринті, основній кістці.

Клініка остеом мало виражена. Порівняно з іншими пухлинами щелепних кісток остеоми ростуть повільно, протягом багатьох років, а то і десятиліть. Розвиваючись з кістки щелепи, остеоми викликають поступове потовщення відповідної ділянки, приводячи до деформації щелепи, естетичних та функціональних порушень. Не дивлячись на великі розміри пухлина не викликає хворобливих проявлень. Симптоматика визначається локалізацією, розмірами та напрямком росту пухлини. Так, остеоми верхньої щелепи, що ростуть у її порожнину, можуть викликати екзофтальм, невралгію 1 гілки трійчастого нерву, слъзотечу, діплопію, звуження поля зору, зниження гостроти зору, асиметрію обличчя. Можуть спостерігатися явища застою на дні ока у зв'язку з тиском на нерв. Рінологічні симптоми виникають внаслідок закриття вивідних отворів додаткових порожнин носа і накопичення в них секрету, що призведе до утворення мукоцеле.

Остеоми щелепних кісток можуть викликати також порушення жувальної функції, а у випадку росту пухлини в ніс – порушення дихання.

При рості в лобну пазуху виникає атрофія її перегородки, пухлина заповнює обидві пазухи і тільки тоді може викликати узуру однієї із стінок. Розташовуючись у гратчастому лабіринті, остеома проростає в орбіту.

Остеома лобної кістки та гратчастого лабіринту при проростанні в передню черепну ямку може перфоровати тверду мозкову оболонку. Виникають ускладнення у вигляді абсцесу головного мозку та менінгіту. Рентгенологічна картина остеом залежить від їх будови та локалізації. Розташовуючись зовні від кістки, остеоми на рентгенограмі мають вигляд кулеподібного кісткового утворення, обмеженого по периферії кортикальною пластинкою, що є продовженням кортикальної пластинки щелепи. Остеоми мають губчасту або компактну будову. Пухлина розташована на ніжці або на широкій основі. В навколоносових пазухах, зокрема у верхньощелепних, остеома являє собою кулястої форми щільне кісткове утворення на ніжці.

При діагнозі остеоми, у випадку її безсимптомності перебігу, хворий повинен знаходитись під динамічним наглядом з оглядом вповодж кожних 6 місяців. Оперативне втручання виконують лише при наявності патологічних симптомів, викликаних ростом остеоми.

Гістологічне вивчення остеоми показало, що кісткова речовина компактних остеом на має типових остеодних структур і містить у собі невелику кількість вузьких центральних кісткових каналців.

Губчаста остеома побудована із сітки, розташованих нерегулярно кісткових трабекул з різним ступенем зрілості. Між трабекулами спостерігається клітинно-волокниста тканина. За своєю будовою губчаста остеома відповідає губчастій кістці, але відрізняється від нею відсутністю регулярного розташування кісткових балок. Губчасті остеоми розташовуються в щелепах частіше ніж компактні.

Діагностика. Губчасті остеоми частіше всього необхідно диференціювати з фіброзною дисплазією, що іноді навіть при гістологічному дослідженні зробити важко. Останні відрізняються від остеоми переважаною більшістю фіброзної остеогенної тканини і невеликою кількістю примітивних кісткових трабекул. Крім того, при диференційній діагностиці слід мати на увазі реактивні гіперостози непухлиного походження та осифікуючий міозит.

Прогноз при остеомах сприятливий, пухлина не набуває злоякісного характеру.

Лікування остеом тільки хірургічне. Оскільки остеоми мають дуже повільний, роками, доброякісний, безсимптомний перебіг, хворі не потребують спеціального лікування. Операція показана лише у тих випадках, коли виникають естетичні або функціональні порушення. Оперативне втручання включає висічення пухлин у межах здорової кістки.

Остеоїд-остеома.

Під час рентгенологічного дослідження хворих з невралгією трійчастого нерва та іншими больовими синдромами обличчя у кістці нижньої щелепи іноді, виявляються поодинокі осередки ущільнення кулястої форми діаметром не більше 1 см. Після видалення такого осередку болі зникають. На відміну від пухлини кісток остеоїд-остеома щелепних кісток спостерігаються, як правило, у людей більш зрілого віку.

Клінічна картина. Хворі скаржаться на біль. Але при ураженні щелеп цей симптом властивий не тільки остеоїд-остеоми. Скарги хворих з остеоїд-остеомою нижньої щелепи однотипні. При відсутності деформації болі мають локальний характер, ниючий, крутячий або колючий, то постійний, то приступоподібний з короткими ремісіями. Частіше болі найбільш інтенсивні вночі. Ці болі не виникають раптово, настає поступове нашарування різноманітних мало виражених відчуттів, які з часом переходять в чітко виражений больовий синдром. Нерідко болі посилюються під час їди, особливо при локалізації пухлини у кортикальному шарі альвеолярної частини нижньої щелепи. Механізм болі при остеоїд-остеоми пов'язують із склерозом навколишньої кісткової тканини, у ділянці пухлини. Інші автори вважають, що біль є результатом реактивного склерозу кістки та запальних змін окістя. При розташуванні остеоїд-остеоми в губчастім прошарку слизова оболонка альвеолярного відростку та навколишніх м'яких тканин нижньої щелепи не має зовнішніх змін. При локалізації у кортикальному прошарку альвеолярної частини та рівні розташування остеоїд-остеоми можна спостерігати незначне почервоніння слизової оболонки. При пальпації ділянки ураження визначається нерізно виражена припухлість.

Рентгенологічна картина остеоїд-остеоми нижньо-щелепної кістки характерна, особливо в пізніх стадіях хвороби. В нижній щелепі пухлина, як правило, розташовується в її бокових відділах, уражаючи кортикальний прошарок або губчасту речовину. На початкових стадіях хвороби остеоїд-остеома на рентгенограмах виявляється у вигляді нечіткого, неправильного, кулеподібної форми осередку деструкції діаметром 0,5 – 1 см в кістковій тканині альвеолярної частини або тіла нижньої щелепи. Навколо осередку деструкції навколишня кістка склерозована.

Мікроскопічна картина в різні періоди розвитку остеоїд-остеоми різна. На початку захворювання пухлина складається з мезенхімальної тканини, дуже багата клітинами та судинами і має остеопластичну функцію. Серед одноядерних клітин типу остеобластів, оточуючих остеоїдну речовину, іноді зустрічаються багатоядерні клітини типу остеокластів. Пізніше, по мірі розвитку хвороби, ділянка остеоїдної тканини, так зване "гніздо", обвапнюється і перетворюється в утворення, що складається з густо переплетених, грубих кісткових балок, а в кінцевих стадіях процесу має вигляд остеоми.

Лікування остеоїд-остеоми хірургічне. Виділяють гніздо пухлини із склеротичними ділянками навколишньої тканини. Можливі рецидиви.

Хондрома.

Це доброякісна пухлина, яка характеризується утворенням зрілого хряща. Локалізується найчастіше у передньому відділі верхніх щелеп у вигляді ізольованого солітарного вузла. Рідкісні випадки – утворення пухлини на нижній щелепі. Є два види хондроми: енхондрома – розташована центрально в глибині щелепи та екхондрома – периферично, періостально або юкстакортикально, що росте за межі щелепи. Росте хондрома повільно. Периферична форма проявляється у вигляді бугристого, щільного на дотик, безболісного утворення зв'язаного з кісткою, межі чіткі. Енхондрома розвивається непомітно в глибині кістки, призводить до рухливості та зміщення зубів у різні боки. Діагностується значно пізніше, коли пухлина, зруйнувавши кістку, проростає назовні. Слизова оболонка не змінюється. При довготривалому існування можливе перетворення хондроми в злоякісну хондросаркому.

Рентгенологічно хондрома не завжди має чітку характерну картину, що пов'язано з її неоднорідною структурою і тим, що вона нашаровується на інші кісткові утворення верхньої щелепи. Рентгенологічно: вогнище деструкції кісткової тканини з чіткими межами, є ділянки ущільнення та розрідження кісткової тканини.

Діагноз. Диференціюють хондрому від остеофіброми, амелобластичної фіброми. Макроскопічно хондрома має вигляд хрящового утворення щільної консистенції з ділянками міксоматозу та некрозу. Мікроскопічно вона складається з гіалінового хряща, в якому нерівномірно розташовані хрящеві клітини. Відсутність поліморфізму та мітозів відрізняє її від хондросаркоми.

Лікування. Оперативне.

Прогноз. Для життя сприятливий в разі своєчасного видалення пухлини.

Остеохондрома (кістково-хрящевий екзостоз). Це доброякісне утворення, покрите хрящем, локалізується на суглобній голівці нижньої щелепи. Описують його під різноманітними назвами: гіпертрофія, гіперплазія, остеома суглобної голівки. Зустрічається рідко, складає 3,4 % серед кісткових новоутворень.

У початковому періоді захворювання виникають хрускіт або неприємні відчуття в ділянці одного скронево-нижньощелепного суглоба. Поступово (протягом 1-2 років) розвивається і наростає деформація обличчя за рахунок зсуву нижньої щелепи в неуразену сторону, відзначається вибухання кісткового характеру в ділянці ураженого суглоба, не пов'язане зі шкірою, безболісне, обмежене. Порухується прикус, стають утрудненими відкушування і пережовування їжі. При відкриванні рота зміщення щелепи збільшується. На рентгенограмі в прямій і бічній проекціях визначають деформацію і збільшення голівки нижньої щелепи за рахунок пухлини кісткового характеру.

Диференціальну діагностику проводять з остеоартрозом, вивихом нижньої щелепи, іншими пухлинами суглобового відростка.

Лікування. Резекція частини голівки нижньої щелепи з новоутворенням.

Прогноз для життя сприятливий.

Фіброостеома (осифікуюча фіброма) – це доброякісна пухлина, зустрічається тільки в щелепних кістках. Клінічно та рентгенологічно вона схожа з фіброзною дисплазією. Відрізняється від неї тільки чіткими межами і наявністю капсули. Раніше вона розглядалась як осередкована форма фіброзної дисплазії. Фіброостеому диференціюють від десмопластичної фіброми, амелобластичної фіброми, доброякісної цементобластоми.

Лікування - видалення пухлини з капсулою.

ОСНОВНІ ТИПИ ГЕМАНГІОМ

Капілярні	Гіллясті	Кавернозні	Змішані	Комбіновані
Локалізація: на слизовій оболонці порожнини рота, на шкірі обличчя.	У локалізується вкрай рідко.	ЩЛД Локалізація: м'які тканини обличчя, язик, слизова оболонка порожнини рота, шия, щелепи.	Посєднання капілярних, гіллястих кавернозних гемангіом.	Ангіофіброма, ангіоліпома, та нейроангіома, ангіоміома та ін.
Капілярні	Гіллясті	Кавернозні		
Клініка: плаский, плямистий, рожево-червона або синюшно-багрова ділянка тканин, позитивний симптом «надавлювання»	Складаються з артеріальних судин, пульсує, вислуховується систолічний шум (артеріовенозні анастомози), збільшення при нахилі голови вниз	Клініка: ознака «стискання» та «наливання» може мати капсулу, наявність флеболітів		

Диференційна діагностика:

аневризми, лімфангіома, невус, меланома, лімфосаркома

Методи лікування:

Диспансерне спостереження, оперативне, емболізація, електрокоагуляція, кріодеструкція, променева терапія, склерозуюча терапія, системна терапія гормональними препаратами та ін.

Гемангіоми та гемангіоендотеліома належать до неостеогенних пухлин щелеп.

Ізольовані гемангіоми щелеп зустрічаються порівняно рідко. Частіше має місце посєднання гемангіоми м'яких тканин обличчя або порожнини рота з гемангіомою щелепи. У таких випадках слизова оболонка ясен та піднебіння буває ядро-червоного або синьо-багрового кольору, що полегшує встановлення діагнозу.

Значно складніше встановити діагноз гемангіоми щелепи у тих випадках, коли оточуючі м'які тканини не втягнуті в ураження. Такі ізольовані гемангіоми щелеп можуть проявлятися підвищеною «безпричинною» кровоточивістю ясен; при лікуванні пульпітів та періодонтитів виникає упорна кровоточивість з кореневих каналів. Серйозним ускладненням є значна артеріальна кровотеча з

гемангіоми щелепи у тому випадку, коли встановлений неправильний діагноз (остеобластокластома, остеодисплазія, остеофіброма та ін.) та проводиться біопсія або видалення розташованого в зоні гемангіоми значно рухомого зуба. Така раптово виникаюча кровотеча може виявитися смертельною, особливо у випадку виникнення її в умовах поліклініки, на прийомі у недосвідченого лікаря. Однак найчастіше хворі з гемангіомою щелепи звертаються в клініку з приводу підвищеної кровоточивості з ясен або з каналу зуба.

Клініка

Клініка залежить від локалізації, ступеню розповсюдженості пухлини та її гістологічної будови. Гемангіома щелепи може бути обмеженою та розповсюдженою, капілярною та кавернозною. Розповсюджуючись на кортикальну частину щелепи, вона може обумовити симптом флюктуації, потоншивши або повністю зруйнувавши на певній ділянці спонгіозну та кортикальну тканину щелепи. При цьому можливе руйнування альвеолярного відростку та пов'язане з цим прогресивне посилення симптому рухливості зубів, здуття кістки, у зв'язку з чим хворий може звернутися до лікаря з проханням видалити зуб або навіть групу зубів.

Проростаючи з окістя в слизову оболонку ясен, гемангіома щелепи стає помітною по своїй синюшній забарвленості; зуби при цьому ледь тримаються у м'яких тканинах. У таких випадках хворі звертаються до лікаря з приводу упорних кровотеч з ясен, які неодноразово повторюються, з порожнини зруйнованого зуба або з носа. Значної асиметрії обличчя при гемангіомі зазвичай не виявляється, тому надмірного руйнування щелепи не відбувається.

На рентгенограмі гемангіома щелепи проявляється здуттям кістки, дрібно- або середино-ніздрюватий рисунок, інколи мають місце періостальні нашарування.

Патологічна анатомія. Внутрішньокісткові гемангіоми щелеп бувають, як правило, кавернозними, гіллястими або поєднуються з капілярними. Рідше вони являють собою сплетення гіллястих аневризм або сплетення розширених крупних судин. В ще більш рідких випадках гістологічна картина являє собою переважно капілярну форму гемангіоми.

Діагноз

Діагностика гемангіом щелеп складна, особливо тоді, коли відсутні скарги на кровоточивість ясен і пухлина не наблизилась до слизової оболонки ясен. У таких випадках необхідно диференціювати гемангіому від остеобластокластоми, адамантиноми, міксому. Пункція гемангіоми майже завжди є достатнім орієнтиром. Однак відсутність крові в шприці ще не дає повного підґрунтя виключити діагноз гемангіоми. Тому у такому випадку слід повторити пункцію з іншого полюсу пухлини, а отриманий пунктат при першій пункції піддати цитологічному дослідженню.

Великою допомогою у сумнівних випадках є біопсія. Однак, вирішивши взяти кусочок підозрілої гемангіоми, хірург має бути готовим до того, що під час біопсії можлива сильна кровотеча, яку необхідно буде терміново зупинити та провести поповнення крововтрати.

Бажано до хірургічного втручання провести ангіографію лицевого скелета, завдяки якій можна встановити джерело гемангіоми, а також обширність її розповсюдження до основи черепа (при локалізації на верхній щелепі). Ангіографію повинен проводити спеціально підготований лікар-рентгенолог. Отже, слід підкреслити, що кожний хворий з гемангіомою обличчя має бути ретельно обстежений для виявлення в нього гемангіоми щелепи. Раннє виявлення її сприяє ранньому застосуванню консервативних способів лікування.

Лікування

Невеликі кісткові гемангіоми можна ліквідувати повторними ін'єкціями в пухлину 1-2 мл 95% етилового спирту або 2% розчину саліцилової кислоти на 80% спирті, розчину хініну гідрохлориду з уретаном та ін. Останній розчин виписують за прописью: уретану – 6,5, хініну гідрохлориду – 12,5, дистильованої води – 100мл. Кількість хінінуретанового розчину, що одноразово вводиться від 3 до 5 мл. Вводять його з інтервалами в 3-5 днів до 12-20 разів (залежно від розмірів пухлини).

У наслідок введення склерозуючих розчинів відбувається згортання крові в порожнинах гемангіоми, фібротизація та запустіння їх.

Значні гемангіоми щелеп зазвичай підлягають хірургічному лікуванню. Якщо гемангіома локалізується на верхній щелепі, проводять її резекцію. При локалізації гемангіоми в товщі тіла нижньої щелепи можна провести (екстраоральний доступ) резекцію зовнішньої кортикальної пластинки щелепи, при цьому широко розкрити гемангіому, перев'язати судини, які приводять до неї кров, затампонувати дно кісткової рани клаптом жувального м'язу. Після цього зовнішню рану сполучити з порожниною рота (шляхом розрізу по перехідній складці), на зовнішню рану накласти пошарові шви, а з боку порожнини рота рану тампонувати йодоформною марлею на 7-10 днів. Ще до початку операції необхідно в гемостатичних цілях провести двобічну перев'язку зовнішніх сонних

артерій, а під час операції стежити за адекватним поповненням крововтрати. За наявності протипоказань до операції необхідно провести курс глибокої рентгенотерапії.

Прогноз сприятливий лише за умови раннього виявлення та лікування гемангіоми в щелепі. В протилежному випадку можливі переломи кістки, значні профузні кровотечі.

Фіброма – доброякісна пухлина, яка розвивається з волокнистої сполученої тканини. Може локалізуватись як на шкірі будь-якої ділянки голови та шиї, так і в порожнині рота на слизовій оболонці.

Розрізняють фіброму тверду (не містить жирової тканини) та м'яку (містить в собі елементи жирової тканини).

Фіброма шкіри уявляє собою безболісне утворення щільно-еластичної або м'якої консистенції, що розташоване в товщі шкіри або виступає над її поверхнею у вигляді півкулі. Вона обмежено рухома, має широку основу та колір нормальної шкіри (може бути рожевого або коричневого кольору). Поверхня фіброми буває гладкою (тверда фіброма) або у зморжках (м'яка фіброма).

М'яка фіброма, що має тонку ніжку та ковбасоподібну форму носить назву фібропапілома.

Фіброма може бути розташована і в товщі м'яких тканин у вигляді вузла з чіткими межами, що має капсулу.

Різновидом фіброми є гістіоцитома (дерматофіброма), яка містить в собі фібробласти, фіброцити та гістіоцити, а також десмоїдна фіброма (десмоїд). Обидві форми схильні до інфільтруючого росту.

В порожнині рота фіброма локалізується частіше на слизовій оболонці щік, альвеолярного відростка та язика. Зустрічається симетричне розташування фіброми у вигляді веретеноподібних утворень з язикового або піднебінного боку альвеолярного відростка – так звана симетрична фіброма.

Епулід – пухлиноподібне утворення ясен, розташоване в ділянці шийки зуба, безболісне, має широку основу та грибоподібну форму. Своєю основою може входити між зубами, розповсюджуючись на язикову поверхню альвеолярного відростка. Клінічно розрізняють фіброзну і ангіоматозну форми епуліду. Фіброзний епулід має гладку поверхню, щільну або щільно-еластичну консистенцію, блідо-рожевий колір, безболісний, не кровоточить. Ангіоматозний епулід м'який, червоного кольору, легко кровоточить. Лікування фібром полягає в висіченні їх в межах незмінених тканин.

Лікування епуліду хірургічне – висічення в межах здорових тканин.

11. ПЛАН І ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА НАВЧАЛЬНОГО ЗАНЯТТЯ З ДИСЦИПЛІНИ.

№ з/п	Етапи заняття	Розподіл часу	Види контролю	Засоби навчання
1.	Підготовчий етап	15 хв.	Усне опитування за переліком питань. Письмове тестування.	Комп'ютер (ноутбук). Мультимедійні методичні розробки. Анатомічні муляжі. Відео- та фотоматеріали. Електронні довідники.
1.1	Організаційні питання			
1.2	Формування мотивації			
1.3	Контроль початкового рівня підготовки (стандартизовані засоби контролю)			
2.	Основний етап (вказати всі види робіт, які виконують студенти під час цього етапу).	60 хв.	Практичний тренінг. Вирішення клінічних задач. Створення алгоритмів лікарських дій, професійний тренінг.	Рентгенограми, ортопантомограми, томограми. Набір інструментарію. Результати лабораторних, цитологічних та гістологічних досліджень.
3.	Заключний етап	15 хв.	Тестування. Практичні завдання. Ситуаційні та нетипові задачі. Усне опитування.	
3.1	Контроль кінцевого рівня підготовки			
3.2	Загальна оцінка навчальної діяльності студента			
3.3	Інформування студентів про тему наступного заняття			

4.5. Види самостійної роботи студентів.

1. Вивчити такі питання ($\alpha=1$):

- 1.11. Що таке доброякісні пухлини?
- 1.12. Що таке пухлиноподібні новоутворення?

1.13. Перелічити фактори, які сприяють виникненню доброякісних одонтогенних та неодонтогенних пухлин щелеп. Навести класифікацію доброякісних одонтогенних та неодонтогенних пухлин щелеп.

1.14. Описати клінічну картину доброякісних доброякісними одонтогенних та неодонтогенних пухлин щелеп Гістологічні особливості, етіологія при доброякісних одонтогенних та неодонтогенних пухлинах щелеп. Методи діагностики, додаткові методи дослідження при підозрі на доброякісні одонтогенні та неодонтогенні пухлини щелеп.

1.15. Диференційна діагностика доброякісних одонтогенних та неодонтогенних пухлин щелеп Профілактика виникнення доброякісних одонтогенних та неодонтогенних пухлин щелеп. Методи лікування доброякісних одонтогенних та неодонтогенних пухлин щелеп.

2. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю ($\alpha = \Pi$):

2.1. При пункції остеобластокластоми отримують:

- A. Жовтувату рідину.
- B. Кров.
- C. Буру рідину.
- D. Прозору рідину.
- E. Гнійний ексудат.

(Правильна відповідь: C)

2.2. Які кістки лицевого скелету частіше вражає хондрома?

- A. Кістки носу.
- B. Нижню щелепу.
- C. Верхню щелепу.
- D. Лобні кістки.
- E. Виличні кістки.

(Правильна відповідь: C)

2.3. Де локалізується остеохондрома?

- A. Шийні хребці.
- B. Піднебінний шов.
- C. Голівка СНЩС.
- D. Носова перетинка.
- E. Орбіта.

(Правильна відповідь: C)

3. Тестові завдання з множинним вибором:

3.1. Назвіть характерні рентгенологічні форми остеобластокластоми.

- A. Коміркова.
- B. Змішана.
- C. Кістозна.
- D. Перехідна.
- E. Літична.

(Правильна відповідь: A, C, E)

3.2. Назвіть локалізацію остеом кісток обличчя.

- A. Нижня щелепа.
- B. Основна кістка.
- C. Лобна пазуха.
- D. Носові кістки.
- E. Решітчатий лабіринт.

(Правильна відповідь: Всі.)

3.3. Назвіть симптоми остеїд-остеоми.

- A. Самовільний біль.
- B. Нічні болі.
- C. Асиметрія обличчя.
- D. носова кровотеча.
- E. Затруднене ковтання.

(Правильна відповідь: A, B, C.)

4. Задачі для самоконтролю:

4.1. Чоловікові 48 років під час санації порожнини рота зроблений рентгенівський знімок нижньої щелепи. Виявлена деструкція кісткової тканини з рівними чіткими межами в ділянці кута нижньої

щелепи, не пов'язана з коренями зубів. При діагностичній пункції отриманий ексудат коричневого кольору, без кристалів холестерину.

Який попередній діагноз?

(Відповідь: остеобластокластома)

4.2. Хвора 35 років скаржиться на біль в зубах та утовщення тіла нижньої щелепи. Об'єктивно: лице хворої асиметричне за рахунок утовщення нижнього відділу лівої щоки. 36 зуб відсутній. Коронки 35 і 37 конвергують. Ліва половина тіла нижньої щелепи веретеноподібно вздута, пальпаторно - досить тверда, поверхня її гладка, безболісна. На рентгенограмі лівої половини нижньої щелепи в ділянці тіла - зона деструкції у вигляді багатьох дрібних колоподібних порожнин, відокремлених одна від одної кістковими перемичками. малюнок має дрібноячеїстий характер. Корені 35, 36 зубів резорбовані на 1/3 своєї довжини. При пункції – рідина бурого кольору.

Який найбільш імовірний діагноз?

(Відповідь: Остеобластокластома тіла нижньої щелепи.)

4.3. Хворий 24 років, скаржиться на пухлину, що збільшується, в ділянці тіла нижньої щелепи справа. Хворіє протягом 5 місяців. При огляді: в ділянці кута нижньої щелепи є здуття. Регіонарні лімфатичні вузли не збільшені. На рентгенограмі визначається деструкція кісткової тканини на рівні 46, 47, 48 зубів і в ділянці гілок, із чіткими контурами, у вигляді окремих порожнин з кістковими перегородками. Корені 46, 47, 48 зубів резорбовані.

Поставте попередній діагноз.

(Відповідь: остеобластокластома нижньої щелепи праворуч)

4.6. Перелік індивідуальних завдань.

.Оволодіти методикою забору матеріалу для цитологічного дослідження:

- методом відбитку;
- методом соскобу;
- методом мазку.

2. Оволодіти методикою діагностичної пункції.

3. Оволодіти методикою приготування мазку на предметному склі.

4.8. Перелік теоретичних питань до підсумкового модульного контролю.

1. Перелічити фактори, які сприяють виникненню амелобластами і остеобластокластоми.
2. Описати клінічну картину амелобластами.
3. Описати клінічну картину одонтоми.
4. Описати клінічну картину остеобластокластоми.
5. Описати клінічну картину гемангіоми.
6. Методи діагностики та додаткові методи дослідження хворих.
7. Диференційна діагностика доброякісних одонтогенних та неолонтогенних пухлин.
8. Профілактика виникнення одонтогенних та неолонтогенних пухлин.
9. Клінічні прояви одонтогенних та неолонтогенних пухлин.

4.9. Перелік практичних завдань та робіт до підсумкового модульного контролю.

1. Провести пальпацію пухлини щелепно-лицевої ділянки.
2. Провести діагностичну пункцію.

6. ЛІТЕРАТУРА:

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2т. – Т.2/В.О.Маланчук, І.П.Логвіненко, Т.О.Маланчук, О.Л.Ціленко – К.: ЛОГОС, 2011. – С. 3-4, 9-12.
2. Рузин Г.П. Краткий курс лекций по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Геннадий Петрович Рузин – Киев: «Книга плюс», 2006 – С. 100 - 122.
3. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия: Руководство для врачей / Под ред. проф. В.Н.Балина и проф. Н.М.Александрова. 4-е изд., доп. и испр. – СПб.: СпецЛит, 2005. – С. 42-52.
4. Щелепно-лицева хірургія: підручник / О.О.Тімофєєв. – К.: ВСВ «Медицина», 2011. – С. 370-380.
5. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство / под ред. А.А.Кулакова, Т.Г.Робустовой, А.И.Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 – С. 406-416.

№ 16. Кісти щелеп (одонтогенні та неодонтогенні, епітеліальні та неепітеліальні). Одонтогенні кісти щелеп (радикулярна, фолікулярна, підокісна, парадентальна, ретромоларна, первинна, кіста прорізування). Остеогенні пухлиноподібні новоутворення щелеп (фіброзна остеодисплазія, паратиреоїдна остеодистрофія, хвороба Педжета, еозинофільна гранульома): етіологія, патогенез, класифікація, гістологічна будова, клініка, диференційна діагностика, особливості лікування, ускладнення, профілактика.

1. Конкретні цілі:

- 1.1. Аналізувати етіологічні фактори виникнення одонтогенних кіст щелеп.
- 1.2. Пояснювати клінічну картину одонтогенних кіст щелеп.
- 1.3. Запропонувати шляхи уникнення ускладнень під час лікування одонтогенних кіст щелеп.
- 1.4. Класифікувати одонтогенні кісти щелеп.
- 1.5. Трактувати дані рентгенологічних досліджень пацієнтів з одонтогенними кістами щелеп.
- 1.6. Малювати схеми рентгенологічної картини та локалізації одонтогенних кіст щелеп, оперативних втручань при цитотомії та цистектомії.
- 1.7. Проаналізувати переваги та недоліки різноманітних остеопластичних матеріалів для заповнення дефектів щелеп після видалення одонтогенних кіст.
- 1.8. Скласти план обстеження та лікування пацієнтів з одонтогенними кістами щелеп.
- 1.9. Аналізувати спільність виникнення пухлиноподібних уражень щелеп.
- 2.0. Пояснювати особливості клінічного перебігу пухлиноподібних уражень щелеп.
- 2.1. Запропонувати нове бачення розповсюдженості пухлиноподібних уражень щелеп.
- 2.2. Класифікувати пухлиноподібні ураження щелеп.
- 2.3. Трактувати дані рентгенографічних, цитологічних та гістологічних досліджень при пухлиноподібних ураженнях щелеп.
- 2.4. Малювати схеми обстеження хворих з пухлиноподібними ураженнями щелеп.
- 2.5. Проаналізувати особливості диференційної діагностики пухлиноподібних уражень щелеп.
- 2.6. Скласти план обстеження та лікування хворих з пухлиноподібними ураженнями щелеп.

2. БАЗОВИЙ РІВЕНЬ ПІДГОТОВКИ.

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Анатомія людини.	Знати анатомію верхньої та нижньої щелеп, кровопостачання та іннервацію тканин голови та шиї. Визначити межі щелепно-лицевої ділянки.
2. Гістологія та патологічна анатомія.	Знати гістологічну будову та морфологічну структуру патологічно-змінених тканин. Розпізнавати патологічно змінені тканини. Знати патологоанатомічну характеристику пухлиноподібних уражень щелеп. Вміти взяти матеріал для морфологічного дослідження.
3. Топографічна анатомія та оперативна хірургія.	Знати топографічну анатомію щелепно-лицевої ділянки та принципи оперативних доступів до різних відділів щелепно-лицевої ділянки. Вміти поставити топічний діагноз. Орієнтуватися у виборі оперативних доступів при лікуванні пухлиноподібних уражень щелеп.
4. Патологічна фізіологія.	Знати етіологію та патогенез захворювань, обмін речовин в патологічно змінених тканинах. Визначити етіологію та патогенез одонтогенних епітеліальних пухлин.
4. Загальна хірургія.	Знати методи обробки рук хірурга. Вміти накладати шви на тканини.

3. ОРГАНІЗАЦІЯ ЗМІСТУ НАВЧАЛЬНОГО МАТЕРІАЛУ.

Одонтогенні пухлини та пухлиноподібні процеси відносяться до органоспецифічних та зустрічаються тільки у щелепних кістках. Гістогенез таких захворювань пов'язаний з тканинами, з яких формується зуб.

Радиккулярна кіста.

Етіологія. Причиною є запальний процес в щелепі білякореневої ділянки зуба.

Клініка. Росте повільно, роками, безболісно, довготривалий час не помітно для хворого. При збільшенні кісти за рахунок накопичення в ній продуктів розщеплення та трансудату із судин оболонки кісти.

При витонченні кістки пальпаторно відмічається симптом «пергаментного хрусту», вперше описаний Дюпюїтреном, а в місцях повного розсмоктування кістки наявна флюктуація. При аспірації вмісту кісти шприцем отримуємо рідину світло-жовтого кольору або, інколи, з бурим або коричневим

відтінком. В ній вміщається холестерин, який добре помітно під мікроскопом, а при висиханні - простим оком. Розміри кісти різні: від горошини і до курячого яйця.

Фолікулярна (білякоронкова) кіста.

Походження кісти відбувається:

- по перше, в зв'язку з довготривалим хронічним запаленням біля коренів прорізавшихся молочних або постійних зубів;

- по друге, в зв'язку з розвитком зубного фолікула.

Клінічна картина схожа з клінічною картиною радикальної кісти. Диференційна діагностика ґрунтується на даних рентгенівського знімку, на якому в порожнині кісти знаходиться повністю сформований зуб.

Ретромолярна (парадентарна) кіста.

Розташовується в ділянці кута нижньої щелепи. Походження її пов'язане з хронічним запальним процесом в білязубних тканинах та утрудненим прорізуванням зуба мудрості.

Гінгівальна кіста – інша назва “залоза Серра”, “перлина Епштейна”. Частіше виявляється у дітей та в похилому віці. Клінічний перебіг без симптомів. Батьки дітей приймають її за передчасно прорізавшийся зуб. Об'єктивно має вигляд білісуватого, округлого, щільного, з перламутровим відтінком, утворення. Не потребує спеціального лікування.

Диференційну діагностику одонтогенних кіст проводять з кістозною формою адамантиноми, з остеобластокластою, одонтогенною фібромою, м'якою одонтомою, раком та саркомою щелеп та ін..

Лікування всіх кіст - хірургічне. У 1892 і 1910 роках Партч запропонував два методи операцій – цистотомію (Партч – I) та цистоектомію (Партч – II).

Цистотомію використовують дуже рідко. Суть операції полягає в тому, що із порожнини кісти створюють додаткову бухту порожнини рота. Ця операція показана при наявності кісти великих розмірів, видалення якої загрожує пораненням судин, нервів або переломом нижньої щелепи. Крім того, її використовують у пацієнтів похилого віку, слабких хворих, у дітей з молочним прикусом. Її перевагами є: простота виконання, мала травматизація, виключення можливості рецидиву. Недоліком цистотомії є тривалий термін наявності порожнини.

Цистектомія – повне видалення кісти з оболонкою та ушиванням рани наглухо. Переваги операції полягають у відсутності необхідності тривалого догляду за післяопераційною раною та в можливості прискорення репаративних процесів.

Недоліками операції є випадкова травматизація судин та нервів, проникнення в гайморову порожнину, можливість рецидиву процесу, пошкодження сусідніх зубів.

ОСТЕОГЕННІ ПУХЛИНОПОДІБНІ НОВОУТВОРЕННЯ ЩЕЛЕП

ФІБРОЗНА ДИСПЛАЗІЯ

Вперше фіброзну остеодисплазію виділив В.Р. Брайцев в 1927 р., коли він представив чіткий опис морфологічної картини захворювання. До цього фіброзна дисплазія була описана під різними назвами, частіше всього, як фіброзна остеодистрофія, одностороння фіброзна остеодистрофія, фіброкістозна хвороба, фіброостеома та ін. У 1938 р. Lichtenstein підтвердив дослідження В.Р. Брайцева, і тому, цей процес іменують, як пухлину Брайцева-Ліхтенштейна.

У класифікації А.А. Колесова фіброзна дисплазія віднесена до розряду остеогенних пухлиноподібних утворень, а у Т.П. Виноградової — до доброякісних пухлин.

За даними щелепно-лицевої клініки Московського медичного стоматологічного інституту (А.А. Колесов, 1964), фіброзна дисплазія зустрічається у 7,8% хворих з ураженням щелеп пухлинами і пухлиноподібними утвореннями.

Патогенез остаточно не з'ясований. На думку В.Р. Брайцева (1927), Lichtenstein (1938, 1942), Jaffe (1942), в основі фіброзної остеодисплазії лежить порушення нормального процесу кісткоутворення, яке полягає в тому, що на певній стадії розвитку мезенхіма диференціюється не в кісткову тканину, а у фіброзну.

Клініка. Захворювання виявляється, частіше всього, в дитячому і юнацькому віці, рідко - у дорослих, протікає протягом довгого часу приховано і лише у поодиноких хворих зустрічаються больові відчуття. Нерідко захворювання виявляється в перші роки життя. У дітей спостерігаються випадки бурхливого або циклічного перебігу. Фіброзна дисплазія зустрічається в 3-4 рази частіше у жінок, ніж у чоловіків, виявляється у вигляді монооссального або одностороннього поліоссального захворювання. Крім ураження діафізарних відділів трубчастих кісток, стегон, великоберцевих кісток, а також плечових і променевих кісток, уражаються кістки обличчя і мозкового черепа. На кінцівках захворювання виявляється здуттям та деформацією або укороченням їх, кульгавістю, болем. Кісткові розростання в

мозковому і лицевому черепі бувають односторонніми і, тому, спричиняють значну асиметрію обличчя. Улюбленої локалізації фіброзної дисплазії в щелепах немає. Сформований осередок на щелепі виглядає, як кісткове здуття або нерівномірна горбистість кістки. Якщо «пухлина» локалізується біля краю орбіти, з'являється симптом випинання очного яблука з деформованої і звуженої очної ямки. Це призводить до одностороннього «левого» спотворення черепа. На нижній щелепі у дітей може мати місце як дифузне ураження всієї щелепи, так і ізольоване залучення в процес лише однієї суглобової головки. При ураженні нижньої щелепи функція її, як правило, не страждає, рот відкривається вільно, жування залишається безболісним.

В деяких випадках поліоссальної фіброзної остеодисплазії має місце (переважно у дівчаток) синдром Олбрайта, який характеризується наявністю не тільки кісткових змін, але і передчасним статевим дозріванням, пігментними плямами на шкірі, які створюють враження географічної карти. Локалізуються вони, головним чином, на животі, спині, сідницях, бічній поверхні тулуба, проміжності і стегнах. Shira та співавт. (1975) спостерігли фіброзну дисплазію нижньої щелепи з клінічними проявами у вигляді епізодичного росту пухлини, мимольотного болю, припухлості, лихоманки, збільшення ШОЕ. Антибіотикотерапія давала тільки короточасний ефект. З осередків ураження були висіяні грампозитивні мікроорганізми, які, на думку авторів, і є флорою. Аналогічну картину ми спостерігали при фіброзній остеодисплазії гілок щелепи, коли батьки для лікування у дитини запалення в привушній області довгий час застосовували теплові процедури. У таких випадках надмірність теплових процедур може привести, навіть, до абсцедування, утворенню свища, після чого хворого починають помилково лікувати з приводу хронічного остеомієліту гілки щелепи.

Рентгенологічна картина фіброзної дисплазії поліморфна. Це обумовлено тим, на якій фазі розвитку нормальної кістки наступило порушення остеогенезу, і який морфологічний компонент переважає у момент обстеження. Крім того, картина ураження залежить і від того, на якій щелепі (верхній або нижній) воно локалізується. Так, на нижній щелепі, особливо у дітей, частіше зустрічаються зміни комірчастого характеру на фоні збільшення і здуття кістки. Ці зміни можуть бути як одно-, так і двосторонніми, симетричними. У одних випадках відмічається перевага нерівномірного ущільнення кістки, в інших, — досить чітко обмежений дефект кісткової тканини овальної форми, або дифузне чередування ділянок ураження кісткової тканини з осередками ущільнення.

На верхній щелепі ураження завжди одностороннє, і, частіше, досягає значного ступеню щільності і облітерації верхньощелепної пазухи, аж до повного її зникнення. Проте, можуть бути, навпаки, випадки збільшення верхньощелепної пазухи і затемнення її, на цьому фоні помітна інтенсивніша тінь, яка вдається в порожнину м'якотканинного утворення, іноді із замикаючою кістковою «шкаралупою» по його краю. На фоні диспластичних осередків розсмоктування коренів зубів не спостерігається. Іноді, при дифузній формі дисплазії нижньої щелепи, на рентгенограмі визначаються періостальні нашарування, які нерідко наводять на помилкову думку про остеогенну саркому або хронічний остеомієліт щелепи.

При всіх формах фіброзної остеодисплазії відсутні будь які загальні біохімічні зміни в організмі; зокрема, рівень кальцію і фосфору в плазмі крові, як правило, не змінюється, і, лише, у деяких хворих відмічено збільшення кальцію і зменшення фосфору крові.

Клінічний перебіг захворювання хронічний, тривалий, доброякісний, але, в поодиноких випадках, спостерігається злякисне переродження патологічного осередку з перетворенням його у веретеноподібну, круглоклітинну, поліморфноклітинну саркому або фібросаркому.

Фіброзну дисплазію необхідно диференціювати з генералізованою фіброзною остеодистрофією (хвороба Енгеля-Реклінгаузена), остеобластокластою, саркомою, кістами, хронічним остеомієлітом щелепи та ін. Перші два захворювання відрізняються тим, що при них має місце велика кількість остеокластів, остеокластична резорбція кістки, кров'яні «озера» і «заболочування кістки» з утворенням кіст; всього цього немає при фіброзній остеодисплазії. Генералізована фіброзна остеодистрофія розвивається в нормально розвиненій кістці, тоді як фіброзна дисплазія є природженим порушенням процесу кісткоутворення. При хворобі Енгеля-Реклінгаузена має місце гіперкальціємія.

Для остеогенної саркоми характерним є швидкий розвиток і руйнування кіркової речовини, а також періостальні розростання — поява «козирка Бредена» і спікул.

Хондросаркома, хоч і протікає більш повільно, але локалізується, частіше, в передньому відділі верхньої щелепи і шейках суглобових відростків. Порівняно чітко і часто саркому (особливо остеогенну) можна виявити при застосуванні радіоіндикаційного методу дослідження, оскільки в ній активніше фіксується радіоактивний фосфор.

Одонтогенна кіста відрізняється наявністю яскраво янтарного пунктату з домішкою кристалів холестерину і чіткішими контурами дефекту на рентгенограмі.

Від хронічного остеомієліту щелепи фіброзну остеодисплазію відрізняє те, що при остеомієліті в анамнезі буде вказівка на гострий початок захворювання, який був раніше, а дисплазія починається поволі, повільно прогресуючи, зазвичай, непомітно для хворого. Коли з'являється асиметрія обличчя в результаті диспластичного збільшення щелепи (зазвичай, в ділянці гілки нижньої щелепи) на фоні деяких больових відчуттів, хворі (або батьки хворих дітей) застосовують теплові процедури, що призводить на початку до застійних, а потім, запальних явищ в шкірі і підшкірній основі, провокуючи цим постановку діагнозу остеомієліту щелепи. Проте, вказані особливості анамнезу про початок захворювання і типова для дисплазії рентгенологічна картина, за відсутності внутрішньоротових або зовнішніх свищів, допомагають встановити діагноз фіброзної остеодисплазії. Гістологічне дослідження розсіює всякі сумніви.

Лікування фіброзної остеодисплазії хірургічне — вискоблювання. Виниклий дефект щелепи поступово заміщується кістковою тканиною. Деякі автори при фіброзній дисплазії нижньої щелепи застосовують радикальну операцію, що полягає в частковій субперіостальній резекції нижньої щелепи з одночасною кістковою пластикою, але це допустиме лише у дорослих хворих за умови різкої деформації обличчя. Променева терапія при фіброзній дисплазії позитивного результату не дає.

ХЕРУВІЗМ

Херувізм називають один з видів диспластичного ураження нижньої щелепи, який характеризується симетричним здуттям кістки в ділянці її обох кутів. В результаті цього обличчя набуває майже квадратну і одутловато-округлу форму, подібну обличчю херувима.

Патогенез захворювання вивчений недостатньо, проте, більшість авторів схильні відносити його за рахунок порушення кісткоутворення під впливом неврогенних та інкреторних факторів. Відмічається передача хвороби по спадку, що дало привід для появи вельми виразних синонімів: «сімейна полікістозна хвороба», «сімейна фіброзна дисплазія», «сімейна двостороння гігантоклітинна пухлина щелепи».

Клініка. Хвороба починається незабаром після народження або в 1,5-3 роки; розвивається повільно, безболісно, досягаючи чіткої картини до 15-18 місяців. Зазвичай, батьки і оточуючі не бачать патології, відносять деформацію обличчя за рахунок вгодованності дитини.

В період статевого дозрівання хвороба прогресує, викликаючи больові відчуття, а після закінчення цього періоду процес припиняється, розміри кутів щелепи поступово зменшуються, обличчя набуває більш нормальних контурів. Процес може зазнати зворотній розвиток. За даними В.В. Рогинського, в половині випадків при херувізмі у дітей виявляється збільшення не тільки нижньої, але, одночасно, і верхньої щелепи.

Пальпаторно в ділянці кутів нижньої щелепи визначається куполоподібне здуття; внутрішня поверхня нижньої щелепи при цьому не змінюється.

Характерною особливістю херувізму є або порушення закладки зубних зачатків (що виявляється згодом, в тому або іншому ступеню, вираженою адентією), або порушення термінів прорізування, форми і локалізації зубів, які вже прорізувалися.

Рентгенологічно визначається кістозне ураження щелепи (межі «кіст» з віком стають нечіткими, а кількість їх зменшується). Нижньощелепна кістка роздута, стоншена, а попереду кутів має нормальну структуру.

Гістологічно наявні широкі поля клітинно-волокнистої фіброзної тканини, серед якої безліч вузликів із скупченням гігантських багатоядерних клітин типу остеокластів, що приводить нерідко до помилкової постановки діагнозу остеобластокластоми або гіперпаратиреоїдної фіброзної остеодистрофії. Проте, на відміну від остеобластокластоми, при херувізмі немає головного її компоненту — проліферуючих остеобластів. Якщо гістологічне дослідження проводиться у стадії зворотнього розвитку херувізму, в ділянці патологічного осередку спостерігаються утворення кісткових балочок, які з часом стануть могутнішими і замістять диспластичний дефект в кістці.

Лікування консервативне: достатньо лише спостерігати за хворим, оскільки з віком хвороба регресує, обличчя набуває нормальної форми. У дитячому віці необхідна ортодонтична допомога; дорослим, за показаннями, виготовляють протези.

Прогноз. У дитячому віці хірургічна допомога неефективна, оскільки через 1-2 роки спостерігаються рецидиви. Проте, інколи, доводиться поступатися наполегливим вимогам хворих, яких турбує квадратна форма обличчя, і усувати деформацію хірургічним шляхом.

ДЕФОРМУЮЧИЙ ОСТОЗ (ХВОРОБА ПЕДЖЕТА, ДЕФОРМУЮЧА ОСТЕОДИСТРОФІЯ).

У 1877 р. Peget описав рідкісне і своєрідне захворювання скелета, яке вважав хронічним запальним процесом і назвав його osteitis deformans. Починаючи з робіт Stenholm (1924), це захворювання, як і хвороба Енгеля-Реклінгаузена, вчені почали відносити не до запальних, а до остеодистрофічних процесів, вважаючи їх різновидами одного і того ж страждання. Проте, в 1932 р. Schmort встановив, що ці захворювання повинні розрізнятися як в етіологічному, так і патологоанатомічному аспектах: при хворобі Педжета кісткова речовина має абсолютно іншу структуру, чим при хворобі Енгеля-Реклінгаузена.

Етіологія і патогенез хвороби Педжета з'ясовані недостатньо. Спроби пов'язати її з сифілітичною інфекцією, ревматизмом, ендокринними захворюваннями, травмою, антигенними впливами, конституціональною неповноцінністю скелета і його переважанню не одержали загального визнання. Достовірнішим слід визнати припущення А.В. Русакова про те, що хвороба Педжета відноситься до диспластичних процесів, близьких до пухлин, а можливо, і є своєрідною кістковою пухлиною. У основі такої точки зору лежать дані про безперервну функціональну перебудову кістки, в процесі якої відбувається не тільки руйнування, але і збільшення її, що нагадує ріст пухлини.

Мікроскопічна картина хвороби Педжета свідчить про посилену патологічну перебудову кістки: з'являється безліч, так званих, ліній склеювання, де процес розсмоктування кістки припиняється, а в подальшому відбувається нашарування нової кісткової речовини. Нескінченна зміна цих двох процесів, що протікають поза фізіологічними рамками, обумовлює характерну макро- і мікроструктуру уражених кісток. Розсмоктування відбувається за участю остеокластів; утворюються глибокі лакуни, кістковий мозок заміщається рихло-волокнистою тканиною, що зрослася з ендостом. Вміст органічних речовин в уражених кістках збільшений, а неорганічних, - різко зменшений. На цьому фоні нерідко розвивається остеосаркома.

Клініка. Деформуючий остоз частіше спостерігається у чоловіків у віці понад 40 років, хоча може виникати і значно раніше, — в дитячому або юнацькому віці. Schmort розрізняє дві форми хвороби Педжета: монооссальну і поліоссальну. На відміну від хвороби Енгеля-Реклінгаузена, при поліоссальній формі хвороби Педжета ніколи не вражаються всі кістки. Порушення звичайно обмежуються тими кістками, які несуть значне механічне навантаження: стегнова, великоберцева, хребет, кістки мозкового і лицевого черепа. При цьому, уражені кістки піддаються різкій деформації. Зокрема, при ураженні лицевих кісток виникає типова деформація: потовщення виличних кісток, западіння перенісся, потовщення підборіддя. Обличчя набуває схожості з лівовою мордою, що дало підставу назвати цей стан як leontiasis ossea. При цьому можливий розвиток невралгії гілок трійчастого нерва.

При локалізації процесу в мозковому черепі відмічається головний біль, збільшення кола черепа, яке може досягти 70 см. Поступово мозковий череп нависає над лицевим. Обличчя здається маленьким, іноді виникає порушення психіки, сплутання свідомості.

На рентгенограмі кістки, яка уражена хворобою Педжета, визначається безладне чергування порівняно щільних і розпушених ділянок, що нагадує мозаїку з пластівцевих ділянок, схожих з грудками вати. У інших випадках можна бачити дрібні кістозні порожнини, потовщення кістки.

Диференціальний діагноз необхідно проводити з хворобою Енгеля-Реклінгаузена, сифілітичним ураженням і акромегалією лицевих кісток. У зв'язку з цим, необхідно пам'ятати, що порушень загального характеру при хворобі Педжета не відмічається, зокрема, немає змін в кількістному складі кальцію і фосфору в крові, чим відрізняється це захворювання від хвороби Енгеля-Реклінгаузена.

При генералізованій остеодистрофії, як і при хворобі Педжета, відбувається розсмоктування старої і утворення нової кістки; проте, гістологічна різниця між ними істотна: при хворобі Педжета разом з розростанням сполученої і остеїдної тканин є гніздові осередки звапніння новоутвореної кістки, які обумовлюють деформацію і нерівний рельєф ураженої кістки. На відміну від гіпертиреїдної остеодистрофії, при хворобі Педжета різко активізується остеопластична функція періоста. Крім того, слід мати на увазі те, що генералізована остеодистрофія вражає частіше людей більш молодих і, переважно, жіночої статі.

Сифілітичне ураження відрізняється тим, що воно не викликає збільшення черепних кісток, рідко локалізується в епіфізах. Гумозні деструктивні осередки розташовані більш субперіостально: періостальна реакція при сифілісі буває дуже часто, а при хворобі Педжета — відсутня.

Акромегалія не супроводжується структурними змінами кісткової речовини, як це має місце при хворобі Педжета.

Лікування деформуючої остеодистрофії є симптоматичним і паліативним: для зменшення головного болю, болю при невралгії трійчастого нерва можна застосувати променеве лікування. Призначають вітамінотерапію, гідротерапію, спокій, посилене харчування. Хірургічні втручання у вигляді видалення різко виступаючих частин лицевих кісток носять суто косметичний характер.

ПАРАТИРЕОЇДНА (ГЕНЕРАЛІЗОВАНА) ФІБРОЗНА ОСТЕОДИСТРОФІЯ, АБО ХВОРОБА ЕНГЕЛЯ - РЕКЛІНГАУЗЕНА

У 1864 р. Engel описав макроскопічну картину, а в 1891 р. Recklinhausen — мікроскопічну характеристику системного захворювання скелета, яке було ними названо фіброзним оститом. Автори вважали, що в основі даного захворювання лежить запалення кістки, що призводить до заміщення кісткової тканини фіброзною тканиною. Проте, в 1924 р. Stenholm на підставі своїх досліджень рішуче висловився проти запальної природи захворювання, яке описали Engel і Recklinhausen, вважаючи, що ця хвороба має в своїй основі не запалення, а дистрофію; тому, автор запропонував іменувати її фіброзною остеодистрофією.

Патогенез захворювання досить добре вивчений А.В. Русаковим (1925), який довів, що хвороба Енгеля-Реклінгаузена — своєрідне ендокринне захворювання, яке розвивається в результаті пухлинного збільшення і гіперфункції паращитовидної залози; на його думку, під впливом надмірного вироблення паратиреоїдину відбувається бурхлива перебудова в кістках скелету. Це дало підставу А.В. Русакову запропонувати нову назву хвороби — паратиреоїдна остеодистрофія, найбільш радикальний спосіб лікування якої — видалення пухлини паращитовидної залози. Віденський хірург Mandl (1926) підтвердив на практиці правильність такого патогенетичного трактування захворювання і теоретичного обґрунтування операції, запропонованої Русаковим. Проте, на його думку, в походженні генералізованої остеодистрофії грає роль не тільки гіперфункція паращитовидної залози. Це витікає з того, що в експерименті введення гормону вказаної залози викликає зміни лише подібні, але не повністю ідентичні всім ознакам хвороби. Очевидно, є ще якісь інші чинники, які грають роль у виникненні хвороби.

Патологічна анатомія. Суть мікроскопічних змін при хворобі Енгеля-Реклінгаузена полягає в наступному: кістковий мозок піддається поступовому осередковому розсмоктуванню і заміщенню волокнистою сполучною тканиною; кісткові балочки піддаються лакунарному розсмоктуванню. Це приводить до утворення кісткових порожнин, стоншування кіркової речовини і поступової заміни його примітивними кістковими структурами, неповноцінними в механічному відношенні, але які зберігають функціональну спрямованість. Кісткові балочки, що утворюються з них, швидко піддаються розсмоктуванню і заміщенню такими ж недовговічними утвореннями. В деяких випадках проліферація остеогенної тканини протікає настільки бурхливо, що тверді кісткові балочки не утворюються і відбувається розростання лише кісткотворних клітин. Даний процес приводить до виникнення серозних і кров'яних кіст. На відміну від процесів, що спостерігаються при остеобластокластомах, тут немає бластоматозного компонента пухлини. В результаті швидкої і прогресуючої декальцинації кісток у всьому організмі наступають характерні зміни: у нирках, легенях, травнєвій системі відкладаються солі кальцію. Розвивається картина вапняного нефрозу, нефрокальцинозу, ниркових каменів, калькульозного піелонефриту. Вапно відкладається в клітинах печінки, в стінках артерій кінцівок, що може привести до гангрені пальців. Унаслідок посиленої перебудови кісток різко зростає потреба організму в холекальциферолі (вітаміні D₃), яка не покривається звичайними кількостями його в їжі.

Клініка. Спочатку осередки ураження кісткової тканини нічим себе не проявляють. Ураження щелепної кістки багато в чому зовні нагадують прояви остеобластокластоми; проте, через відсутність активного і вираженого бластоматозного процесу кістка мало збільшується в своєму об'ємі або навіть зовсім не збільшується.

Характерним для паратиреоїдної остеодистрофії є розм'якшення і деформація кісток без істотного збільшення їх об'єму. Особливо незначне місце мають зовні помітні зміни за наявності мало активної пухлини паращитовидної залози.

Постійним симптомом хвороби є гіперкальціємія — підвищення змісту кальцію в плазмі крові до 3,49-4,99 ммоль/л (у нормі 2,25-2,74 ммоль/л) і зниження вмісту неорганічного фосфору до 0,48 ммоль/л (при нормі 0,97-1,13 ммоль/л). При пункції можна одержати кров, а якщо в кістці вже сформувалася серозна кіста — рідину без кристалів холестерину. На рентгенограмі визначається розрідження і стоншення не тільки щелеп, але і інших кісток.

Диференціальна діагностика з одонтогенною кістою ґрунтується на тому, що кіста на рентгенограмі має чіткіші і ясно визначувані контури, а при пункції її можна одержати яскраво - янтарну рідину з кристалами холестерину.

Що ж до адамантиноми, саркоми і міксони щелеп, то вирішальним чинником в диференціації їх з хворобою Енгеля-Реклінгаузена є наявність змін з боку крові і інших кісток при хворобі Енгеля-Реклінгаузена і відсутність цих змін при вказаних трьох пухлинах.

Лікування генералізованої остеодистрофії повинне бути патогенетичним — оперативне видалення збільшеної паращитовидної залози. Крім того, слід призначати полівітаміни (А, В₁, В₁₂, С, D) в поєднанні із загальним кварцевим опромінюванням, іонофорезом кальцію хлориду в ділянці ураженої щелепи.

Прогноз. Перебіг хвороби хронічний, млявий; описані лише окремі випадки гострої паратиреоїдної остеодистрофії із смертельним наслідком (від інтоксикації у зв'язку з масивним надходженням в кров великої кількості паратгормону). При запізненому лікуванні прогноз несприятливий (можливі переломи різних кісток,

петрифікація нирок з розвитком нефропатії — ниркового каменеутворення, піелонефриту, петрифікація легенів, периферичних судин і т. п.).

4. ПЛАН І ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА НАВЧАЛЬНОГО ЗАНЯТТЯ З ДИСЦИПЛІНИ.

№ з/п	Етапи заняття	Розподіл часу	Види контролю	Засоби навчання (об'єкти, які використовуються в навчальному процесі як носії інформації та інструменти діяльності викладача і студента)
1.	Підготовчий етап	5 хв.	Усне опитування за переліком питань. Письмове тестування. Практичний тренінг. Вирішення клінічних задач. Створення алгоритмів лікарських дій, професійний тренінг.	Комп'ютер (ноутбук). Мультимедійні методичні розробки. Анатомічні муляжі. Відео- та фотоматеріали. Електронні довідники. Рентгенограми, ортопантомограми, томограми. Набір інструментарію. Результати лабораторних, цитологічних та гістологічних досліджень.
1.1	Організаційні питання	5 хв.		
1.2	Формування мотивації			
1.3	Контроль початкового рівня підготовки (стандартизовані засоби контролю)	10 хв.		
2.	Основний етап (вказати всі види робіт, які виконують студенти під час цього етапу).	60 хв.		
3.	Заключний етап	10 хв.		
3.1	Контроль кінцевого рівня підготовки			
3.2	Загальна оцінка навчальної діяльності студента			
3.3	Інформування студентів про тему наступного заняття			

4.5. Види самостійної роботи студентів.

1. Вивчити такі питання ($\alpha=I$):

- 1.1. Дати загальну характеристику одонтогенним епітеліальним пухлинам.
- 1.2. Які новоутворення відносять до одонтогенних епітеліальних кіст щелеп?
- 1.3. Перерахувати клінічні ознаки різних одонтогенних епітеліальних кіст щелеп.
- 1.4. Діагностика та диференційна діагностика одонтогенних епітеліальних кіст щелеп.
- 1.5. Методи лікування одонтогенних епітеліальних кіст щелеп.
- 1.6. Перерахувати ускладнення, які виникають при одонтогенних епітеліальних кістах.
- 1.7. Анатомія кісток лицевого скелету.
- 1.8. Ембріогенез та гістологічна будова кісток обличчя.
- 1.9. Теорії походження пухлиноподібних уражень щелеп.
- 2.0. Гістологічні та клінічні класифікації пухлиноподібних уражень щелеп.
- 2.1. Клінічна картина пухлиноподібних уражень щелеп.
- 2.2. Діагностика та диференційна діагностика пухлиноподібних уражень щелеп.
- 2.3. Методи лікування пухлиноподібних уражень щелеп.
- 2.4. Прогноз та ускладнення під час та після лікування пухлиноподібних уражень щелеп.

2. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю ($\alpha=II$):

- 2.1. Яку назву має ясенева кіста в інших джерелах?

A. «Перлина Епштейну».

B. Адамантинома.

C. Періостальна кіста.

D. Парадентарна кіста.

E. Фолікулярна кіста.

(Правильна відповідь: A).

2.2. Коли частіше виникає парадентарна кіста?

A. В похилому віці.

B. В молодому віці.

C. На беззубій щелепі.

D. У немовлят.

E. У підлітків.

(Правильна відповідь: B).

2.3. Кісти прорізування клінічно знаходяться:

A. На апікальній частині зуба.

B. Між зубами.

C. Під зубом.

D. В тілі щелепи.

E. В гілці щелепи.

(Правильна відповідь: C).

2.4. При фіброзній дисплазії вражаються:

A. Кістки лица та мозкового черепу.

B. Тільки кістки лицевого черепу.

C. Тільки кістки мозкового черепу.

D. Тільки щелепи.

E. Зубні зачатки.

(Правильна відповідь: A).

2.5. Які основні ознаки фіброзної дисплазії?

A. Односторонні кісткові розростання в ділянці мозкового та лицевого черепа.

B. Кісткові розростання в ділянці мозкового та лицевого черепа завжди двохсторонні та симетричні.

C. Вражаються, переважно, кістки середньої зони обличчя.

D. Найчастіше вражається кут нижньої щелепи.

E. Кісткові розростання завжди супроводжуються больовим симптомом.

(Правильна відповідь: B).

2.6. При хворобі Педжета вражаються:

A. Переважно трубчасті кістки.

B. Переважно плескаті кістки.

C. Діафізарні відділи трубчастих кісток.

D. Тільки кістки лицевого скелету.

E. Тільки кістки мозкового черепу.

(Правильна відповідь: B).

3. Тестові завдання з множинним вибором:

3.1. Для радикулярної кісти характерними є симптоми:

A. Зміна кольору зуба.

B. Пергаментного хрусту.

C. Вазапарезу.

D. Тремтіння верхівки зуба.

E. Венсана.

(Правильна відповідь: A,B,C,D).

3.2. Назвіть етапи цистектомії.

A. Розріз.

B. Відшарування окістя.

C. Вилучення кісти.

D. Обробка рани.

E. Накладання швів.

(Правильна відповідь: A,B,C,D,E).

3.3. Назвіть недоліки цитотомії.

- A. Тривалий період заживлення.
- B. Необхідність постійного та ретельного догляду за післяопераційною раною.
- C. Незручності для пацієнта.
- D. Неможливість нормально розмовляти.
- E. Порушення ковтання.

(Правильна відповідь: A,B,C).

3.4. Для херувізма характерні наступні ознаки:

- A. Безболісний перебіг.
- B. Здуття обох кутів нижньої щелепи.
- C. Стабільність процесу.
- D. Ризик малігнізації.
- E. Спонтанний перлом нижньої щелепи.

(Правильна відповідь: A,B,C).

3.5. Назвіть симптоми фіброзної дисплазії.

- A. Асиметрія обличчя.
- B. Кульгавість.
- C. Звуження очної щілини.
- D. Парез лицевого нерва.
- E. Екзофтальм.

(Правильна відповідь: A,B,C,E).

3.6. З якими захворюваннями необхідно диференціювати хворобу Педжета?

- A. Сифіліс.
- B. Генералізована остеодистрофія.
- C. Хронічний остеомієліт.
- D. Акромегалія.
- E. Перелом верхньої щелепи.

(Правильна відповідь: A,B,D).

4. Задачі для самоконтролю:

4.1. У пацієнта при рентгенологічному дослідженні на рентгенограмі верхньої щелепи спостерігається деструкція кісткової тканини округлої форми з чіткими межами розміром 0,7x0,7 см в проекції верхівки кореня 27 зуба. Поставте діагноз.

(Відповідь: кістогранульома).

4.2. При огляді хворого виявлено деформацію альвеолярного відростка верхньої щелепи в ділянці 22, 24 зубів. 23 зуб відсутній. Перехідна складка в межах цих зубів згладжена, слизова оболонка блідо-рожевого кольору, при пальпації щільної консистенції, безболісна. На рентгенограмі 22, 24 зубів відмічається деструкція кісткової тканини округлої форми з чіткими рівними межами. В проекції цієї деструкції знаходиться коронка зуба. Поставте діагноз.

(Відповідь: фолікулярна кіста).

4.3. Чоловік 35 років звернувся до лікаря зі скаргами на потовщення альвеолярного відростка верхньої щелепи. Попередній діагноз: радикулярна кіста верхньої щелепи. Що буде виявлено під час пункції альвеолярного відростка в ділянці "потовщення" у пунктіаті?

(Відповідь: жовтувата рідина).

4.4. У хворої, 22 років, виявлено потовщення обох виличних кісток та підборіддя, западіння перенісся. Зовнішній огляд обличчя нагадує «левину морду». Спостерігається гіперостоз, потовщення та викривлення кісток скелету. Яке захворювання можна запідозрити у хворої?

(Відповідь: хвороба Педжета).

4.5. Хворий, 20 років, звернувся зі скаргами на біль в зубах нижньої щелепи, її здуття, деформацію обличчя. Об'єктивно: здуття щелепи безболісне, щільне, бугристе, м'які тканини не змінені. Відкривання рота вільне, підщелепні лімфатичні вузли не пальпуються. Яке захворювання можна запідозрити у хворого?

(Відповідь: фіброзна остеодисплазія нижньої щелепи).

4.6. У хворого 18 років виявлено наступну клінічну картину: обличчя має квадратну форму за рахунок потовщення ділянок кутів нижньої щелепи, періодичні болі в ділянці кутів щелепи. На рентгенограмі – дрібнопетлиста структура кістки нижньої щелепи в ділянках їх кутів. Деформація спостерігається з моменту народження, болі з'явилися близько 6 місяців тому. Який діагноз?

(Відповідь: херувізм).

4.6. Перелік індивідуальних завдань (не передбачено робочою навчальною програмою з дисципліни).

4.8. Перелік теоретичних питань до підсумкового модульного контролю.

1. Клініка та лікування радикальної кісти нижньої щелепи.
2. Фолікулярна кіста щелепи: клініка, диференціальна діагностика, лікування.
3. Резидуальна кіста щелеп: етіологія, патогенез, диференційна діагностика, лікування.
4. Парадентарна кіста щелеп: етіологія, патогенез, диференційна діагностика, лікування.
5. Остеогенні пухлиноподібні утворення: остеодисплазія, паратиреоїдна остедистрофія, хвороба Педжета, еозинофільна гранульома: походження, клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.

4.9. Перелік практичних завдань та робіт до підсумкового модульного контролю.

1. Вміти зібрати анамнез та провести клінічне обстеження хворого, правильно оформити історію хвороби, встановити діагноз і призначити лікування.
2. Вміти виконати будь-який вид місцевого знеболення в щелепно-лицевій ділянці.
3. Вміти взяти матеріал для цитологічного або гістологічного дослідження.
4. Підготувати набір інструментарію для цистектомії.
5. Підготувати набір інструментарію для цистотомії.
6. Обстежити хворого з пухлиною, встановити діагноз та призначити лікування.

6. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Бернадський Ю.Й. Основи щелепно-лицевої хірургії і хірургічної стоматології. К. Спалах, 2003.- 512 с.
2. Маланчук В.О., Копчак А.В. Доброякісні пухлини та пухлиноподібні ураження щелепно-лицевої ділянки та ший / Навчальний посібник. – К.: Видавничий дім «Асканія», 2008. – 320 с.
3. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: В 2-х темах. / Под ред. В.М.Безрукова, Т.Г.Робустовой. - Изд. 2-е, перераб. и доп. - М.: Медицина, 2000. – 776 с.
4. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. - К.: Червона Рута-Турс, 2004. - 1061 с.
5. Хирургическая стоматология в схемах и таблицах: Учеб. пособие для студентов и врачей-интернов / Г.П.Рузин, А.А. Дмитриева - Харьков: ХГМУ, 2001. - 108 с.
6. Хирургическая стоматология: Учебник / Под ред. Т.Г. Робустовой. - М.: Медицина, 1999. - 576 с.

Додаткова література:

1. Губайдулина Е.Я., Цегельник Л.Н. Опухоли, опухолеподобные поражения и кисты лица, органов полости рта, челюстей и шеи // Хирургическая стоматология . - М.: Медицина, 1996. – С.512-624.
2. Корытный Д.Л. Зубные кисты: 'Казахстан, Алма-Ата, 1972. - 141 с.
3. Солнцев А.М., Колесов В.С. Кисты челюстно-лицевой области и шеи. – К., 1982. - 96 с.
4. Колесов А.А., Воробьев И.Ю. Новообразования мягких тканей. – К., Здоровья, 1991 - 312 с.
5. Савицкий В.А., Черепанов А.Н. Нейрофиброматоз Реклингаузена Клиника, диагностика и хирургическое лечение/. - М.: Медицина, 1972.. 250 с
6. Сагатбаев Д.С. Опухоли челюстно-лицевой области, 1998. – 206 с.
7. Солнцев А.М., Колесов В.С. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта. - Киев: Здоровья, 1985. - 150 с.
8. Ермолов В.Ф. Доброкачественные новообразования и опухолеподобные образования слизистой оболочки полости рта: Автореф. дис. д - ра. мед. наук -М., 1995. 46 с.

17. Рак, саркома м'яких тканин порожнини рота і обличчя, кісток лицевого черепа. Пластичне усунення дефектів щелеп та м'яких тканин ЩЛД. Рентгенодіагностика злоякісних пухлин, диференційна діагностика, лікування.

1. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 1.1. Аналізувати захворюваність злоякісних новоутворень м'яких тканин порожнини рота і обличчя, кісток лицевого черепа.
- 1.2. Пояснювати патогенез виникнення злоякісних новоутворень тканин щелепно – лицевої ділянки.
- 1.3. Запропонувати методи діагностики злоякісних новоутворень м'яких тканин порожнини рота і обличчя, кісток лицевого черепа.

1.4. Класифікувати злоякісні новоутворення м'яких тканин порожнини рота і обличчя, кісток лицевого черепа.

1.5. Трактувати патологічну анатомію злоякісних новоутворень щелепно – лицевої ділянки.

1.6. Малювати схеми лікування та пластичного усунення дефектів щелеп та м'яких тканин щелепно – лицевої ділянки при злоякісних новоутвореннях м'яких тканин порожнини рота і обличчя, кісток лицевого черепа.

1.7. Проаналізувати висновки рентгенологічних та інших діагностичних методів досліджень злоякісних новоутворень щелепно – лицевої ділянки, встановити остаточний діагноз.

1.8. Скласти план лікування злоякісних новоутворень м'яких тканин порожнини рота і обличчя, кісток лицевого черепа в залежності від стадії захворювання та клінічної групи.

2. БАЗОВИЙ РІВЕНЬ ПІДГОТОВКИ.

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
4. 1. Анатомія людини.	Описання анатомічної будови та особливостей кровопостачання, іннервації, лімфатичної системи голови та шиї.
2. Гістологія та патологічна анатомія.	Знання гістологічної будови та патологічних змін в м'яких тканинах порожнини рота і обличчя, кісток лицевого черепа при злоякісних новоутвореннях.
3. Загальна хірургія.	Визначення та обґрунтування плану хірургічного лікування при злоякісних новоутвореннях щелепно – лицевої ділянки, пропонування методів відновлюючих операцій.
4. Внутрішні хвороби.	Огляд та обстеження пацієнта, призначення клінічних досліджень, встановлення діагнозу, описання історії хвороби.
5. Топографічна анатомія та оперативна хірургія.	Схематичне зображення операцій при злоякісних новоутвореннях м'яких тканин порожнини рота і обличчя, кісток лицевого черепа.
6. Пропедевтика хірургічної стоматології.	Володіння методами забору матеріалу для цитологічного та гістологічного дослідження.

3. ОРГАНІЗАЦІЯ ЗМІСТУ НАВЧАЛЬНОГО МАТЕРІАЛУ.

Злоякісні новоутворення губ.

Рак губи виникає в ділянці червоної облямівки губ, в 90-95 % вражає нижню губу і зустрічається, переважно, у людей 40-60 років. Чоловіки хворіють в 3,4 рази частіше, ніж жінки.

Етіологія. Рак нижньої губи частіше виникає у осіб, які зазнають тривалого впливу атмосферних чинників – тривала інсоляція, обвітрювання, зміна вологості, температури. Значну роль відіграють хронічна травматизація губ каріозними зубами і неправильно виготовленими протезами, хронічна травма внаслідок паління тютюну (мікроопіки), вірусна інфекція та ін.

Патогенез. Внаслідок дегенеративно-проліферативних змін клітин мальпігієвого шару епітелію губ порушуються процеси ороговіння, що призводить до виникнення передракового стану. Згідно класифікації А.Л.Машкіллейсона облігатними передраками губи є: преанцерозний хейліт Манганотті, вогнищевий гіперкератоз червоної облямівки губ, бородавчастий передрак червоної облямівки губ та хвороба Боуена. Серед факультативних передраків з більш високою вірогідністю малігнізації є: папілома, ерозивна і бородавчаста форми лейкоплакії, шкірний ріг, кератоакантома та ін. Такі захворювання, як хронічний хейліт, ерозивна та гіперкератотична форма червоного вовчаку та плескатої лишаю, хронічні виразки та тріщини губи при тривалому існуванні та відсутності адекватного лікування, також, можуть стати причиною виникнення раку.

Патологічна анатомія. Рак нижньої губи розвивається з багат шарового плескатої епітелію червоної облямівки і, в подальшому, може поширюватись на слизову оболонку і шкіру. Переважна більшість пухлин губи (80-95%) – це плоскоклітинний ороговіваючий рак, близько 4-18% спостережень припадають на неороговіваючі форми, дуже рідко – базальноклітинний і недиференційований рак. Найбільш агресивний злоякісний перебіг хвороби спостерігається у недиференційованих форм плоскоклітинного раку без ороговіння.

Для раку губ характерним є лімфогенне метастазування, віддалені метастази спостерігаються рідко. Першим етапом метастазування раку губи є підпідборідні та піднижньощелепні лімфатичні вузли,

другим етапом – глибокі лімфатичні вузли шиї (позадущелепні, вздовж внутрішньої яремної вени і сонної артерії), третій етап – надключичні.

Класифікація раку губи. В залежності від розповсюдженості пухлинного процесу вітчизняна класифікація передбачає розподіл раку губи на чотири стадії:

I. Пухлина або виразка розміром до 1,5 см, яка обмежена слизовою оболонкою або підслизовим шаром червоної облямівки, без метастазів;

IIa. Пухлина або виразка, яка обмежена слизовою оболонкою або підслизовим шаром червоної облямівки розміром від 1,5 см, але не більше половини губи, без метастазів;

IIб. Пухлина або виразка таких самих або менших розмірів, але при наявності метастазів в 1-2 рухомих регіонарних лімфатичних вузлах;

IIIa. Пухлина або виразка, яка займає більшу частину губи, з проростанням в її товщу або поширенням на кут рота, щоку, м'які тканини підборіддя, без метастазів;

IIIб. Пухлина або виразка таких самих розмірів або менше поширена, однак з наявністю обмежено рухомих регіонарних метастазів;

IV. Пухлина займає більшу частину губи з проростанням всієї товщини і розповсюдженням на кісткову тканину щелепи, з метастазами в нерухомих регіонарних лімфатичних вузлах, або будь-яких розмірів пухлина з віддаленими метастазами.

Класифікація раків губи, слизової оболонки порожнини рота, язика.
(коди МКХ – 10: C00; C02 – 06) за системою TNM (6-е видання, 2002 рік).

Анатомічні розділи та підрозділи.

Губа.

1. Зовнішня поверхня верхньої губи (червона облямівка) – C00.0.
2. Зовнішня поверхня нижньої губи (червона облямівка) – C00.1.
3. Комісури губи – C00.6.

Порожнина рота.

1. Слизовий шар щік:
 - Слизова поверхня верхньої і нижньої губ (C00.3, C00.4).
 - Слизова оболонка щоки (C06.0).
 - Ретромоларна ділянка (C06.2).
 - Щічно-губна борозда, верхня і нижня – присінок рота (C06.1).
2. Альвеолярна поверхня (відросток) слизової оболонки ясен верхньої щелепи (C03.0).
3. Альвеолярна поверхня (відросток) слизової оболонки ясен нижньої щелепи (C03.1).
4. Тверде піднебіння (C05.0).
5. Язик:
 - Дорсальна поверхня передніх двох третин язика (C02.0) і бічна поверхня (C02.1).
 - Вентральна (нижня) поверхня передніх двох третин язика (C02.2).
6. Передня частина дна ротової порожнини (C04.0).

TNM клінічна класифікація.

T - первинна пухлина;

T_x – недостатньо даних для оцінки первинної пухлини;

T₀ – первинна пухлина не визначається;

T_{is} - передінвазивна карцинома (carcinoma in situ);

T₁ – пухлина до 2 см в найбільшому вимірі;

T₂ – пухлина понад 2 см, але не більш ніж до 4 см в найбільшому вимірі;

T₃ – пухлина більше 4 см в найбільшому вимірі;

T₄ – губа: пухлина поширюється на сусідні структури (наприклад, кортикальний шар нижньої щелепи, нижній альвеолярний нерв, дно ротової порожнини, шкіру обличчя);

T_{4a} – порожнина рота (резектабельні): пухлина поширюється на сусідні структури (наприклад, кортикальний шар кістки, глибокі м'язи язика, верхньо-щелепну пазуху, шкіру обличчя);

T_{4b} – порожнина рота (резектабельні): пухлина поширюється на жувальні м'язи, крилоподібну пластинку або основу черепа і (або) охоплює внутрішню сонну артерію;

N – регіонарні лімфатичні вузли;

N_x – недостатньо даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів;

N₀ – немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів;

N₁ – метастази в одному гомолатеральному лімфатичному вузлі до 3 см у найбільшому вимірі;

N₂ – метастази в одному гомолатеральному лімфатичному вузлі до 6 см у найбільшому вимірі, або чисельні метастази в гомолатеральних лімфатичних вузлах, жоден з яких не перевищує 6 см у

найбільшому вимірі, або білатеральні, або контрлатеральні метастатичні вузли розміром до 6 см у найбільшому вимірі;

N_{2a} – метастаз у гомолатеральному лімфатичному вузлі до 6 см у найбільшому вимірі;

N_{2b} – чисельні метастази в гомолатеральних лімфатичних вузлах, жоден з яких не перевищує 6 см у найбільшому вимірі;

N_{2c} – білатеральні або контрлатеральні метастатичні лімфатичні вузли розміром до 6 см у найбільшому вимірі;

N_3 – метастази в лімфатичних вузлах понад 6 см у найбільшому вимірі.

Примітка: лімфатичні вузли по середній лінії тіла вважаються гомо-латеральними.

M – метастази у віддалені органи;

M_x – недостатньо даних для визначення віддалених метастазів;

M_0 – немає ознак віддалених метастазів;

M_1 – є віддалені метастази;

pTNM Патоморфологічна класифікація.

Категорії **pT**, **pN**, **pM** відповідають категоріям **T**, **N** та **M**.

pN0 – матеріал для гістологічного дослідження після селективної шийної регіонарної лімфаденектомії повинен включати не менш ніж 6 лімфатичних вузлів; після радикальної чи модифікованої радикальної шийної лімфаденектомії не менш ніж 10 лімфатичних вузлів.

G – гістологічна градація.

G_x – Ступінь диференційної пухлини не може бути визначений;

G_1 – високий ступінь диференціації;

G_2 – середній ступінь диференціації;

G_3 – низький ступінь диференціації;

G_4 – недиференційована пухлина.

Групування за стадіями.

Стадія 0	T_{is}	N_0	M_0
Стадія I	T_1	N_0	M_0
Стадія II	T_2	N_0	M_0
Стадія III	T_3	N_0	M_0
	T_1	N_1	M_0
	T_2	N_1	M_0
	T_3	N_1	M_0
Стадія IVa	T_{4a} , T_1 , T_2 , T_3 , N_2 , M_0	N_0 , N_1	M_0
	T_{4a}	N_2	M_0
	будь-яке T	N_2	M_0
Стадія IVb	T_{4b}	будь-яке N	M_0
Стадія IVc	будь-яке T	будь-яке N	M_1

Клініка. Клінічні прояви раку губи досить різноманітні. Розрізняють екзофітні та ендофітні види росту пухлини.

До екзофітних належать папілярна та бородавчата форми, які виникають на фоні папілом, обмеженого вогнищового гіперкератозу.

До ендофітних форм належать виразкова та виразково-інфільтративна, які виникають на фоні хейліту Манганотті та інших деструктивних дискератозів. Перебіг ендофітних форм раку агресивніший. Виразкова форма характеризується поступовим поглибленням виразкової поверхні, дно виразки стає нерівним, форма – неправильною, краї підвищені, інфільтровані, завдяки чому виразка має кратероподібний вигляд. Спочатку виразка безболісна, але, внаслідок приєднання запальних явищ, з'являється біль.

При виразково-інфільтративних формах раку губи зона інфільтрації значно перевищує зону деструкції і має щільну консистенцію.

Слід підкреслити, що ранні симптоми раку губи є мало помітними, і вони, зазвичай, губляться на фоні існуючого передракового процесу. Ознакою малігнізації може бути посилення деструктивного процесу та поява інфільтрату. Зазвичай, на межі червоної облямівки шкіри з'являється жорстке ущільнення, яке нагадує струп. Після зняття рогових мас оголюється рожева поверхня з дрібними сосочками, які вкриті крапельками крові та лімфи. Струп може відпадати самостійно, але з часом він поновлюється. Темп росту пухлини від повільного до швидкого поширення на всю губу, більш інтенсивний при ендофітних формах раку. В пізніших періодах, як екзофітні, так й ендофітні форми

раку губи, прогресуючи, неодмінно приводять до виникнення інфільтративно-виразкових форм, що супроводжується утворенням великих дефектів губи, кута рота, підборіддя з переходом на нижню щелепу. На цій стадії розвитку хвороби приєднуються значні запальні явища. Стан таких хворих різко погіршується і вони гинуть від виснаження, приєднання пневмонії або від кровотечі з пухлини, яка розпадається.

Діагностика. Діагноз раку нижньої губи ґрунтується на даних огляду як неозброєним оком, так і з застосуванням стоматоскопії (хейлоскопії). Ці методи дають змогу виявити характер та глибину виразки, побачити валик інфільтрації навколо виразкової форми раку, визначити стан оточуючої слизової оболонки, на тлі якої виник осередок новоутворення. Застосування прижиттєвого фарбування 1% водним розчином толуїдинового синього дає змогу побачити зони, підозрілі на малігнізацію (зони передпухлинних утворень залишаються незабарвленими, а клітини раку фіксують синій колір).

Пальпація губи через всю товщу здійснюється великими і вказівними пальцями, що дає змогу визначити справжні розміри пухлини. Пальпацію регіонарних лімфатичних вузлів слід проводити одночасно з обох боків. При підозрі на рак губи обов'язково слід поводити цитологічне дослідження (мазків-відбитків або ін.) із пухлинної виразки (патологічну ділянку очищують від кірок, некротичного нальоту, після чого беруть матеріал для цитологічного дослідження); досліджують, також, пунктат із регіонарних лімфатичних вузлів. Біопсію бажано виконувати в умовах онкологічного диспансеру.

Рак губи на початкових стадіях розвитку необхідно диференціювати з преканцерозами, туберкульозом і сифілісом. Туберкульозна виразка дуже болюча, плоска, має навколо себе вінчик гіперемії. У сифілітичній виразки підриті краї і "сальне" дно. Однак, остаточне значення мають морфологічні і бактеріологічні дані, для сифілісу – серологічні реакції.

Методи лікування. Перед початком лікування хворих слід переконати в необхідності припинити паління тютюну і провести санацію порожнини рота. Для вибору методу лікування враховують стадію, клінічну і морфологічну форми пухлини.

Лікування при I стадії переважно променево: близько - фокусна рентгенотерапія сумарною вогнищевою дозою до 70 Гр. У випадку радіо-резистентних раків застосовують хірургічне лікування – широке прямокутне або трапецієподібне електровисічення пухлини з пластичним закриттям дефекту. Застосовують, також, кріохірургію. Лімфатичні вузли при I стадії захворювання не видаляють.

При II стадії захворювання для лікування первинного вогнища застосовують близько - фокусну рентгенотерапію сумарною вогнищевою дозою до 70 Гр. При поодиноких регіонарних метастазах, які зміщуються, (II б стадія) – виконують операцію Ванаха або її модифікації (верхню шийну лімфаденектомію).

При III стадії раку губи для лікування первинної пухлини застосовують променеві або комбіновані методи. Дистанційну гама-терапію, як самостійний метод, проводять до сумарної вогнищевої дози 60 Гр. В окремих випадках дистанційна гама-терапія після досягнення 40-45 Гр може бути доповнена близько-фокусною рентгенотерапією або внутрішньо-тканинною гама-терапією до загальної сумарної вогнищевої дози 60-65 Гр. При IIIа стадії виконують операцію Ванаха за I або II варіантом з профілактичною метою.

Лікування регіонарних метастазів при IIIб стадії комбіноване. Дистанційну гама-терапію сумарною вогнищевою дозою 40 Гр на зони регіонарного метастазування виконують одночасно з проведенням променевої терапії первинного вогнища. Безпосередньо після вилікування первинної пухлини виконують фасціально-футлярне видалення клітковини шиї або операцію Крайля.

При IV стадії процесу при відсутності віддалених або множинних регіонарних метастазів, які не зміщуються, цілком виправдана спроба комбінованого лікування: проведення передопераційної дистанційної гама-терапії в поєднанні з розширеними і комбінованими операціями з широким видаленням нижньої губи, фронтального відділу нижньої щелепи, тканин дна порожнини рота, а також, двобічне видалення клітковини з лімфатичними вузлами зон метастазування.

З паліативною метою можливе проведення телегаматерапії до 40 Гр. При кровотечі показана перев'язка зовнішніх сонних артерій. Інколи, значної регресії пухлини вдається досягти після проведення внутрішньоартеріальної регіонарної хімотерапії (метотрексат, блеоміцин).

При рецидивах раку губи після променевої терапії показане широке (відступаючи не менш 2-3 см від пухлини) електрохірургічне видалення пухлини або кріодеструкція.

Прогноз залежить від стадії захворювання, особливостей гістологічної будови пухлини, своєчасності та адекватності лікування. Стіжке вилікування при всіх стадіях захворювання становить 50-70%.

При I-II стадіях п'ятирічне виживання спостерігається у 90% хворих. Менш сприятливий перебіг спостерігається при неороговіваючих формах раку і, особливо, при мало диференційованих раках.

Злоякісні новоутворення язика та слизової оболонки порожнини рота.

Етіологія. Початок раку слизової оболонки порожнини рота та язика можна пояснити з позицій поліетіологічної теорії походження раку. Механічні подразнення, температурні, хімічні, біологічні чинники, не будучи специфічними, при незадовільному гігієнічному стані ротової порожнини ініціюють розвиток як передракових станів, так і самого раку. Каріозні зуби з гострими краями виявляються близько у 50 %, а недосконалі ортопедичні конструкції – у 10% хворих на рак язика. Факторами, які сприяють збільшенню захворюваності, належать, також, паління тютюну, закладання під язик НАСу, жування листя бетелю, хронічні опіки алкоголем та ін. Внаслідок дії цих чинників слизова оболонка язика та ротової порожнини грубішає, втрачає еластичність, надмірно ороговіває, проявляється дискератоз в тій чи іншій формі.

Передракові захворювання. Згідно до класифікації А.Л.Машкіллейсона до передракових захворювань, які передують розвитку раку слизової оболонки порожнини рота належать хвороба Боуена (облігатний передрак) та група факультативних передраків з більшою потенційною злоякісністю: лейкоплакія ерозивна та верукозна, папілома та папіломатоз піднебіння; з меншою потенційною злоякісністю: лейкоплакія плеската, хронічні виразки слизової оболонки порожнини рота, ерозивні та гіперкератотичні форми червоного плескатого лишая та червоного вовчака, пострентгенівський стоматит та інші.

Патологічна анатомія. Макроскопічно рак слизової оболонки порожнини рота зустрічається у вигляді як екзофітних форм, до яких належать папілярні і бородавчасті (верукозні) пухлини, так і ендофітних форм, серед яких слід розрізняти виразкові, інфільтративні та виразково-інфільтративні пухлини.

Екзофітні форми раку трапляються у 20-30% хворих і мають вигляд сосочкових, бородавчастих або грибоподібних утворень на широкій основі.

Серед ендофітних форм частіше спостерігаються виразкові (30-40 %), для яких характерна наявність виразки з валикоподібними підвищеними краями, інфільтрованими стінками і основою. Інфільтративні форми найчастіше спостерігаються в ділянці задньої третини язика (біля 5 %) і характеризуються наявністю щільного інфільтрату під незміненою слизовою оболонкою. Внаслідок подальшого розвитку процесу початкові форми раку набувають характеру виразково-інфільтративних.

Гістологічно 90 % злоякісних епітеліальних пухлин слизової оболонки порожнини рота є плоскоклітинні ороговіваючі раки, інколи зустрічаються неороговіваючі та недиференційовані. За гістологічною будовою рак передніх відділів язика переважно є плоскоклітинним, ороговіваючим, тобто високо диференційованим. Ближче до кореня язика зустрічається рак плоскоклітинний неороговіючі, який є менш диференційованим, та перехідні форми. Низькодиференційований рак (головним чином кореню язика) складає біля 2-3 %. В ділянці кореню язика та піднебіння зустрічаються також залозистий рак, мукоепідермоїдний рак та аденокистозні карциноми (циліндроми), які виникають із малих слинних залоз.

Метастазування майже завжди носить лімфогенний характер. Метастазами уражаються переважно регіонарні лімфатичні вузли. Гематогенні метастази у віддалені органи спостерігаються дуже рідко. Регіонарними для слизової оболонки порожнини рота та язика вважаються підпідборідні, піднижньощелепні, заглоткові та верхні глибокі шийні лімфовузли. Найпостійнішою та самою чисельною групою первинних лімфатичних вузлів є ланцюжок глибоких шийних лімфатичних вузлів. Особливо часто спостерігається ураження цих регіонарних лімфатичних вузлів у хворих на рак кореню язика (до 70%).

Для раку переднього відділу порожнини рота і язика першим етапом метастазування є піднижньощелепні і підпідборідні лімфовузли, для раку задніх відділів порожнини рота і задньої третини язика крім того є глибокі шийні лімфовузли (верхні, середні і навкологлоткові). Другим етапом метастазування є шийні лімфовузли і третім – надключичні. У хворих на рак язика і дна порожнини рота спостерігається значно раніше і часто двобічне або перехресне метастазування і агресивний перебіг.

Класифікація раку язика за стадіями розвитку.

А. Вітчизняна:

I стадія – пухлина до 1 см в найбільшому вимірі, що розповсюджується лише на глибину слизової оболонки та підслизового шару. Метастазів немає.

II стадія – пухлина або виразка більшого розміру, що вростає в товщу підлеглої м'язової тканини, але не виходить за середню лінію язика.

IIб стадія – пухлина такого ж розміру або менша з наявністю однобічних поодиноких рухомих регіонарних метастазів.

IIIа стадія – пухлина або виразка, що розповсюджується за середню лінію язика або на дно порожнини рота.

IIIб стадія – пухлина того ж розміру або менша, але при наявності множинних рухомих регіонарних метастазів або обмежено рухомих поодиноких метастазів.

IV стадія – пухлина, яка вражає більшу частину язика і розповсюджується не тільки на сусідні м'язи тканини, але і на кістки лицьового скелету. Пухлини менших розмірів з нерухомими регіонарними метастазами або віддаленими метастазами.

Клінічна картина раку слизової оболонки порожнини рота і язика в значній мірі визначається як локалізацією процесу, так і характером росту новоутворення та стадією його розвитку. Виділяють три клінічні періоди розвитку раку порожнини рота:

I – початковий (бідний симптомами): на слизовій оболонці з'являються безболісні вузлики, тріщини, виразки, білі плями. Невдовзі з'являються біль, гіперсалівація, неприємний запах з рота;

II – розвинений період: внаслідок вторинних супутніх запальних змін у хворих виникають сильні болі з іррадіацією, утруднюється мова, хворі відмовляються від їжі, порушується сон, посилюється їхорозний запах із рота;

III – період занедбаності захворювання: рак швидко розповсюджується, процес є виключно агресивним. Пухлинний інфільтрат уражується, з'являється виразка, інфільтрат піддається розпаду, що ще збільшує страждання хворого. З'являється постійна кровоточивість з пухлинної тканини. Внаслідок росту пухлини зменшується рухомість язика; проростання пухлини в ділянку жувальних м'язів приводить до контрактури. Постійно прогресують явища некрозу. Внаслідок обмеження рухомості язика можлива аспірація інфікованої слини та харчових мас, що сприяє розвитку супутніх захворювань з боку органів дихання. Досить швидко наростає виснаження хворого.

В найближчі 2-3 місяці після перших ознак захворювання у хворого виникають збільшені регіонарні лімфатичні вузли, віддалені метастази спостерігаються досить рідко. Найбільш несприятливою локалізацією в порожнині рота вважається рак язика, дна порожнини рота, слизової оболонки ретромолярної ділянки. Для цих локалізацій характерним є більш ранне, часто двобічне або перехресне метастазування і злоякісніший перебіг захворювання.

Діагностика. Проведення кваліфікованих профілактичних оглядів лікарями-стоматологами, ретельне обстеження, диспансеризація та лікування хворих з передпухлинними захворюваннями сприяє профілактиці та ранній діагностиці раку слизової оболонки порожнини рота.

До обов'язкових методів обстеження належать: огляд, пальпація пухлини та регіонарних лімфовузлів, рентгенографія легенів для визначення віддалених метастазів в них, морфологічна верифікація процесу.

Правильний ранній діагноз раку слизової оболонки ротової порожнини можна встановити на основі аналізу анамнестичних даних, детального огляду. Огляд ділянки ураження слід проводити з допомогою дзеркал, шпателя, гачка Фарабефа. застосування стоматоскопії покращує результативність обстеження.

Для уточнення характеру патологічного осередку на слизовій оболонці доцільно застосовувати прижиттєве фарбування толуїдиновим синім. Зона злоякісної пухлини утримує яскраво-сине забарвлення, нормальна тканини та зона лейкоплакії не забарвлюється.

Під час огляду та пальпації ретромолярної ділянки, дна порожнини рота, язика необхідно язик обережно захопити марлевою серветкою за кінчик і максимально витягти останній в бік, протилежний розташуванню пухлини. Пальпацію дна порожнини рота, щоки, язика завжди слід проводити бімануально. Якщо пухлина локалізується в корені язика, необхідно зробити ларингоскопію, під час якої можна встановити характер розповсюдження процесу на ротоглотку та надгортанник. При підозрі на проростання злоякісної пухлини на прилеглі кісткові тканини необхідно рентгенологічне дослідження.

Вирішальна роль у встановленні діагнозу раку належить морфологічним дослідженням – цитологічному (дослідження мазків-відбитків, пунктатів лімфовузлів) та біопсії на фоні початкової променевої терапії.

Диференційна діагностика проводиться з неспецифічними запальними процесами і хронічними виразками, сифілісом, туберкульозом, актиномікозом, аберантним зобом кореню язика, доброякісними пухлинами.

Лікування. Перед початком спеціального лікування слід провести санацію порожнини рота. Метод лікування раку слизової оболонки порожнини рота та язика визначається локалізацією, ступенем розповсюдженості, морфологічною формою пухлини та загальним станом хворого. Найкращі результати отримують при застосуванні комбінованих методів, що полягають у використанні передопераційного курсу променевої терапії (I етап), з наступним електрохірургічним видаленням опроміненої пухлини (II етап) і широкого видалення одним блоком регіонарних лімфатичних вузлів, клітковини, що їх оточує та фасцій піднижньощелепної, під підборідної та шийної ділянок.

Найкраще розроблена методика лікування раку язика. При лікуванні раку передніх двох третин язика I та II стадії спочатку проводять дистанційну гама-терапію з двох щічно-піднижньощелепних полів (сумарна вогнищева доза 40-45 Гр) в поєднанні з близькофокусною рентгенотерапією (сумарна доза 40-60 Гр). Через 3-4 тижні після стихання явищ променевого епітеліту та повної реалізації ефекту променевої терапії, виконують половинну електрорезекцію язика (в II стадії). При наявності регіонарних метастазів виконується операція Валаха (у хворих на рак передньої третини язика) або фасціально-футлярне видалення клітковини шиї за Пачесом.

У хворих III стадією раку язика проводиться дистанційна гама-терапія сумарною вогнищевою дозою 40-45 Гр, яка може поєднуватись з близькофокусною рентгенотерапією (передні відділи язика) або внутрішньо-тканинною гама-терапією. Після стихання променевих реакцій, а також достатньої регресії пухлини проводиться розширена операція з розтином тканин щоки та електрорезекцією всіх уражених тканин. Таким втручанням повинна передувати перев'язка язикових або зовнішніх сонних артерій та одночасна операція Крайля.

Для цитостатичного лікування застосовують метотрексат, блеоміцин, комплексні сполуки платини, адриабластин. Найкраще вживати регіонарну внутрішньо-артеріальну хіміотерапію.

Хворим на рак язика IV стадії показане паліативне променеве лікування, в ряді випадків – регіонарна внутрішньо-артеріальна хіміотерапія.

При лікуванні раку кореню язика внаслідок складного анатомічного розташування пухлини головним чином застосовують дистанційну гама-терапію з захопленням зон метастазування сумарною вогнищевою дозою до 70 Гр.

Принцип лікування раку слизової оболонки інших відділів порожнини рота практично такої ж, як і у хворих на рак язика, однак, в залежності від анатомічного розташування має деякі особливості. На відміну від хірургії рака язика, яка вдосконалювалась завдяки вдосконаленню оперативної техніки багатьма видатними онкологами, оперативне лікування раку слизової оболонки інших відділів порожнини рота вважається мало перспективним.

Для лікування рецидивів раку язика та слизової оболонки порожнини рота останнім часом все частіше застосовується метод криодеструкції.

Прогноз. Особливості прогнозу залежать від стадії захворювання, анатомічної форми та гістологічної структури пухлини, виду та своєчасності лікування. Найнесприятливіший прогноз у хворих на рак задньої половини порожнини рота і язика при наявності інфільтративних форм розповсюджених новоутворень. В I-II стадіях при локалізації пухлини в передніх відділах язика виживається 75-50% хворих. Кращі результати дає комбінований метод лікування.

Реабілітація. Радикальне лікування раку слизової оболонки порожнини рота і язика супроводжується значною травматизацією, що призводить до порушення процесу ковтання та артикуляції (мови). Тому дуже актуальним є питання відновного лікування, адекватної пластики дефектів тканин. Після комбінованого лікування з проведенням операції Крайля спостерігається стійка втрата працездатності, хворі підлягають експертизі у МСЕК з встановленням II групи інвалідності.

Диференційна діагностика виразкових уражень слизової оболонки порожнини рота.

Травматична	Сифілітична	Туберкульозна	Актиномікотична	Ракова
Різко обмежена. Неправильної форми. Краї інфільтровані, щільні, болісні. Виразка неглибока із гладким дном,	Має «сальне» дно. Краї виразки обрубані, гладкі, помірної щільності, мало болісні. Біля основи виразки – безболісний інфільтрат.	Виразка неглибока; дно сірувато-жовтого кольору. Краї мілкі, підриті, фестончасті із мілкими грануляціями, які легко кровоточать.	Виразка – на місці актиномікотичного вузла; дно бухто подібне, місцями вкрите жовтуватими точками. При їх дослідженні знаходять друзі актиноміцетів. Біля основи виразки –	Виразка має кратероподібний вигляд. Краї дуже щільні, валикоподібні, які поступово спускаються до дна виразки. Дно жовтуватого кольору. Біля

вкритим епітелієм рожевого кольору. Біля основи виразки може бути болючий інфільтрат.		Навкруги виразки широкий запальний пояс. Виразка дуже болюча. Біля основи виразки – болючий інфільтрат.	щільний, мало болючий, «дерев'янистий» інфільтрат.	основи виразки – щільний інфільтрат, безболісний.
---	--	---	--	---

**Диференційна діагностика виразкових уражень щелепно-лицевої ділянки
(за Д.Л. Коритним)**

Види	Декубітальна	Трофічна	Туберкульозна	Сифілітична	Ракова
Локалізація	На ділянках дії травмую чого фактора	Дно порожнини рота, ретромоларній простори, язик	Частіше в середньому відділенні порожнини рота	В будь-якій ділянці порожнини рота та червоної облямівки губ	Частіше губа, язик
Кількість елементів	Поодинокі, мілкі, різної величини	Поодинокі, значної величини, глибокі	1-3 поверхневі, невеликі, з нахилом до периферійного росту	Поодинокі розміром від чечевиці до копійкової монети, круглої або овальної форми	Поодинокі, різної величини
Характеристика: а) країв	Нерівні, фістончасті	Рівні	Підриті, нависаючі, з'їдені	Рівні, щільні, підвищуються над оточуючими тканинами	Нерівні, з'їдені, вивернуті, підвищені
б) дна	Бугристе	Відносно рівне	Вкрите кровоточащими ранами, іноді залишками сірвато-жовтуватого розпаду	Рівне	Підрите, легко кровоточить
в) нальоту	Сіро-брудний в невеликій кількості	Обширний некротичний	Сірвато-жовтий	Сальний	Кров'янистогнійний або кірки
г) болючість та консистенція	Слабка болючість, помірно-щільна	Безболісна, м'яка	Дуже болісна, м'яка	Безболісна, щільна	Болюча, значної щільності
д) оточуючих	Гіперемовані, набряклі, інфільтровані на невеликому відстані	Мало змінені, бліді	Набряклі, гіперемовані, можуть бути сірвато-жовті «тільця Треля» - туберкульозні	Запалення відсутнє, незначно інфільтровані	Щільний інфільтрат, перебільшу

тканин	Збільшена, болюча	Зазвичай не змінені	бугорки При збільшенні утворюють «пакети», болюче	Збільшення, щільні, безболісні	є розміри виразки По первах не змінені, потім – збільшені, щільні, безболісні
е) стан регіонарних лімфатичних вузлів					
Дані цитологічних досліджень	Без особливостей	Значний розпад тканин	Гігантські клітини Ланганса, туберкульозні палички	В зішкрябі знаходяться бліді трепонени	Атипові або ракові клітини
Серологічні реакції	Негативні	Негативні	Позитивні реакції Перке та Манту	Позитивна реакція Вассермана та ін.	Негативні
Загальний стан хворого	Утруднений прийом їжі, субфебрилітет, головні болі, загальна слабкість	Наявні некомпенсовані порушення з боку серцево-судинної системи	Легеневі форми туберкульозу	Задовільне	В термінальній стадії - кахексія

Злоякісні пухлини щелеп.

Злоякісні пухлини щелеп можуть бути як епітеліального походження (плоскоклітинний рак, аденокістозна карцинома, аденокарцинома), так і сполучнотканинної природи – саркоми (остеосаркоми, хондросаркоми, фібросаркоми та ін.).

Серед пухлин щелеп слід розрізняти:

- первинні;
- вторинні;
- метастатичні.

Первинний плоскоклітинний рак щелеп зустрічається дуже рідко і походить із епітеліальних островків Малясе, епітеліальних залишків гертвігівської мембрани.

Вторинні раки виникають на слизовій оболонці порожнини рота або гайморової пазухи. В зв'язку з тим, що площа епітелію, який вкриває різні анатомічні відділи верхньої щелепи, значно більша в порівнянні з епітеліальним покривом нижньої щелепи, найчастіше зустрічається рак саме верхньої щелепи. Малігнізація слизової оболонки, яка вкриває альвеолярні відростки та піднебіння, відбувається під впливом різних канцерогенних чинників, які вже описані при розгляді раку слизової оболонки порожнини рота. Метاپлазія циліндричного мерехтливого епітелію слизової оболонки гайморової пазухи розвивається внаслідок тривалого хронічного запального процесу з періодичними загостреннями.

А. Злоякісні пухлини верхньої щелепи.

За останні роки спостерігається зростання захворюваності злоякісними пухлинами верхньої щелепи. Пухлини цієї локалізації складають близько 1% - 2% всіх злоякісних пухлин. Чоловіки та жінки хворіють з однаковою частотою переважно у віці 40 – 60 років.

Класифікації раку верхньощелепної пазухи.

Вітчизняна клінічна класифікація за стадіями:

I стадія – пухлина обмежена слизово-підслизовим шаром однієї стінки верхньощелепної пазухи. Регіонарні метастази не визначаються.

IIa стадія – пухлина з вогнищевою деструкцією кісткових стінок, яка не виходить за межі верхньощелепної пазухи. Регіонарні метастази не визначаються.

IIb стадія – пухлина такого самого, або меншого розміру, з поодиноким рухомим регіонарним метастазом на боці ураження.

IIIa стадія – пухлина з руйнуванням кісткових стінок, яка розповсюджується в одну або декілька суміжних анатомічних ділянок (орбіту, порожнину носа, порожнину рота та ін.). Регіонарні метастази не визначаються.

IIIб стадія – пухлина такого самого, або меншого ступеню розповсюженості з поодинокими, обмежено рухомими, або множинними рухомими регіонарними одно-, двобічними або контрлатеральними метастазами.

IVa стадія – пухлина, яка проростає в одну або декілька сусідніх анатомічних ділянок (шкіру обличчя, другу половину верхньощелепної кістки, вилицеву кістку, основу черепа) без регіонарних метастазів.

IVб стадія – пухлина того ж ступеню місцевого розповсюдження з не зміщуваними регіонарними метастазами, або пухлина будь-якого місцевого розповсюдження з клінічними ознаками віддалених метастазів.

Класифікація раків параназальних синусів

(коди МКХ – О С31.0, 1) за системою TNM (6-е видання, 2002 рік).

Анатомічні розділи та підрозділи:

Верхньощелепний синус – С31.0.

Решітчастий синус – С31.1.

Регіонарні лімфатичні вузли:

Регіонарними лімфатичними вузлами є шийні лімфатичні вузли.

TNM клінічна класифікація:

T_x — недостатньо даних для оцінки первинної пухлини.

T₀ — первинна пухлина не визначається.

T_{is} — преінвазивна карцинома (carcinoma in situ).

Верхньощелепний синус:

T₁ — пухлина обмежена слизовою оболонкою порожнини без ерозії або деструкції кістки.

T₂ — пухлина в стадії ерозії, або спричиняє деструкцію кістки, за винятком задньої стінки порожнини, але включаючи поширення на тверде піднебіння і/або середній носовий хід.

T₃ — пухлина поширюється на будь-яку з таких структур: задню стінку максиллярного синуса, підшкірні тканини, шкіру щоки, нижню або медіальну стінку орбіти, підскроневу ямку, крилоподібну ямку, решітчастий синус.

T₄ — пухлина поширюється на орбіту поза межі нижньої або медіальної стінок, основу черепа, носоглотку, основний синус, лобний синус.

Носова порожнина і решітчастий синус:

T₁ — пухлина обмежена будь-яким одним підрозділом і/або без деструкції кістки.

T₂ — пухлина проникає в носову порожнину.

T₃ — пухлина поширюється на передню частину орбіти і/або верхньощелепний синус.

T₄ — пухлина з інтракраніальним поширенням; поширенням на орбіту, включаючи верхівку, із захопленням основного і/або лобного синуса і/або шкіри носа.

N_x — недостатньо даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів.

N₀ — немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів.

N₁ — метастази в одному гомолатеральному лімфатичному вузлі до 3 см у найбільшому вимірі.

N₂ — метастази в одному гомолатеральному лімфатичному вузлі до 6 см у найбільшому вимірі, або чисельні метастази в гомолатеральних лімфатичних вузлах, жоден з яких не перевищує 6 см у найбільшому вимірі, або білатеральні, або контрлатеральні метастатичні лімфатичні вузли розміром до 6 см у найбільшому вимірі.

N_{2a} — метастаз у гомолатеральному лімфатичному вузлі до 6 см у найбільшому вимірі.

N_{2b} — чисельні метастази в гомолатеральних лімфатичних вузлах, жоден з яких не перевищує 6 см у найбільшому вимірі.

N_{2c} — білатеральні або контрлатеральні метастази в лімфатичні вузли розміром до 6 см у найбільшому вимірі.

N₃ — метастази в лімфатичних вузлах понад 6 см у найбільшому вимірі

Примітка: Лімфатичні вузли по середній лінії тіла вважаються гомолатеральними.

M_x — недостатньо даних для визначення віддалених метастазів.

M₀ — немає ознак віддалених метастазів.

M₁ — наявні віддалені метастази.

pTNM - Патоморфологічна класифікація.

Категорії **pT**, **pN** і **pM** відповідають категоріям **T**, **N** і **M**.

pN₀ — Матеріал для гістологічного дослідження після селективної шийної регіонарної лімфаденектомії повинен включати не менше 6 лімфатичних вузлів.

Матеріал для гістологічного дослідження після радикальної або модифікованої радикальної шийної лімфаденектомії повинен включати не менше 10 лімфатичних вузлів.

G — Гістопатологічна градація.

G_x — Ступінь диференціації не може бути визначений.

G₁ — Високий ступінь диференціації.

G₂ — Середній ступінь диференціації.

G₃ — Низький ступінь диференціації.

G₄ — Недиференційована пухлина.

Групування за стадіями.

Стадія 0	T _{is}	N ₀	M ₀
Стадія I	T ₁	N ₀	M ₀
Стадія II	T ₂	N ₀	M ₀
Стадія III	T ₁	N ₁	M ₀
	T ₂	N ₁	M ₀
	T ₃	N ₀ , N ₁	M ₀
Стадія IVa	T ₄	N ₀ , N ₁	M ₀
Стадія IVb	T _{4b}	будь яке N	M ₀
	будь-яке T	N ₃	M ₀
Стадія IVc	будь-яке T	будь-яке N	M ₁

Клініка. Клінічні ознаки початкових стадій раку верхньощелепної пазухи настільки незначні, що хворі, зазвичай, не надають їм потрібної уваги і своєчасно не звертаються за медичною допомогою. Тому, більшість хворих потрапляє в онкологічні заклади в занедбаних стадіях. Затримці своєчасного потрапляння хворих в спеціалізовану клініку сприяє помилкове розпізнавання захворювання і, внаслідок, неадекватне тривале лікування хворих з приводу інших захворювань. За даними Г.П. Іоанідіса, 35% хворих на рак верхньощелепної пазухи внаслідок помилкового діагнозу були прооперовані з приводу гаймориту, поліпа носа, періоститу верхньої щелепи та ін.

Симптоми раку верхньощелепної пазухи в значній мірі залежать від локалізації пухлини в тому чи іншому відділі гайморової пазухи та напрямку росту пухлини за межі пазухи. Для систематизації цих симптомів їх доцільно розділити на ринологічні, офтальмологічні, стоматологічні, неврологічні:

Ринологічні:

- гнійно-кров'янисті виділення з носа;
- одностороннє утруднення або повна відсутність носового дихання;
- деформація зовнішнього носа, зміщення носа в здоровий бік;
- аносмія.

Стоматологічні:

- зубний біль (переважно в ділянці молярів);
- розхитування зубів;
- дистопія зубів (латеральна девіація);
- деформація, потовщення альвеолярного відростка верхньої щелепи, піднебіння;
- тенденція до утворення ороантральних сполучень після екстракції зубів;
- контрактура жувальних м'язів (інвазія в ділянку крилоподібних м'язів).

Офтальмологічні:

- екзофтальм;
- диплопія;
- слъзотеча (обструкція слъзо-носової протоки);
- набряк повік;
- зниження гостроти зору.

Неврологічні:

- прозопалгії (біль в ділянці обличчя);
- симптоматичні тригемінальні невралгії;
- парестезії в зоні іннервації суборбітального нерву;
- виснажливий головний біль.

Визнаючи тісний взаємозв'язок між локалізацією злоякісної пухлини верхньощелепної пазухи та її клінічним перебігом, шведський отоларинголог Ohngren (1933) запропонував поділяти верхню

щелепу на 4 відділи (сектори або сегменти). Такий розподіл виконується внаслідок проведення двох площин, що перетинаються: перша площина фронтальна, вона проходить через медіальний кут ока та кут нижньої щелепи і розділює верхню щелепу і гайморову пазуху на дві приблизно однакові частини: передньо-нижню та верхньо-задню; друга площина сагітальна, вона проходить через зіницю ока, розділює гайморову пазуху, відповідно, на внутрішню (медіальну) та зовнішню (латеральну) половини.

Внаслідок цього утворюються 4 сектори:

- нижньо-передньо-внутрішній;
- нижньо-передньо-зовнішній;
- верхньо-задньо-внутрішній;
- верхньо-задньо-зовнішній.

Пухлина, яка виникає в кожному із вказаних секторів, має свої власні клінічну картину і напрямок пухлинного росту.

Площину, яка розділяє верхню щелепу на верхньо-задній та передньо-нижній відділи, деякі автори називають площиною або лінією зляжкості. Справа в тому, що пухлини задньо-верхніх відділів діагностуються значно пізніше, а пухлинний процес набагато раніше переходить на життєво важливі органи і, тому, прогноз при пухлинах цих локалізацій значно гірший.

Для пухлин нижньо-передньо-внутрішнього сектора характерними є слизові, слизово-гнійні або гнійно-кров'яністі виділення з носа. Проростання в порожнину носа приводить до ускладнення дихання ураженою половиною носа, пухлина стає видимою і доступною для біопсії при риноскопії. В пізніших стадіях спостерігається деформація лицьового скелету внаслідок руйнування передньої стінки гайморової пазухи, переднього відділу піднебіння, альвеолярного відростка верхньої щелепи. Пухлина може розповсюджуватись на м'які тканини. Носогубна борозна згладжується, з'являється асиметрія обличчя.

Пухлини нижньо-передньо-зовнішнього сектора викликають біль, розхитування зубів, деформацію альвеолярного відростка і верхньої щелепи в задніх відділах. Внаслідок руйнування задньої стінки і проростання пухлини в підскроневу та крилопіднебінну ямку виникають явища контрактури жувальних м'язів.

Пухлини задньо-верхньо-внутрішнього сектору часто діагностують в пізніших стадіях захворювання, тому що вони важко доступні для огляду і дослідження. Якщо пухлина спочатку проростає в носові ходи, то, насамперед, з'являються характерні симптоми (ускладнення носового дихання, кров'яністі виділення з порожнини носа), а при риноскопії у верхніх відділах носа можна побачити пухлину. Інфільтруючи ділянку орбіти, пухлина призводить до зміщення очного яблука вперед і латерально. Внаслідок здавлення пухлиною слъозового каналу виникає слъозотеча.

Пухлини задньо-верхньо-зовнішнього сектору, також, призводять до виникнення екзофтальму із зміщенням ока у внутрішні відділи, що супроводжується диплопією. Спостерігаються застійні явища, набряк повік. При подальшому збільшенні пухлини з'являється асиметрія обличчя, а потім і значна його деформація. Розвиток пухлин супроводжується інтенсивними, виснажливими болями в ділянці гілок трійчастого нерва, головним болем, явищами контрактури жувальних м'язів.

Діагностика. Для встановлення діагнозу зляжкості пухлини верхньощелепної пазухи ретельно знайомляться з анамнезом захворювання, в якому є можливість простежити постійне зростання симптомів захворювання і відсутність ефекту від лікувальних заходів.

Під час зовнішнього огляду хворого в пізніх стадіях захворювання визначають асиметрію і деформацію лицьового скелету, зміщення очного яблука.

Передня риноскопія дає можливість виявити пухлину в порожнині носа, видалити шматочок пухлини для гістологічного дослідження. Якщо пухлина не виходить за межі пазухи, виконують її пункцію і проводять цитологічне дослідження пунктату. При задній риноскопії можна встановити наявність або відсутність проростання пухлини в носоглотку. При цьому необхідно відрізнити "провисання" пухлини через хоани в просвіт носоглотки від пухлинної інфільтрації її стінок, бо це є одним із критеріїв операбельності хворого.

Огляд порожнини рота дає змогу визначити деформацію альвеолярного відростка й піднебіння; наявність дистопії, розхитування та випадіння зубів, виразки або горбистої пухлини.

За допомогою пальпації можна визначити інфільтрацію м'яких тканин у ділянці іклової ямки та нижньоорбітального краю, деформацію схилю носа та вилицевої кістки. Пальпацію м'яких тканин і кісток виконують бімануально, порівнюючи симетрично розташовані ділянки. Якщо знаходять пухлину, визначають пальпаторно її межі, консистенцію (щільна, хрящоподібна, еластична, м'яка), поверхню (горбиста, гладенька), спаяність з м'якими тканинами щоки.

Пальпаторне обстеження регіонарних (піднижньощелепних, привушних, шийних і надключичних) лімфатичних вузлів має велике діагностичне значення. При метастазах пухлин в піднижньощелепну ділянку та ділянку шиї визначаються щільні, частіше безболісні, лімфатичні вузли, які в подальшому стають нерухомими та зливаються в суцільні конгломерати.

Рентгенологічне дослідження лицевого скелету відіграє значну роль в уточненні клінічного діагнозу злоякісних пухлин верхньої щелепи. Використовується як оглядова, так і прицільна рентгенографія. Особливо інформативними є рентгенограми в носопідборідній (окципітоментальній) проекції та панорамна рентгенографія верхньої щелепи (за В.Д. Сидорою із співавт.). Великими діагностичними можливостями відзначається метод рентгенологічного дослідження додаткових пазух носа за допомогою їх штучного контрастування. Важливе значення має томографія (пошарове рентгенографічне дослідження). При виконанні томограм у фронтальній проекції перший зріз проходить на відстані 1 см від перенісся. Виконують 4-5 зрізів з томографічним кроком в 1 см. Можна виконувати зрізи і в сагітальних площинах. Значну діагностичну цінність в уточненні ступеня розповсюдженості злоякісних пухлин верхньої щелепи має комп'ютерна томографія, яка є набагато інформативнішою, ніж звичайне рентгенологічне дослідження.

При локалізації пухлини в задньо-верхньо-медіальному секторі необхідно визначити стан орбіти, зокрема цілість її стінок і рухомість очного яблука, тому обов'язковою є консультативне обстеження окуліста.

Ступінь розповсюдженості пухлини на задні відділи носових ходів і носоглотку можна виявити за допомогою фіброскопії.

Клінічний діагноз обов'язково повинен бути підтверджений результатами морфологічного дослідження (біоптату пухлини із носа або порожнини рота, якщо пухлина проростає в ці анатомічні відділи) або цитологічним дослідженням пунктату або промивних вод із гайморової пазухи.

Лікування. Складні топографо-анатомічні взаємовідносини ділянки верхньої щелепи, близькість передньої черепної ямки, орбіти, носоглотки, крило-щелепної та підскроневої ямок значно знижують можливість виконання онкологічно адекватних оперативних втручань, які б задовольняли вимогам абластики та антиабластики. Ці обставини, а також, пізня діагностика пухлин верхньощелепної пазухи зумовлюють необхідність комбінованого лікування. В усіх випадках, коли можна виконати операцію, перевагу надають саме комбінованому методу лікування. Він складається з 2 етапів: перший етап – передопераційний курс дистанційної гама-терапії сумарною вогнищевою дозою 40-45 Гр і другий етап – електрохірургічне видалення верхньої щелепи. Променева терапія, як компонент комбінованого лікування, відіграє важливу роль в забезпеченні радикалізму лікування, підвищенню абластичності операцій. За допомогою передопераційної променевої терапії вдається досягти зменшення пухлини, відмежування її, зниження потенціалу злоякісності. Післяопераційна променева терапія показана лише тоді, коли немає впевненості в радикалізмі виконаної операції.

Резекцію верхньої щелепи виконують через 3 – 4 тижні після закінчення передопераційного курсу променевої терапії. Труднощі локалізації пухлини зумовлюють проведення електрохірургічних операцій широкими позаротовими доступами, які дозволяють точніше визначити межі новоутворення і радикально його видалити. Найчастіше застосовують розтин м'яких тканин за Вебером.

При розповсюдженні пухлин на решітчастий лабіринт, ділянку орбіти показані розширені операції, часто з ексцентерацією орбіти. При цьому, слід враховувати перев'язку зовнішньої сонної артерії на стороні ураження для зменшення інтраопераційної втрати крові.

При підозрі або наявності метастазів в ділянці шиї одночасно з резекцією щелепи, якщо дозволяє стан хворого, виконують фасціальну-футлярне видалення клітковини шиї за Пачесом або операцію Крайля, відповідно.

В.С. Проциком розроблений комбінований метод лікування раку верхньої щелепи, який полягає в проведенні внутрішньоартеріальної хіміотерапії з застосуванням препарату «Метотрексат», наступної телегамматерапії за інтенсивною методикою (при щоденному фракціонуванні по 5 Гр сумарною вогнищевою дозою до 20 Гр). Через 1-2 дні виконують електрорезекцію верхньої щелепи з закладанням в післяопераційну порожнину стенового аплікатора з препаратами Co^{60} і підведенням дистанційної променевої терапії на післяопераційну рану дозою до 35-40 Гр. Після лікування таким хворим показана II група інвалідності.

Реабілітація. Хворі, яким проведені оперативні втручання з приводу злоякісних пухлин верхньої щелепи, потребують складного щелепно-лицевого протезування. Найчастіше застосовують трьох етапну методику протезування: 1) перед операцією виготовляють безпосередній протез – захисну платівку; 2) на 10-15 добу після операції виготовляють формуючий протез; 3) через місяць

виготовляють остаточний протез. Дефекти орбіти і м'яких тканин обличчя відновлюють за допомогою ектопротезів.

Крім складного протезування, такі хворі потребують відновлюючих операцій, навчання у логопеда, оздоровлення в будинках відпочинку і санаторіях загального профілю.

Прогноз. Прогноз, взагалі, несприятливий: вже на протязі 1 року після комбінованого лікування спостерігається від 30% до 60% рецидивів. Хіміотерапія та ізольована променева терапія, як правило, дають короткочасний ефект.

Б. Злоякісні пухлини нижньої щелепи.

В нижній щелепі зустрічаються первинні, вторинні та метастатичні злоякісні пухлини.

Первинний плескато-клітинний рак нижньої щелепи зустрічається дуже рідко і розвивається із епітеліальних залишків гертвігієвої мембрани.

Вторинний рак нижньої щелепи, найчастіше, розвивається внаслідок переходу злоякісного процесу із слизової оболонки альвеолярного відростку нижньої щелепи, а також, дна порожнини рота, ретромолярної ділянки, щоки.

Метастатичний рак нижньої щелепи зустрічається при метастазуванні в нижню щелепу злоякісних новоутворень внутрішніх органів, щитоподібної та молочної залоз.

Патологічна анатомія. Найчастіше рак нижньої щелепи належить до пухлин, які мають будову плескато-клітинної з ороговінням, і рідше – без ороговіння, карциноми. Пухлина може бути представлена ендofітньою або екзофітньою формами росту. Метастази раку нижньої щелепи спостерігаються значно частіше, ніж при раку верхньої щелепи. Метастазування - переважно лімфогенним шляхом в піднижньощелепні та шийні лімфатичні вузли.

Клініка. Початкові прояви раку нижньої щелепи можуть бути досить різноманітними. Ранніми симптомами є напади різкого болю з іррадіацією за ходом нижнього альвеолярного нерва. Поступово збільшується здуття кістки. Внаслідок деструкції стінок альвеол, тканин пародонту, що, інколи, має прихований перебіг, з'являються патологічна рухомість, а потім, і випадіння зубів. Пухлина проростає слизову оболонку альвеолярного гребеня, укривається виразками і поширюється на тканини дна порожнини рота. На цьому етапі розвитку рак нижньої щелепи важко відрізнити від раку слизової оболонки порожнини рота, який розповсюджується на нижню щелепу.

Рак нижньої щелепи може бути представленим у вигляді як пухлинного інфільтрату, так і пухлинної виразки. При розповсюдженні пухлини на прилеглі до щелепи органи і тканини внаслідок набряку й інфільтрації тканин виникає асиметрія обличчя. Значне руйнування нижньої щелепи пухлинним процесом може привести до спонтанного патологічного перелому, що може стати першою причиною звертання до лікаря. У випадку приєднання до пухлинного процесу запальних явищ, особливо в ділянках прикріплення жувальних м'язів, і при порушенні безперервності нижньої щелепи, виникають обмеження обсягу її рухомості, різко порушується функція жування. При переважному рості пухлини вглибину кісткової тканини крім швидкого руйнування кістки з утворенням патологічної кісткової порожнини відбувається, також, резорбція коренів прилеглих зубів; проростання пухлини в нижньощелепний канал супроводжується появою симптому Венсана.

Ураження регіонарних лімфатичних вузлів значно погіршує клінічну картину захворювання.

Діагностика. Для своєчасної діагностики важливе значення мають:

- правильно зібрані і ретельно проаналізовані анамнези захворювання та життя;
- ретельно проведене об'єктивне обстеження хворого;
- рентгенологічні, цитологічні та морфологічні методи дослідження належать до основних методів розпізнавання злоякісних новоутворень щелеп.

При ураженні нижньої щелепи раком на рентгенограмі визначаються:

- деструкція кісткової тканини з нечіткими межами;
- розширення періодонтальних щілин;
- деструкція кортикальної платівки стінок альвеоли та губчастої речовини навколо неї;
- розширення нижньощелепного каналу та ін.

Найбільш достовірною верифікацією діагнозу є морфологічна та цитологічна.

При наявності виразки або пухлини на слизових оболонках альвеолярного відростку, дна порожнини рота, ретромолярної ділянки та ін. виконують біопсію пухлини; в ранніх стадіях раку нижньої щелепи, по можливості, проводять пункційне або трепанаційне цитологічне дослідження. Обов'язкове цитологічне дослідження пунктату збільшених регіонарних лімфатичних вузлів.

Диференційну діагностику проводять для уточнення діагнозу. З цією метою необхідне виключення: травматичних ушкоджень; гострих, хронічних та специфічних запальних процесів;

врожденної патології; доброякісних одонтогенних і остеогенних пухлин, пухлин судин та м'яких тканин; злоякісних та метастатичних новоутворень щелепно – лицевої ділянки.

Лікування. Як і при інших локалізаціях раку порожнини рота лікування пухлин нижньої щелепи слід починати з санації. Протипоказанням є лише видалення зруйнованих та розхитаних зубів із зони росту злоякісної пухлини. Найкращі результати при лікуванні раку нижньої щелепи спостерігають при застосуванні комбінованих методів:

I етап – дистанційна гамма-терапія на вогнище і регіонарні піднижньощелепні лімфатичні вузли сумарною вогнищевою дозою 45 – 60 Гр.

II етап – хірургічне лікування через 3 – 4 тижні після закінчення променевої терапії – резекція або екзартикуляція половини нижньої щелепи з профілактичною фасціально - футлярною лімфаденектомією або (при наявності регіонарних метастазів) операцією Крайля.

Хворим із занедбанними стадіями призначають:

а) паліативну променеву терапію (до 70 Гр);

б) регіонарну внутрішньоартеріальну хіміотерапію цитостатиками (метотрексат, блеоміцин, цисплатин та ін.).

Видаленню пухлини нижньої щелепи повинен передувати комплекс заходів, спрямованих на виготовлення ортопедичних конструкцій, що використовуються для утримання в правильному положенні залишків нижньої щелепи (шина Ванкевич). Інколи, з цією ж метою застосовують назубні дротяні шини з міжщелепною еластичною тягою. Від комплексу ортопедичних заходів в значній мірі залежить швидкість загоєння рани і естетичний аспект післяопераційних рубців. Після лікування таким хворим показана II група інвалідності.

Реабілітація. В післяопераційному періоді, особливо після резекції значної частини нижньої щелепи і жувальних м'язів, годування хворого впродовж кількох тижнів здійснюють через носостравохідний зонд. Реконструктивні операції з метою заміщення дефектів нижньої щелепи – кісткову пластику, особливо після променевої терапії, доцільно виконувати через 10-12 місяців.

Прогноз при злоякісних захворюваннях нижньої щелепи дуже несприятливий – п'ятирічне виживання після лікування всіх злоякісних пухлин цієї локалізації спостерігається у 18% - 30% хворих.

В. Саркоми щелепно-лицевої ділянки.

Саркома – злоякісна пухлина мезенхімального походження частіше уражає щелепи, рідше локалізується в оточуючих м'яких тканинах. Найчастіше спостерігаються такі форми сарком: остеогенні, хондросаркоми, фібросаркоми, ангіосаркоми та ін. В порівнянні із раком саркоми щелепно-лицевої ділянки зустрічаються у відносно молодшому віці. Метастазування, переважно, гематогенним шляхом. Клінічні прояви визначаються, головним чином, локалізацією пухлини.

Топографічно розрізняють, так звані, центральні та периферичні саркоми щелеп.

При центральних саркомах, які походять із сполучнотканинних елементів кісткового мозку і кісткової тканини, ранніми симптомами є: ниючий біль, який спочатку турбує хворого вночі, а потім набуває постійного характеру; рухомість зубів і деформація щелепи у вигляді її здуття; зниження електрозбуджуваності зубів, верхівки яких розташовані в зоні росту пухлини; сукровичні виділення з носового ходу, ускладнення носового дихання можуть спостерігатись при ураженні верхньої щелепи; парестезія в ділянці шкіри підборіддя та половини нижньої губи (симптом Венсана) при ураженні нижньої щелепи.

У хворих з центральними саркомами під час рентгенологічного обстеження визначаються вогнища деструкції кісткової тканини округлої форми з нечіткими нерівними контурами, періостальними козирками.

При периферійних саркомах щелеп одним із перших симптомів є: деформація щелепи – потовщення певного її відділу; виразки слизової оболонки - периферійні пухлини альвеолярних відростків часто травмуються під час жування, що викликає виникнення виразок на слизовій оболонці, яка вкриває пухлину, і приєднання вторинної інфекції; патологічна рухомість зубів виникає внаслідок деструкції кісткової тканини і тканин пародонту; досягнення за короткий час значних розмірів новоутворення веде до порушення носового дихання, змикання зубних рядів, обмеження рухомості нижньої щелепи, ускладнення розмови і приймання їжі.

Рентгенологічна картина при периферичних саркомах щелеп характеризується відшаруванням окістя та формуванням новоутвореної кісткової тканини у вигляді періостальних нашарувань і окремих шипів (спікул).

Для сарком притаманна експансивна форма росту, при цьому збільшення маси пухлини відбувається значно швидше, ніж у хворих на рак. До появи метастазів та пухлинних виразок з приєднанням інфекції, загальний стан хворих залишається задовільним.

Прогноз та вибір раціонального методу лікування в значній мірі визначаються структурою пухлини, тому дуже важливою є морфологічна верифікація пухлинного процесу. Слід приймати до уваги, що фібросаркома, міксосаркома, хондросаркома і остеосаркома є пухлинами, які резистентні до променевої терапії і, тому, основним методом їх лікування є хірургічний. У неоперабельних хворих застосовують хіміотерапію в поєднанні з променевою терапією.

Навчальний процес. Доповнення відповідей студентів з демонстрацією хворих, стендів, таблиць, рентгенограм. Потрібно з'ясувати чим відрізняються рентгенограми при запальних процесах, доброякісних та злоякісних пухлинах. По схемах продемонструвати розтини при оперативних втручаннях. Прийом, курація тематичних хворих проводиться в поліклініці та стаціонарі ПОКОД. При наявності декількох хворих за темою студенти розділяються на підгрупи по 2 – 3, самостійно обстежують хворих, вивчають результати спеціальних методів обстеження, в разі необхідності виконують під керівництвом викладача пункцію.

Складається план обстеження та лікування хворого, заповнюється медична документація, виписуються необхідні рецепти. Заняття можна продовжити в перев'язувальній кімнаті, вивчивши стан хворого після операції на слинній залозі, навчити студентів вести післяопераційний період у хворих.

12. ПЛАН І ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА НАВЧАЛЬНОГО ЗАНЯТТЯ З ДИСЦИПЛІНИ.

№ з/п	Етапи заняття	Розподіл часу	Види контролю	Засоби навчання
1.	Підготовчий етап.	15 хв.	Усне опитування за переліком питань. Письмове тестування.	Комп'ютер (ноутбук). Мультимедійні методичні розробки. Анатомічні муляжі. Відео- та фотоматеріали. Електронні довідники. Рентгенограми, ортопантомограми, томограми. Набір інструментарію. Результати лабораторних, цитологічних та гістологічних досліджень.
1.1	Організаційні питання.			
1.2	Формування мотивації.			
1.3	Контроль початкового рівня підготовки (стандартизовані засоби контролю).			
2.	Основний етап (вказати всі види робіт, які виконують студенти під час цього етапу).	60 хв.	Практичний тренінг. Вирішення клінічних задач. Створення алгоритмів лікарських дій, професійний тренінг.	
3.	Заключний етап.	15 хв.	Тестування. Практичні завдання. Ситуаційні та нетипові задачі. Усне опитування.	
3.1	Контроль кінцевого рівня підготовки.			
3.2	Загальна оцінка навчальної діяльності студента.			
3.3	Інформування студентів про тему наступного заняття.			

4.5. Види самостійної роботи студентів.

1. Вивчити такі питання ($\alpha= I$):

1.1. Описання анатомічної будови та особливостей кровопостачання, іннервації, лімфатичної системи голови та шиї.

1.2. Знання гістологічної будови м'яких тканин порожнини рота і обличчя, кісток лицевого черепа.

1.3. Знання патологічних змін в гістологічній будові м'яких тканин порожнини рота і обличчя, кісток лицевого черепа при злоякісних новоутвореннях.

1.4. Описання історії хвороби, порівняння клінічних обстежень.

2. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю ($\alpha= II$):

2.1. Під час обстеження хворого 64 років встановлено, що пухлина на язиці займає більшу його частину, рухомість язика обмежена, виявляються збільшені поодинокі регіонарні лімфатичні вузли на боці ураження. Після цитологічного дослідження встановлено діагноз: рак язика T2N1M0. Яке лікування необхідно застосувати у цього хворого?

А. Комбінований метод.

- В. Променева терапія.
 - С. Хірургічне видалення новоутворення.
 - Д. Хіміотерапія.
 - Е. Комплексне лікування.
- (Правильна відповідь: А).

2.2. У хворого 66 років в області підборіддя є щільна безболісна пухлина розміром 2,5x0,8 см, в центрі якої язва, дно якої вкрито активними грануляціями. В підпідборідній області під час пальпації виявлено збільшений, безболісний лімфовузол. Хворіє протягом 3-х місяців. Встановіть попередній діагноз.

- А. Актиномікоз області підборіддя.
 - В. Базальноклітинний рак області підборіддя.
 - С. Кератоакантома області підборіддя.
 - Д. Плоскоклітинний рак області підборіддя.
 - Е. Трофічна язва області підборіддя.
- (Правильна відповідь: D).

2.3. Хворий 62 років поступив до онкодіспансеру з приводу злоякісної пухлини верхньої щелепи (IV клінічна група). Який вид лікування необхідно застосувати?

- А. Комбіноване.
 - В. Паліативне.
 - С. Хіміотерапія.
 - Д. Променева терапія.
 - Е. Хірургічне.
- (Правильна відповідь: В).

3. Тестові завдання з множинним вибором:

3.1. Променева терапія в лікуванні раку слизової оболонки порожнини рота може бути застосована:

- А. Як самостійний радикальний метод.
 - В. Як паліативний метод.
 - С. Як етап комбінованого лікування.
 - Д. Правильні відповіді А і В.
 - Е. Усі відповіді правильні.
- (Правильна відповідь: В, С).

3.2. До факторів, які сприяють виникненню раку нижньої губи, відносять:

- А. Куріння.
 - В. Хронічна травма.
 - С. Контакт зі з'єднаннями миш'яку.
 - Д. Променева енергія.
 - Е. Кліматичні умови.
- (Правильна відповідь: А, В, D, E).

3.3. Які методи дослідження необхідно провести для верифікації діагнозу – рак слизової оболонки дна порожнини рота.

- А. Цитологічний.
 - В. Гістологічний.
 - С. Загальний та біохімічний аналіз крові.
 - Д. Контрастна рентгенографія.
 - Е. Комп'ютерна рентгенографія.
- (Правильна відповідь: А, В).

4. Задачі для самоконтролю:

4.1. У хворого Ш., 55 р., в центрі нижньої губи спостерігається виразка 2 см в діаметрі, з валикоподібними краями, спостерігається інфільтрація тканин, що оточують виразку. Поставте попередній діагноз? В які лімфатичні вузли можливі метастази? Визначте метод лікування хворого.

(Відповідь: рак нижньої губи. Можливі метастази в підщелепні лімфатичні вузли. Лікування комбіноване).

4.2. Хвора З., 60 років, звернулась із скаргами на біль під час ковтання, що виникла біля 3 тижнів тому і поступово посилюється. Під час огляду на боковій поверхні язика зліва виявлена виразка з переходом на слизову оболонку дна порожнини рота, до 2 см в діаметрі, болісна при пальпації, з

кровоточащим дном, спостерігається обмеження рухомості язика. Оточуючі тканини тканини інфільтровані.

Поставте попередній діагноз та вкажіть, які методи дослідження потрібно провести для уточнення діагнозу.

(Відповідь: рак бокової поверхні язика зліва. Необхідно провести гістологічне (біопсію) та цитологічне дослідження виразки.

4.3. Лікар-стоматолог поліклініки виявила у хворого ураження нижньої губи, підозріле на рак.

До якої клінічної групи належить хворий? Яка подальша тактика лікаря-стоматолога?

(Відповідь: клінічна група 1-А. Необхідно провести біопсію або цитологічне обстеження, направити хворого в онкологічний диспансер).

4.6. Перелік індивідуальних завдань (не передбачено робочою навчальною програмою з дисципліни).

4.8. Перелік теоретичних питань до підсумкового модульного контролю (з типової навчальної програми).

1. Які фактори впливають на виникнення злоякісних новоутворень м'яких тканин порожнини рота і обличчя, кісток лицевого черепа.
2. Як класифікують злоякісні новоутворення м'яких тканин порожнини рота і обличчя, кісток лицевого черепа (вітчизняна класифікація)?
3. Як класифікують злоякісні новоутворення м'яких тканин порожнини рота і обличчя, кісток лицевого черепа за класифікацією TNM (міжнародною класифікацією ВООЗ)?
4. Які принципи діагностики злоякісних новоутворень м'яких тканин порожнини рота і обличчя, кісток лицевого черепа?
5. Що таке цитологічний метод дослідження? Які методи забору матеріалу при злоякісних новоутвореннях губ, язика, слизової оболонки порожнини рота Ви знаєте? Методики виконання.
6. Що таке біопсія? Які методи біопсії Ви знаєте? Методики виконання різних методів біопсії.
7. Яких правил слід дотримуватись під час взяття біопсії?
8. Які принципи лікування злоякісних новоутворень м'яких тканин порожнини рота і обличчя, кісток лицевого черепа?
9. Що таке комбіноване лікування?
10. Що таке комплексне лікування?
11. Що таке паліативне лікування?
12. Як виконують диспансеризацію хворих із злоякісними новоутвореннями м'яких тканин порожнини рота і обличчя, кісток лицевого черепа?

4.9. Перелік практичних завдань та робіт до підсумкового модульного контролю (з типової навчальної програми).

1. Обстежити хворого зі злоякісним новоутворенням м'яких тканин порожнини рота і обличчя або кісток лицевого черепа.
2. Заповнити медичну документацію на хворого із злоякісним новоутворенням м'яких тканин порожнини рота і обличчя, кісток лицевого черепа.
3. Скласти план обстеження хворого із злоякісним новоутворенням м'яких тканин порожнини рота і обличчя, кісток лицевого черепа.
4. Взяти матеріал для цитологічного дослідження пухлини.
5. Провести забор матеріалу для цитологічного дослідження лімфатичних вузлів.
6. Провести забор матеріалу для гістологічного дослідження (виконати біопсію).
7. Поставити та обґрунтувати клінічний діагноз.
8. Скласти та обґрунтувати план лікування.
9. Призначити хворому диспансерний нагляд.

4. ЛІТЕРАТУРА.

Основна література:

1. Онкологія. За ред. Б.Т. Білинського, Ю.М. Шпарика. – Київ: «Здоров'я», 2004. – 527 с.
2. Онкологія /За ред. В.П.Баштана, А.Л. Одабашьяна, П.В. Шелешка. – Тернопіль; Укрмедкнига, 2003. – 316 с.
3. Черенков В.Г. Клиническая онкология: Руководство для студентов и врачей. М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 1999. – 384 с.

Додаткова література:

1. Онкологія. За ред. І.Б. Щепотіна. – Київ: «Книга плюс», 2006. – 496 с.
2. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. М.: Медицина, 1983. – 416 с.

3. Соловьєв М.М. Онкологические аспекты в стоматологии. М.: Медицина, 1983. – 160 с.
4. Справочник по онкологии. Под ред. С.А. Гриневича, Д.В. Мясоедова. – Київ. «Здоров'я», 2009. - 576 с.
5. Вибрані лекції з клінічної онкології. За ред. проф. Г.В. Бондаря і проф. С.В. Антіпової. Луганськ, 2009. – 560 с.
6. Стандарти діагностики і лікування онкологічних хворих. Затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Онкологія» від 17.09.2007 № 554. – 199 с.
7. Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний. Под ред. Н.И. Переводчиковой. – Москва: Практическая медицина, 2005. – 704 с.

№ 18. Вогнепальні, невогнепальні пошкодження м'яких тканин ЩЛД. Опіки і комбіновані пошкодження. Пластика м'яких тканин. Фізіотерапія в комплексному лікуванні травм ЩЛД.

1. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 1.1.Аналізувати результати клінічних обстежень хворих з пошкодженнями м'яких тканин щелепно-лищевої ділянки.
- 1.2.Запропонувати план лікування хворих з пошкодженнями м'яких тканин щелепно-лищевої ділянки різної локалізації.
- 1.3.Класифікувати різні види пошкоджень м'яких тканин щелепно-лищевої ділянки.
- 1.4.Вміти виділяти основні клінічні прояви при пошкодженнях м'яких тканин щелепно-лищевої ділянки в залежності від локалізації та пошкоджуючого агента.
- 1.5.Здійснити тимчасову та постійну зупинку кровотечі з і провести хірургічну обробку ран м'яких тканин обличчя.
- 1.6.Знати клінічні ознаки вогнепальних пошкоджень м'яких тканин щелепно-лищевої ділянки.
- 1.7.Оволодіти навичками діагностики вогнепальних поранень м'яких тканин щелепно-лищевої ділянки.
- 1.8.Вміти організувати лікування поранених з вогнепальними пошкодженнями м'яких тканин щелепно-лищевої ділянки та їх ускладненнями на етапах медичної евакуації.
- 1.9.Розвивати творчі здібності в процесі клінічного та теоретичного дослідження проблемних питань травматології щелепно-лищевої ділянки військового часу та в умовах надзвичайних ситуацій.

2.БАЗОВИЙ РІВЕНЬ ПІДГОТОВКИ.

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
Топографічна анатомія.	Визначити ділянку пошкодження щелепно-лищевої локалізації.
Пропедевтика хірургічної стоматології.	Володіти методами загального та місцевого знеболення при проведенні хірургічної обробки ран.
Загальна хірургія	Здійснити тимчасову зупинку кровотечі. Накладати основні типи м'яких пов'язок.
Пропедевтика внутрішніх хвороб.	Застосовувати схему обстеження хворого, описувати історію хвороби.
Внутрішні хвороби	Надати невідкладну допомогу
Спеціальна військова підготовка	Оформлювати первинну медичну картку пораненого та хворого.
Медицина катастроф	Організувати надання першої медичної, долікарської та першої лікарської допомоги пораненим на етапах медичної евакуації.
Військово-польова хірургія	Визначити характер вогнепального поранення м'яких тканин, оглянути та обстежити пораненого, визначити чергу та порядок надання медичної допомоги пораненому, порядок та чергу евакуації пораненого.

4. ОРГАНІЗАЦІЯ ЗМІСТУ НАВЧАЛЬНОГО МАТЕРІАЛУ.

Класифікація ушкоджень м'яких тканин.

Травми м'яких тканин:

1. Ізольовані з ушкодженням:

а) язика; б) слинних залоз; в) крупних нервів; г) крупних судин.

2. Поєднані.

Невогнепальні ушкодження м'яких тканин

Садно – поверхнєве ушкодження шкіри без порушення її цілісності та прилеглих тканин. Лікування саден: антисептична обробка 0,12% р-ном хлоргексидину, 2-4% р-ном йоду, р-ном «Вокадина» та ін.

Забой – закритє механічне ушкодження м'яких тканин без видимого порушення їх анатомічної цілісності.

Синець – крововилив в товщу шкіри або слизової оболонки

Гематома – обмеженє скупчення крові в тканинах з утворенням в них порожнини, яка містить рідку або згорнуту кров

Класифікація гематом:

По розташуванню: підшкірні, підслизові, підокісні, міжм'язові, підфасціальні

За локалізацією: щічна ділянка, підочна ділянка, периорбітальна ділянка, піднижньощелепна та ін. ділянки

За станом вилитої крові: незагноєна гематома, інфікована гематома, інкапсульована гематома

За відношенням до просвіту кровоносної судини: не пульсуюча, пульсуюча, роспираюча

Синдром позиційного стискання – закриті ушкодження м'яких тканин без значного їх розчавлення, що виникає при довготривалому стисканні тканин масою власного тіла

Лікування: перші 24-28 годин холод, с 3-ї доби теплові процедури, троксевазин гель, гепаринова мазь та ін.

Рана – порушення цілісності шкіри або слизової оболонки на всю їх товщину, що викликано механічною дією: забиті, рвані, різані, колоті, рублені, укушені, розчавлені, скальповані

Забиті рани: нерівні краї, точкові крововиливи, синці, зона крайового некрозу, зянення країв рани

Рвані рани: неправильна форма країв, відшарування або відрив тканин, крововиливи, часто наскрізні

Різані рани: лінійна або веретеніподібна форма, практично рівні краї, зянення рани, кровотеча

Колоті рани: вузький та довгий рановий канал, незначне розходження країв рани, утворення гематом та кишень

Рублені рани: значні ушкодження, щілиноподібна форма, велика глибина. супроводжуються переломами кісток

Укушені рани: нерівні розчавлені краї, травматична ампутація, інфікування мікрофлорою порожнини рота

Особливості поранень м'яких тканин обличчя

1. Велика кількість рихлої клітковини, наявність густої капілярної сітки, еластичність шкірних покривів → значний набряк тканин, що швидко розвивається

2. Густа капілярно-венозна сітка, протока слинної залози, м'язова маса язика → профузна кровотеча, порушення дихання

3. Параліч або парез м'язів → спотворення обличчя

4. Втрата замикаючої функції кругового м'язу рота або очного яблука → постійна слинотеча та мацерація шкіри, кон'юнктивіт, блефарит та ін.

5. Наявність залозистих структур → стійкі слинні нориці

6. Ушкодження магістральних судин (сонні, язичні, нижньощелепні артерії, внутрішні та зовнішні яремні, лицеві вени → гостра крововтрата, повітряна емболія, гематома, стенотична асфіксія

7. В період загоєння ран рубцеві стягнення можуть викликати виворіт повік, крил носа, губи з розвитком слино-, слъзотечі → спотворення обличчя.

Фази загоєння ран м'яких тканин:

1. Початковий період мікробного забруднення та очищення рани (0-48 годин)

2. Період дегенеративно-запальних змін (формування грануляційної тканини, зменшення лімфоїдної інфільтрації, збільшення кількості фібробластів, утворення сполучнотканинного матриксу) – (3-5-а доба)

3. Період активного росту фібрознаї, епітеліальної тканини, ретракція рани, первинний рубець (5-12-а доба)

4. Завершення формування первинного рубця, зникнення набряку, інфільтрації оточуючих тканин – дегідратація, швидке наростання фіброзних та колагенових волокон (12-18-а доба)

5. Період остаточного формування рубця (до 0,5 – 1 року).

Екстрєна допомога при ушкодженнях м'яких тканин обличчя та шиї

Екстрена допомога пацієнтам з ушкодженням м'яких тканин обличчя та шиї спрямована на зупинку кровотечі, попередження асфіксії та шоку. Ранову поверхню покривають асептичною пов'язкою, вводять протиправцеву сироватку та анатоксин. Для зменшення набряку м'яких тканин рекомендується застосування холоду на ділянку ушкодження.

Первинна хірургічна обробка (ПХО) рани

– це перше хірургічне втручання, що проводять з метою профілактики ранової інфекції.

Компоненти ПХО:

- розсічення рани для ревізії, ліквідації кишень, розривів
- висічення нежиттєздатних некротизованих тканин
- накладання швів

Методика:

- механічна обробка шкіри в ділянці поранення
- механічне очищення рани
- зупинка кровотечі
- огляд і ревізія рани та ранового каналу
- видалення сторонніх тіл;
- накладання швів

Обробка рани починається з ретельного її промивання ізотонічним розчином хлориду натрію або слабим антисептичним розчином та очищення оточуючої шкіри від засохлої крові та гязі. Застосування для промивання ран, особливо тих, що кровоточать, розчинів перекису водню або перманганату калію не рекомендується через їх глибокий вплив на ранову поверхню. Ретельна обробка шкіри та гоління обов'язкові, але контакту з раною при цьому слід уникати. Промиту рану висушують та ще раз обробляють антисептиками.

При забрудненні ран та саден шкіри мілкими сторонніми тілами (піском, кусочками гравію, асфальту, шлаку, деревини, скла) необхідне їх ретельне видалення шляхом рясного промивання, миття ран із застосуванням щітки. При промиванні ран в порожнині рота можна використовувати зубну щітку. Якщо сторонні тіла упроваджуються в товщу тканин, то їх необхідно видалити із застосуванням хірургічного інструмента. В іншому випадку, після заживлення ран та саден, можуть виникнути нориці, які тривало не загоюються, з гнійним відокремлюваним. Або, якщо сторонні тіла мають темне забарвлення, вони створюють «татування» рубців та шкіри навколо них. Після механічного очищення рани можна починати її хірургічну обробку.

Показання до видалення сторонніх тіл:

- поверхневе їх розташування
- локалізація в щілині перелому або поблизу крупних судин
- обмеження рухів нижньої щелепи
- порушення функцій дихання та вживання їжі
- виникнення та підтримка запального процесу
- локалізація в порожнині носа або у верхньощелепному синусі

Види швів:

– **первинний глухий шов** – накладається в перші 24-36 г за відсутності запальних явищ в рані та проведенні антибактеріальної терапії

– **первинний відстрочений шов** – накладається в перші 36-72 г при незначних запально-інфільтративних процесах

– **вторинний ранній шов** – накладається на 5-12-у добу за відсутності запального процесу в рані

– **вторинний пізній шов** – накладається на 12-20-у добу після висічення грануляцій

– пластинчасті шви:

- зближуючі (звичайні та кисетні) для постійного зближення країв рани з дефектом тканин
- направляючі для зменшення натягу
- розвантажуючі для тимчасового утримання шкірно-м'язових клаптів
- утримуючі
- шви для глухого закриття гранулюючої ран

«**обшивання**» країв рани – у випадках значних ушкоджень м'яких тканин, які поєднуються з одночасним ушкодженням щелеп. Швами з'єднуються краї шкіри із слизовою оболонкою порожнини рота → попередження інфікування рани та розвитку рубцевої контрактури

Первинна пластика при обробці ран обличчя

Важкість спотворення обличчя визначається величиною втрати тканин та наявністю ушкоджень повік, губ, периферичної частини носа. Саме ці ушкодження можуть привести до розвитку важких функціональних та естетичних порушень у потерпілого.

Для ран обличчя характерно значне їх зяняття, обумовлене скороченням м'язів у товщі м'яких тканин, що створює враження вади та у тих випадках, коли немає втрати тканин.

В цих умовах необхідно визначити, чи є така вада справжньою. Це досягається зближенням країв рани у необхідному напрямі без натягування. Якщо такий прийом не досягає мети, то вада є справжньою. Наявність справжньої вади потребує застосування первинної пластики для закриття усіх ранових поверхонь та збереження нормальної форми та функції ушкодженої ділянки. Вибір способу пластики залежить від величини, глибини та локалізації вади. Найчастіше застосовують клапті на живлячій ніжці з оточуючих тканин.

Рекомендується при висіченні нежиттєздатних тканин надати ваді певну геометричну форму (ромбоподібну, чотирикутну, трикутну) та залежно від цього здійснювати місцево-пластичну операцію.

При неможливості використовувати місцеві тканини ранові поверхні, залежно від механізму ушкодження, закривають вільними, розщепленими або повношаровими шкірними клаптями. Розщеплені шкірні трансплантати слід переважно запозичувати з зовнішньої поверхні стегна, повношарові – з внутрішньої поверхні плеча, заушного простору. Шкірний трансплантат за формою та розміром завжди має відповідати рановій поверхні, що закривається. Для забезпечення приживлення шкірного трансплантата необхідно ретельно пришити його до країв рани та притиснути на 6-7 днів до дна рани давлючою пов'язкою з мілких кусочків марлі, що просочена антисептиком.

При утворенні клаптевої рани наявність достатньо широкої живлючої ніжки дає можливість після видалення усіх нежиттєздатних ділянок на клапті використовувати його для закриття ранової поверхні. Якщо живляча ніжка вузька та не забезпечує життєздатність клаптя, то його можна перетворити на вільний трансплантат. Клапоть змазують 2% розчином йоду з обох боків. Гострим скальпелем висікають усі нежиттєздатні та сильно забруднені ділянки і усю жирову клітковину до дерми. Шкірний реплантат промивають у теплому ізотонічному розчині хлориду натрію, що вміщує антибіотики, протирають серветкою, яка просочена ізотонічним розчином хлориду натрію з етиловим спиртом у співвідношенні 1:1, та роблять декілька наскрізних насічок. Після цього клапоть укладають на місце, ретельно підшивають його до країв рани та притискають його до дна пов'язкою. Рекомендується у ділянку дна та країв рани увести розчин антибіотиків. За такою ж методикою можна використовувати для закриття ранової поверхні повністю відторгнуту шкіру, якщо вона не розім'ята та не забруднена. Після приживлення такі клапті значно відрізняються від оточуючих покривів за кольором, тургором, еластичністю. Цьому їх використанню на обличчі доцільне лише у якості тимчасових заходів.

Особливої ретельності слід дотримуватися при первинній обробці та загоюванні ран повік, губ та крил носа, тому що ці ділянки обличчя мають важливе функціональне та естетичне значення. Рани повік, носа та губ мають бути оброблені та повністю епітелізовані простим зшиванням чи використанням прийомів первинної пластики в будь-які терміни госпіталізації пацієнта (за необхідності після попередньої підготовки рани). Якщо ці рани залишити для вторинного заживлення, то виникає рубцева деформація, що викликає порушення форми та функції ушкодженого органа.

Вогнепальні поранення

Види снарядів: кулі, осколки мін та бомб, кульки, стрілоподібні елементи, вторинні снаряди (зуби, осколки кісток та ін.).

Вогнепальна рана має три зони:

I. Зона ранового каналу – являє собою дефект тканин, який може містити згортки крові, некротизовані тканини, сторонні тіла. Напрямок ранового каналу залежить від положення голови пораненого та щільності тканин.

II. Зона первинного ранового некрозу – стінка ранового каналу, тканини цієї ділянки нежиттєздатні та підлягають видаленню під час ПХО.

III. Зона молекулярного струсу – має зворотні чи незворотні (невротизація) зміни тканин. Зміни в цій ділянці відбуваються повільно та поступово, часто виникають осередки вторинного некрозу. Визначення цієї зони майже не вирішене завдання.

Дія ударної хвилі (за Г.М.Івашенком)

1. Гіперемія шкіри, висипи, точкові крововиливи.

2. Поява пухирів на шкірі за рахунок відшарування епідермісу.

3. Екскоріації, порушення цілісності епітелію, зрив рогового шару.
4. Розриви шкіри та підлеглих тканин: клітковини, м'язів, розвиток підшкірної емфіземи.
5. Руйнування лицевого скелету.

Особливості вогнепальних ран обличчя:

1. Близькість головного мозку і часті його ушкодження різного характеру і ступеня в поєднанні з ушкодженнями ЩЛД.
2. Зосередження на обличчі практично усіх (крім тактильного) видів та органів чуття (зір, слух, нюх, смак) та часте їх поєднане ушкодження.
3. Безпосередня близькість до тканин і органів ЩЛД великих судинних та нервових стовбурів, ушкодження яких може призвести до тяжких ускладнень (кровотеча, параліч, контрактури, втрата чутливості та ін.)
4. Початкові відділи дихальної (гортань, трахея) і травної (глотка, верхня третина стравоходу) систем, ушкодження яких так само викликають ускладнення різного ступеня.
5. Велика кількість судинних сіток → масивна кровотеча.
6. Наявність мімічних м'язів → зяяння рани.
7. Наявність зубів → вторинні снаряди, сприяння виникненню ускладнень запального характеру, позитивне → опора для фіксуючих та іммобілізуючих нижню щелепу конструкцій.
8. Наявність добре вираженої клітковини, широка венозна сітка, анастомози її із судинами очних ямок та синусами мозку → розвиток менінгітів, енцефалітів, тромбозу синусів та ін.
9. Поранення бокових відділів обличчя → параліч мімічної мускулатури, стійки слинні нориці.
10. Етико-соціальна функція обличчя.
11. Тканини обличчя мають високу регенераторну здатність, стійкість до «місцевої» інфекції, загоєння з утворенням рубців, що містять невелику кількість грубоволокнистих елементів → багата іннервація, значне кровопостачання, висока напруженість клітинного імунітету.
12. Спеціальне харчування, особливий догляд.
13. Необхідність особливої конструкції протигазу.
14. Ушкодження органів слуху, зору, порожнини рота → утруднення в спілкуванні з оточуючими та орієнтації у просторі.

При складанні **плану лікування** слід враховувати:

1. Вид, характер та кількість снарядів.
2. Локалізація, напрямок, характер ранового каналу.
3. Вид поранення: сліпе, наскрізне, дотичне та ін.
4. Обсяг і вид ушкодження окремих тканин і органів ЩЛД.
5. Співвідношення рани з прилеглими органами і тканинами лицевої і мозкової частин голови.
6. Наявність чи відсутність комбінованих чи поєднаних ушкоджень.
7. Функціональний стан життєзабезпечувальних систем.
8. Психоемоційний стан хворого.

Особливості ПХО вогнепальної рани:

- Обробляючи рани при ротовій ділянці → відновлення форми губ і колового м'язу рота → першим швом відновити неперервність червоної кайми → петлеподібним швом з'єднати коловий м'яз рота → шви на шкіру та слизову оболонку;
- При значних дефектах кута рота та прилеглих тканин щоки → обшити її краї по периферії, з'єднуючи шкіру та слизову оболонку;
- При наскрізних ушкодженнях, що проникають у порожнину рота, розривах щоки → починають з ушивання слизової оболонки з боку порожнини рота (пам'ятати про слинну протоку);
- При ушкодженні паренхіми залози → пошарово ушивають залозисту тканину, капсулу залози, клітковину та шкіру → гострокінцевим скальпелем протикають слизову щоки → виводять гумовий випускник чи трубчастий дренаж → профілактика слинних нориць.
- При пораненні периферичних гілок трійчастого нерва → обробка рани в умовах спеціалізованого центру.

Дотичні поранення належать до легких, для них характерно ушкодження лише м'яких тканин, зяяння рани. Діагностика не викликає труднощів.

Сліпі поранення мають лише вхідний отвір, у рановому каналі є стороннє тіло, що становить небезпеку ушкодження великих судин, нервів, головного мозку, гортані → основа виникнення гнійних ускладнень у віддалені терміни. Діагностика проводиться на основі скарг, даних анамнезу, об'єктивного дослідження, рентгенологічного дослідження (як правило у 2-х проекціях, при не рентгенконтрастних сторонніх тілах → контрастування ранового каналу або із зондом в каналі).

Наскрізні поранення мають вхідний та вихідний отвір, який більший за вхідний. За напрямком ранового каналу поранення можуть бути поперечні, сагітальні та вертикальні.

Комбінованими називають ураження, що викликаються де-кількома (двома або більше) різними за своїм походженням пошкоджуючими факторами. Комбіновані ураження можуть виникати в результаті прямої дії одного або де-кількох видів бойової зброї на організм, вторинних пошкоджуючих факторів (наприклад, вогнищ пожеж) та розвитку надзвичайних ситуацій, що пов'язані з екстремальним впливом факторів зовнішнього середовища.

Патологічний процес, що виникає при комбінованому ураженні, представляє собою не просту суму двох або кількох уражень, а складну реакцію організму, яка характеризується низкою якісних особливостей, серед яких найбільш відчутно виступає взаємний вплив компонентів комбінованого ураження.

Важлива умова правильної організації надання медичної допомоги масовому контингенту уражених – використання єдиної термінології. Термін “комбіноване ураження” можна застосовувати тільки до таких, при яких кожен з пошкоджуючих факторів призводить до виходу зі строю, порушує працездатність. При різній в часу дії декількох факторів комбінованими пошкодженнями вважають ті, в яких час між їх дією не перебільшує тривалості перебігу першого ураження, в іншому випадку це будуть незалежні одне від одного послідовні пошкодження. Розглядаючи етіопатогенез комбінованих ушкоджень, слід виділяти ведучі та супутні фактори. Ведучим фактором комбінованого пошкодження є той, ступінь впливу якого на розвиток порушень функцій органів та систем організму найбільша. Супутні фактори вносять додаткові розлади до функції органів і систем, змінюючи прогноз травми. Супутніх факторів може бути де-кілька.

Зараз немає єдиної загальноприйнятої класифікації комбінованих уражень. Умовно їх можна розподілити на дві групи: з перевагою хірургічної або терапевтичної патології в залежності від ведучого пошкоджуючого фактору. Передбачити всі можливі комбінації пошкоджуючих факторів вельми складно, і сумнівно, щоб подібна класифікація мала би серйозне практичне значення. Звичайно розглядають двофакторні моделі комбінованих уражень хірургічного профілю: механо-термічні, механо-радіаційні, механо-хімічні, механо-фізичні, механо-надзвичайнофакторні, механо-інфекційні.

Загальні риси комбінованих пошкоджень:

- синдром взаємного обтяження;
- ускладнення надання медичної допомоги;
- незадовільні функціональні наслідки лікування.

КОМБІНОВАНІ МЕХАНО-РАДІАЦІЙНІ УРАЖЕННЯ

Комбіновані ураження такого роду викликаються одночасним або послідовним впливом іонізуючого випромінювання та механічних пошкоджуючих факторів.

Променеві ураження можуть виникати при зовнішньому або внутрішньому опромінюванні, вони можливі при вибухах ядерних боєприпасів різного роду, а також при аваріях і катастрофах на атомних субмаринах і надводних кораблях, атомних електростанціях. Крім того, зовнішньому опромінюванню можуть підлягати військові при роботі на ядерних енергетичних установках і на обладнанні, що має у своєму складі джерела радіоактивного випромінювання. Це, як правило, γ -частки і нейтрони.

Загальними пошкоджуючими факторами ядерного вибуху є:

- ударна хвиля;
- проникаюча радіація;
- світлове випромінювання;
- радіоактивне зараження місцевості і повітря;
- електромагнітний імпульс.

Ударна хвиля. В залежності від середовища, в якому розповсюджується ударна хвиля, її називають, відповідно, повітряною ударною хвилею, ударною хвилею у воді та сейсмовибуховою хвилею в ґрунті.

Повітряна ударна хвиля представляє з себе різке стискання повітря, що розповсюджується від епіцентру вибуху з надзвуковою швидкістю. Вона викликає акустичну травму, баротравму, механічні пошкодження. Найбільш часто виникають переломи кінцівок, хребта та черепа, струси та контузії головного мозку, розчавлення.

Проникаюча радіація виникає в момент вибуху боєприпасів (γ -проміні та швидкі нейтрони) або при розпаді радіоактивних речовин і внаслідок наведеної радіоактивності різних елементів води, повітря та землі.

При інгаляції парів радіоактивних речовин і при надходженні їх із брудною водою та їжею розвивається внутрішнє опромінювання організму. Загальними шляхами надходження радіоактивних речовин є дихальний та травневий тракти. Радіоактивні речовини попадають до легенів при диханні повітря, в якому є пилові частки з сорбованими на них радіоактивними ізотопами. Пилові частки, проходячи скрізь дихальні шляхи, частково залишаються в порожнини рота, надходять до травневого тракту, попадають до легенів і там затримуються. Ступінь затримання речовин легеньми залежить від дисперсності речовини: великі пилові частки затримуються у верхніх дихальних шляхах, менші попадають до легенів. Радіоактивні речовини швидко всмоктуються у кров і розповсюджуються по всьому організму. При радіоактивному забрудненні місцевості радіонукліди разом з їжею та водою надходять до травного тракту і потім у кров. Розчинні сполучення всмоктуються краще, ніж нерозчинні. Суттєво гірше радіоактивні речовини проникають скрізь шкіру, однак при високому ступені забруднення шкіри і особливо в присутності органічних розчинників (ефір, бензол, тазол) проникливість шкіри збільшується, і радіоактивні речовини проникають у кров у великій кількості.

Багато з радіоактивних речовин, крім того, що є джерелами іонізуючого випромінювання, мають безпосередньо токсичний ефект, таким чином володіють не одним, а двома уражуючими факторами. Токсичні речовини особливо відчутно проявляються, коли до організму поряд з радіоактивним ізотопом надходить стійкий ізотоп.

Конкретна клінічна картина ураження залежить від складу радіоактивних ізотопів, від розподілу їх по органах і тканинах. Вони призводять до довготривалого внутрішнього опромінення, що веде до розвитку хронічної променевої хвороби або сприяє розвитку пухлин.

Світлове випромінювання ядерного вибуху надходить від області ядерного вибуху, що світиться і являє собою електромагнітне випромінювання в ультрафіолетовій, видимій та інфрачервоній частинах спектру. В першій – короткостроковій, фазі переважає випромінювання в ультрафіолетовій частині спектру, пізніше – видимій та інфрачервоній. Пошкоджуюча дія світлового випромінювання визначається потужністю та довготривалістю світлового імпульсу і залежить від виду боєприпасів.

Випромінювання в ультрафіолетовій частині спектру не має вираженого теплотворного ефекту, але викликає інтенсивну пігментацію шкіри, яка може зберігатись впродовж довгого часу. Випромінювання у видимій та інфрачервоній частинах спектру викликає опіки, що в якійсь мірі нагадують опіки спалахом вольтової дуги. Опіки можуть з'являтися навіть на покритих одягом ділянках шкіри. Ураження шкіряних покривів світловим випромінюванням ядерного вибуху мають профільний характер. В низці випадків можуть супроводжуватись опіками полум'ям від одягу та навколишніх предметів. Для дистантних опіків світловим випромінюванням внаслідок короткострокової потужності дії променевої енергії характерна наявність чіткої межі ураження як по периметру опікової рани, та і в глибину. В деяких випадках може мати місце відшарування поверхневих шарів опікового струпу від незначно змінених підлеглих тканин.

При вибуху ядерних і нейтронних боєприпасів малої та понад малої потужності в структурі санітарних втрат будуть переважати радіаційні втрати. При вибуху ядерних боєприпасів потужністю 10 кт і більше радіуси дії ударної хвилі, світлового випромінювання, проникаючої радіації майже співпадають, тому в вогнищі ураження переважають комбіновані радіаційно-механічні ураження. При збільшенні потужності боєприпасів у структурі уражень буде зростати частка потерпілих з механічною та термічною травмою. При вибуху боєприпасів потужність більше 100 кт буде переважати термічна травма.

Комбіновані радіаційно-механічні ураження щелепно-лицевої області являють собою комбінацію ран та опіків цієї локалізації з дією на організм проникаючої радіації або з забрудненням раневої поверхні та обличчя радіоактивною пилюкою.

Вплив променевого пошкодження на перебіг вогнепальної рани:

- сповільнюються та порушуються репаративні процеси в рані;
- збільшується розвиток інфекційних ускладнень місцевого (нагноєння рани) та загального (сепсис) характеру;
- скорочується тривалість прихованого періоду променевої хвороби;
- збільшується тяжкість променевого пошкодження;
- знижується поріг розвитку променевої хвороби на фоні важкого вогнепального поранення.

Дія проникаючої радіації на організм характеризується комплексом патологічних змін у ньому, що одержали назву променевої хвороби. Сполучення її з механічною травмою або з вогнепальним пораненням надає особливість патології та клініці комбінованого радіаційного ураження щелепно-лищевої області. Механічна травма обумовлює більш тяжкий перебіг променевої хвороби. В свою чергу променева хвороба ускладнює перебіг раневого процесу. Своєрідність в перебігу раневого процесу і загоюванні ран на фоні променевої хвороби має назву – синдром взаємного обтяження. Головними проявами цього синдрому є: розвиток травматичного шоку, схильність до крововиливів і кровотечі, розвиток некрозу пошкоджених тканин, лейкопенія, зниження резистентності організму до різних шкідливих на нього дій, більш частий розвиток інфекційних ускладнень ран, а також виникнення гнійних процесів в осередках одонтогенної інфекції.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВ ПОШКОДЖЕНЬ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ В РІЗНІ ПЕРІОДИ ПРОМЕНЕВОЇ ХВОРОБИ

По тяжкості радіаційного ураження променеву хворобу прийнято розподіляти на чотири ступені:

I ступінь (легкий)	– розвивається при загальному опроміненні дозою 150-200 Р
II ступінь (середньої тяжкості)	– розвивається при загальному опроміненні дозою 200-400Р
III ступінь (тяжкий)	– розвивається при загальному опроміненні дозою 400-600 Р
IV ступінь (дуже тяжкий)	– розвивається при загальному одноразовому опроміненні дозою більше 600 Р

В розвитку променевої хвороби розрізняють чотири періоди:

- перший, або період первинних реакцій;
- другий, або прихований період;
- третій, або період розвитку променевої хвороби;
- четвертий період реконвалесценції або період видужання.

В залежності від тяжкості радіаційного ураження клінічна характеристика і тривалість кожного з цих періодів можуть бути різними. Так, при легкому ступені променевої хвороби первинні реакції клінічно не виявляються, другий період продовжується дуже довго, а третій протікає при задовільному стані уражених і закінчується повним видужанням потерпілих. В той же час, при тяжкій чи дуже тяжкій формі первинні реакції проявляються дуже бурхливо. Слизова оболонка порожнини рота і особливо ясен підлягають запально-некротичним змінам, що проявляються гіперемією та набряком слизової оболонки порожнини рота, включаючи зів з його лімфатичним апаратом і глотку. Утворюються болісні кровоточиві тріщини, афти і виразки, на губах і язиці тріщини, котрі покриваються густою, з неприємним запахом слизю. Присутність геморагічних і некротичних змін в порожнині рота часто бувають поганими прогностичними ознаками.

В період видужання – в IV періоді гострої променевої хвороби, зникають геморагічні прояви, відторгаються некротичні тканини, настає поступове загоювання ерозій і виразок.

Такі пошкодження характеризуються не тільки тяжким і довгим перебігом раневого процесу, а і більш тяжкою клінікою променевої хвороби з скороченням I і II періодів і продовженням III і IV періодів. Це необхідно враховувати при виборі часу і методів лікування ран оперативним шляхом.

При високих дозах зараження раневої (опікової) поверхні в рані наступають виражені дегенеративно-некротичні зміни, а здатність клітин до розмноження знижується або повністю зупиняється. На цьому фоні часто виникають гнійні процеси і сильні вторинні кровотечі внаслідок узурації стінок навіть великих судин.

Такий ускладнений раневий процес може спостерігатись при радіоактивному зараженні в дозі, що перевищує 4-5 мілірентген на годину.

Для переломів кісток лицьового скелету при комбінованих радіаційних ураженнях характерні затримка початку консолидації, повільне і недосконале утворення кісткової мозолі, схильність до утворення несправжніх суглобів, розсмоктування вже сформованої кісткової мозолі. Збільшується можливість виникнення остеомієліту, анаеробної інфекції, флегмон, сепсису. Особливістю перебігу комбінованих радіаційних уражень є те, що вони проявляються на загальному фоні променевої хвороби з чим, в основному, і пов'язана тяжкість цих уражень.

В результаті масового радіаційного впливу (іноді за рахунок контактного забруднення відкритих частин тіла) виникає променевий опік, котрий нерідко пошкоджує і глибше розміщені тканини, підшкірну клітковину, м'язи.

В перебігу радіаційних опіків розрізняють чотири періоди, тривалість їх залежить від дози впливу: Перший період – початкова реакція на опромінення виявляється у вигляді почервоніння різної інтенсивності (опромінення в дозі 800-1000 рад) в перші години після травми. Різде почервоніння супроводжується розвитком набряку, що з'являється до кінця першої доби після опромінення і зберігається на протязі 2-6 діб.

Вслід за зникненням початкової еритеми та набряку настає II період – прихований. Тривалість його від одної доби до 2 місяців.

III період – період розпалу: ураження шкіри (або гострого запалення) характеризується виникненням вторинної еритеми, після чого з'являються пухирі. В послідуєчому на місці пошкоджених пухирів виникають ерозії та виразки з підритими краями і дном брудно-сірого кольору. При дозі 800-1500 рад на шкірі після вторинної еритеми розвивається суха десквамація, що закінчується пігментацією і затвердінням шкіри, закупоркою сальних залоз. При дозі 1800-2500 рад прихований період триває 8-15 діб. В подальшому з'являється вторинна еритема, виникають пухирі, а потім і виразки. На протязі 2-3 місяців процес закінчується епітелізацією. В більш пізні строки на уражених місцях виникають трофічні виразки. При дозі більше 2500 рад прихований період триває 4-7 діб. Відмічаються значні некротичні процеси і довгий відновлювальний період.

Особливості перебігу раневого процесу у розпал променевої хвороби: профузні кровотечі, розвиток раневого та одонтогенного сепсису, запальні та виразково-некротичні ураження слизової оболонки порожнини рота та ротоглотки, мигдалин.

НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ КОМБІНОВАНИХ РАДІАЦІЙНО-МЕХАНІЧНИХ УРАЖЕННЯХ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ НА ПОЛІ БОЮ ТА ЕТАПАХ МЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ

Дуже важливе значення має надання першої медичної допомоги в осередку ураження, що передбачає тимчасову зупинку кровотечі, попередження зупинки дихання, боротьбу з шоком, попередження вторинного мікробного забруднення ран і опікової поверхні, застосування радіопротекторів. Здійснюється:

- введення знеболюючих засобів (1 мл 2 % розчину промедолу) за допомогою шприц-тюбика;
- звільнення порожнини рота і носових ходів від бруду, пилюки та інших сторонніх тіл;
- дача антибіотиків, радіопротекторів, етаперазину, які є в аптечці індивідуальній (АІ);
- накладання асептичної або утримуючої відламки щелеп пов'язки;
- надівання шолому для поранених в голову;
- винос та вивіз потерпілих за межі забрудненої зони.

У разі радіоактивного забруднення одягу і шкірного покриву після виходу із зони зараження проводять їх часткову санітарну обробку.

Долікарська допомога доповнює першу медичну. На МПБ здійснюється контроль або виправлення неправильно накладеної пов'язки, перевіряється час накладання джгута, вводяться повторно знеболюючий засіб, серцеві (1 мл 10 % розчину кофеїну), дихальні (1 мл 0,1 % розчину лобеліна) засоби.

Після надання першої і долікарської допомоги фельдшер МПБ здійснює медичне сортування і організує евакуацію потерпілих на МПП, де їм надається перша лікарська допомога.

Перша лікарська допомога (МПП) передбачає проведення слідуючих заходів: радіометричний контроль за радіоактивним зараженням шкіри, обмундирування. Здійснюється дезактивація – видалення радіоактивних речовин з поверхні або з об'єму заражених об'єктів з метою попередження радіаційного пошкодження. Проводять часткову санітарну обробку і беззондове промивання шлунку. Здійснюється тимчасова зупинка кровотечі, попередження розвитку шоку, транспортна іммобілізація при переломах щелеп, профілактика інфекційних ускладнень ран, заміна пов'язок при забрудненні рани (опікової поверхні) радіоактивними речовинами (РР). Заповнюється первинна медична картка. Потерпілі готуються до евакуації.

Кваліфікована медична допомога (ОМедБ, ОМЗ) передбачає дезактивацію, медичне сортування поранених на сортувальному посту. Хто потребує, направляється на спеціальну обробку. Направлення до перев'язочної проводиться в залежності від тяжкості пошкодження: в першу чергу, другу, третю та четверту чергу. В першу чергу проводиться боротьба з шоком та асфіксією, кровотечами. У всіх потерпілих стоматолог оглядає рани, з'ясовує обсяг допомоги та пункт подальшого призначення.

Здійснюється остаточна зупинка кровотечі, видалення з рани вільно розміщених чужорідних тіл, осколків, вторинних пошкоджуючих снарядів, промивання та багаторазове орошення рани (при

радіаційному забрудненні її), накладання асептичної пов'язки, іммобілізація відламків стандартними шинами.

У всіх потерпілих вгамовується спрага та проводиться годування.

Спеціалізована медична допомога надається в щелепно-лицевих відділеннях спеціалізованих шпиталів для лікування поранених у голову, шию та хребет, в шпиталях для лікування легкопоранених, а також в стоматологічних відділеннях других шпиталів. Тут проводиться радикальна хірургічна обробка ран та лікування в повному обсязі до видужування, за винятком тих, котрі потребують довготривалого (що перевищує 2-3 місяці) багатоетапного лікування. Ці потерпілі зразу ж після проведення хірургічної обробки направляються в шпиталі внутрішнього району країни. Основний принцип лікування комбінованих радіаційних пошкоджень – необхідність використання прихованого періоду (до перших проявів розвитку променевої хвороби) для ПХО, кісткової пластики та реконструктивних втручань.

Принципи хірургічної обробки ран, забруднених радіоактивними речовинами (по В.В. Фіалковському, 1966 р.):

1. ПХО здійснюють в ранні строки – 24-48 годин після пошкодження (рання ПХО рани);
2. ПХО повинна бути одномоментною, вичерпною та закінчуватися здійсненням постійної іммобілізації кісткових відламків, накладанням первинних швів на рану м'яких тканин, місцевим та загальним (внутрішньом'язевим) введенням антибіотиків;
3. Повинна проводитись ретельна ревізія рани;
4. Остаточна зупинка кровотечі в рані здійснюється прошиванням судин разом з м'якими тканинами;
5. Обов'язкове видалення усіх чужорідних тіл, особливо металевих;
6. Використання оперативних методів іммобілізації відламків, обмеження використання назубних металевих шин;
7. При наявності глибоких сліпих кишень та ходів, останні повинні бути розсічені для видалення чужорідних тіл, відламків зубів та кісток, для промивання та аерації рани;
8. Для попередження некротичних виразок та пошкоджень слизової оболонки та шкіри в розпал променевої хвороби, в усіх випадках рану закривають зближенням її країв, або за допомогою викроювання та переміщення клаптів сусідніх тканин;
9. При ушиванні ран з дефектами тканин краї рани зближують, а проміжки рихло тампують марлею та закривають асептичною пов'язкою;
10. Обов'язковий щоденний нагляд за раною;
11. У період реконвалесценції застосовують вторинні шві.

В період розпалу променевої хвороби дозволяється оперативне втручання при виникненні самих невідкладних показників до цього. В цей період розвивається геморагічний синдром, що характеризується погіршенням згортання крові. Тому під час оперативних втручань по життєвим показникам необхідно одночасно проводити інтенсивну загальну терапію з метою підвищення згортання крові (гемотрансфузії, внутрішньовенне введення тромбоцитарної маси і консервованої плазми, місцеве застосування гемостатичної губки та ін.).

При проведенні первинної хірургічної обробки ран, заражених РР, необхідно більш повно видаляти некротичні тканини та чужорідні тіла, так як при цьому видалається значна частина РР. Цьому ж сприяє і промивання ран 0,1 % розчином натрію хлориду, розчинами антисептиків, застосування адсорбуючих речовин для підсилення дренажу рани.

Радіаційні рани після первинної хірургічної обробки підлягають повторному дозиметричному контролю і, при наявності високого рівня зараження, знову обробляються. Якщо після обробки виявляється зараження РР, тоді рана не зашивається, а рихле тампонується.

КОМБІНОВАНІ МЕХАНО-ХІМІЧНІ УРАЖЕННЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

При застосуванні хімічної зброї можуть виникнути такі варіанти комбінованих хімічно-механічних уражень (КХУ):

- ураження, при яких рана заражена ОР (у цьому випадку ОР всмоктується в кров значно швидше, ніж при їх попаданні на неушкоджену шкіру);
- ураження, при яких ОР попали на шкіру, одяг, але не проникли в рану;
- ураження, при яких крім рани та опікової поверхні, заражені шкірні покриви, органи дихання, органи травлення, очі та інші.

ОР можуть потрапляти на поверхню ран і опіків у вигляді крапель, аерозолей і газоподібних речовин. Рани щелепно-лицевої ділянки можуть бути уражені ОР:

1. що мають місцеву дію;
2. що здійснюють загальну резорбтивну дію.

Місцева дія ОР: виразний запально-некротичний процес, сповільнення процесів очищення рани та репаративних процесів, розвиток інфекційних ускладнень.

Прояви загальної резорбтивної дії ОР обумовлені скорішим всмоктуванням ОР через рану та зниженням мінімальної смертельної дози ОР.

При КХУ змінюється не лише перебіг раневого процесу, але й загальний стан потерпілого (реактивність та регенеративні і компенсаторні можливості організму). Перебіг КХУ супроводжується синдромом взаємного обтяження. Так, ураження ОР погіршує перебіг поранення, опіку, закритої травми, а ті, в свою чергу, ускладнюють перебіг отруєння організму хімічними речовинами.

У разі зараження ран (опіків) фосфор-органічними речовинами (ФОР) місцева реакція організму не виникає, але дуже швидко розвиваються і наростають симптоми загальнотоксичної дії. Характерною ознакою зараження ран ФОР є фібрилярне посічування м'язових волокон у рані та навколо неї, а також посиленне потовиділення із шкірного покриву, що її оточує. Фібрилярне посічування м'язів може переходити в загальні, клоніко-тонічні судоми. Швидко розвиваються бронхоспазм, міоз та інші симптоми загальнорезорбтивної дії ОР. ФОР дуже швидко всмоктується через рану. Вже через 30-40 секунд після зараження у вмісті рани визначаються лише сліди ФОР, а сама рана не містить отруйних речовин. При опіках III-IV ступенів тяжкості всмоктування ФОР може значно сповільнюватись до 40-60 хв.

Ознаки зараження ФОР:

Місцеві – запах часнику з рани або від пораненого, шкіра в зоні дії ФОР облечена, наявність сухого струпу та димлення рани, може бути горіння пов'язки або одягу, з рани рясний серозно-гнійний ексудат.

Загальні – розвиваються через 2-3 доби, спостерігається жовтуха, кровотеча у ШКТ та сечовивідних шляхах, крововиливи у шкіру та слизові оболонки, розвиток печінкової недостатності та коми.

Перебіг раневого процесу, обтяженого дією шкірно-резорбтивних речовин, характеризується розвитком глибоких дегенеративно-некротичних явищ. Уражені тканини набувають вигляду вареного м'яса, порушується скоротливість м'язів, вони легко рвуться. Можуть утворюватися між'язеві флегмони, гнійні метастази. При ураженні кісток спостерігається розвиток некротичного оститу з виникненням довготривалого остеомієлітичного процесу і секвестрів, що пізно виділяються з рани.

Потрапляння на стінку кровоносної судини іприту призводить до її некрозу і тромбозу. Можуть спостерігатись гнійне розплавлення тромбу і кровотеча.

Рани, що заражені іпритом, мають такі клінічні ознаки:

Місцеві – запах горілої гуми або гірчиці, на поверхні ран інколи утворюються темно-бурі масні плями, які мають запах гірчиці, паленої гуми, поверхня рани швидко набуває буро-коричневого забарвлення, швидко розвивається набряк країв рани, через 3-4 години після зараження спостерігається почервоніння і набрякання країв рани, через 18-24 години на шкірі утворюються пухирці, наповнені серозною рідиною та покриті некротичною плівкою, прогресування некрозу та розвиток інфекції у рані, сповільнюється очищення та загоєння рани.

При потраплянні у рану великої кількості іприту з'являються ознаки загальної резорбтивної дії – відзначаються головний біль, апатія, зниження артеріального тиску, підвищення температури тіла до 39-40°C, нудота та блювання, ентероколіт, судоми, коматозний стан, в сечі визначається білок, еритроцити, гіалінові та зернисті циліндри.

Рани гояться дуже повільно. На їх місці утворюються великі шрами.

При зараженні ран (опіків) люїзитом місцеве відразу виникає пекучий біль, не адекватний травмі. Із рани поширюється характерний запах – квітів герані. В перші хвилини прилеглі до рани тканини набувають сірого забарвлення, потім – жовто-бурого. Швидко розвивається запалення у рані, підвищується її кровоточивість. Через 15-20 хвилин після ураження навколо рани з'являються гіперемія, набряк шкіри, утворюються пухирці. Через 6-8 годин виникають петехіальні крововиливи у шкіру. До 24 годин пухирці поступово зливають у великі пухирі. При великому пошкодженні країв рани набувають блілого жовтого кольору. Через 2-3 доби розвивається суха некротична плівка та розвивається інфекція. Значно швидше, ніж при зараженні ран іпритом розвиваються явища загальної інтоксикації – слабкість, задуха, набряк легенів, колапс. Рана загоюється з утворенням грубих спаяних з тканинами болочих, часто вкритих виразками, рубців.

НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ КОМБІНОВАНИХ МЕХАНО-ХІМІЧНИХ УРАЖЕННЯХ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ НА ПОЛІ БОЮ І ЕТАПАХ МЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ

Своєчасне надання першої медичної допомоги в умовах застосування противником ОР має винятково важливе значення. Перша медична допомога включає наступний комплекс заходів:

- надівання шолому для поранених в голову (тільки після обробки шкіри обличчя дегазуючим розчином);
- застосування антидотів специфічної дії;
- проведення часткової санітарної обробки ділянок шкіри і одягу з слідами ОР;
- введення знеболюючих засобів з шприц-тюбика;
- накладання захисної пов'язки на рану чи опікову поверхню;
- винос (вивіз) потерпілого з вогнищ ураження.

Долікарська медична допомога на МПБ включає наступні заходи:

- повторне введення антидотів;
- підбинтування дуже промоклих пов'язок, іммобілізація відламків кісток лицевого скелету;
- введення знеболюючих засобів;
- дача таблетованих антибіотиків (при знятому протигазі).

Перша лікарська допомога (на МПП) зводиться до введення антидотів при ураженні ФОР, серцево-судинних і протисудомних засобів. Здійснюється інгаляція кисню і заповнення первинної медичної картки. Крім цього, при ураженні ран (опіків) ОР в перев'язочній МПП проводиться їх дегазація:

- при ураженні ФОР проводиться обробка ураженої поверхні тіла сумішшю 8 % розчину бікарбонату натрію і 5 % розчину перекису водню, котрі беруться в рівних дозах, суміш готується безпосередньо перед використанням;
- при ураженні іпритом шкіра навкруг рани протирається 10 % розчином хлораміну, а саму рану обробляють 5 % водним розчином хлораміну;
- при ураженні люїзитом проводять змазування ран 5 % настоякою йоду, рани промивають розчином Люголя або 5% розчином перекису водню.

При масовому надходженні поранених на МПП обробка забруднених ран проводиться тільки по життєвим показникам.

Кваліфікована допомога (ОМедБ, ОМЗ). Основним заходом при ураженні ран стійкими ОР шкірно-резорбтивної дії (іприт, люїзит) є хірургічна обробка їх, яка проводиться в якомога ранні строки. Первинна хірургічна обробка ран здійснюється тільки після медикаментозного купірування дії ОР – введення антидотів та проведення дегазації.

Особливості проведення ПХО ран при забрудненні ОР:

- обов'язкове видалення чужорідних тіл та кісткових відламків;
- ретельний гемостаз;
- в ході втручання періодична обробка її дегазантами;
- тампонування рани марлевими серветками, що зволожені розчинами дегазантів;
- проводиться широке обтинання країв рани на повну її глибину, що бажано проводити в перші 3-6 годин після ураження;
- накладання первинних відкладених швів або вторинних ранніх швів.

Попадання в рану ОР загальнотоксичної дії типу ФОР дуже ризиковане для життя хворого внаслідок швидкого їх всмоктування. З цієї причини первинна хірургічна обробка повинна проводитись тільки після зняття дії ФОР. Лікування ран, що забруднені ФОР, здійснюється у відповідності з принципами лікування звичайних вогнепальних ран.

Спеціалізована медична допомога надається в щелепно-лицевих відділеннях спеціалізованих шпиталів для лікування поранених в голову, шию та хребет, в шпиталях для лікування легкопоранених, а також в стоматологічних відділеннях других шпиталів.

Хірургічна обробка ран, забруднених (отруєних) іпритом чи люїзитом, повинна проводитись в найбільш ранні строки.

Для проведення хірургічної обробки таких ран виділяються окремі столи, хірургічний інструментарій, дегазуючі розчини, персонал працює в гумових рукавичках, фартухах, на рукавниках. Рукавички під час операції періодично обробляють 5-10 % спиртовим розчином хлораміну.

З метою запобігання занесення ОР вглиб рани під час операції проводять часту зміну інструментарію з послідуною його дегазацією.

Видалені патологічно змінені тканини, заражений перев'язочний матеріал під час проведення оперативного втручання викидають в закриті банки з дегазаторами, а потім знищують.

Хірургічна обробка ран, заражених ОР, може проводитись під місцевою або загальною анестезією з врахуванням загального стану потерпілого.

Основним елементом хірургічної обробки є обтинання та вилучення роздроблених, нежиттєздатних заражених тканин, а також видалення помітних крапель ОР.

Якщо маються пошкодження кісток – видаляються всі кісткові відламки і відламки, зв'язані з окістям і навколо розміщеними м'якими тканинами. Кінці кісток відпилюються в межах здорових тканин.

Кровоносні судини перев'язуються за межами дії ОР, на рану накладають первинні шви.

Вплив високої температури, хімічних речовин та променевої енергії призводить до патологічних змін в тканинах – до опіків. В мирний час опіки зустрічаються в результаті порушень правил техніки безпеки на підприємстві або в побуті. Опіки обличчя та голови складають від 12,4 % до 24,5 % (за даними В.Д. Братуся, О.В. Шумова). В роки Великої Вітчизняної війни термічні опікові ураження частіше всього спостерігались у льотчиків, танкістів, при вибухах горючих матеріалів на складах. За даними Г.М. Іващенко, термічні опіки у льотчиків та танкістів складали біля 35 % всіх пошкоджень щелепно-лищевої ділянки. За статистичними даними військово-медичного управління Корейської народної армії опіки напалмом складали 1-1,5 % всіх видів бойових пошкоджень.

Опіки, в залежності від походження, розподіляють на 4 групи: термічні; хімічні; електричні; променеві.

За характером пошкодження шкіри та глибше розташованих тканин розглядають чотири ступені опіків:

I ступінь	– характеризується інтенсивним почервонінням шкіри та незначним набряком;
II ступінь	– відрізняється створенням на шкірі пухирів різного розміру з прозорою серозною рідиною;
III ступінь	– III А ступінь: частина дерми з епітеліальними утвореннями – потовими, сальними залозами та волосяними фолікулами, не пошкоджена; – III Б ступінь: тотальний некроз шкіри.
IV ступінь	– некроз всіх тканин (обвуглювання тканин)

За клінічною картиною та тяжкістю пошкодження опіки розподіляють на: легкі та важкі.

До важких опіків відносять опіки III Б та IV ступеню, що залишають спотворюючі рубці на обличчі та шиї, глибокі дефекти та деформації брів, повік, вушних раковин, носа, губ, підборіддя та других частин обличчя.

Характеристика термічних опіків

Післяопікові зміни тканин обличчя, як правило, ведуть до серйозних порушень зору, функції нижньої щелепи та інші функціональні і косметичні дефекти. Більш за все пошкоджуються виступаючі частини обличчя – ніс, вушні раковини, губи, брови, вилицева частина, підборіддя. Термічні опіки всіх ступенів викликають у хворого почуття нестерпного пеку та різкого болю, яке посилюється при дотику до пошкодженої поверхні.

Після опіків обличчя I ступеню шкіра мало змінюється, інколи залишається пігментація. Опіки обличчя II ступеню з асептичною течією завершуються в кінці другого тижня лікування епітелізацією шкіри, яка дуже чутлива при доторканні і легко травмується. У випадках інфікування пухирів або травмованої поверхні при опіках обличчя II ступеню на місці грануляції завжди залишаються гіпертрофічні рубці. Опіки III А та III Б ступенів супроводжуються інфекцією. Процес загоювання супроводжується утворенням післяопікових рубців, які часто перетворюються на келоїдні. На них, як правило, утворюються виразки, тріщини. При ураженні повік можливі ускладнення у вигляді кон'юнктивітів. При опікових травмах обличчя одночасно з пошкодженнями других частин тіла, які супроводжуються змінами в організмі, необхідні спостереження відповідних спеціалістів.

Розміри поверхні опіку визначають у відсотках по відношенню до всієї поверхні тіла за допомогою "правила дев'ятки" та "правила долоні". "Правило дев'ятки" доцільно використовувати при значних пошкодженнях поверхні тіла. Розрахунок для визначення слідує: поверхня голови та шиї – 9 %, нижні кінцівки – по 18 %, верхні кінцівки – по 9 %, передня поверхня тулуба – 18 %, задня поверхня тулуба – 18 %, проміжність та статеві органи – 1 % від загальної площі тіла. Більш точні результати одержують при використанні методики Постнікова. Площу опіку виміряють прикладаючи до поверхні опіку стерильну прозору плівку, на якій обводять контури пошкодженої поверхні. Потім плівку кладуть на міліметровий папір і підраховують площу опіку в квадратних сантиметрах. Процентне співвідношення визначають, враховуючи загальну площу тіла, яка дорівнює 16000 см².

В характеристиці опіку (запис у медичних документах) вказують площу і ступінь пошкодження у вигляді відношення: в чисельнику приводять процент пошкодженої поверхні, в знаменнику – ступінь опіку.

Площу опікового пошкодження можна виміряти долонею – площа долоні дорівнює 1 % поверхні тіла.

Тяжкість опіків визначають за допомогою індексів, наприклад, індексу Франка: 1% площі поверхневого опіку дорівнює 1 ОД, 1% площі глибокого опіку – 3 ОД, ураження дихальних шляхів складає 30-45 ОД. Значення індексу Франка до 30 ОД відповідає легкому ступеню опіку, 31-60 ОД – середньому ступеню, 61-90 ОД – тяжкому ступеню, більш 91 ОД – вкрай тяжкому ступеню.

При поверхневих опіках до 10-12 % поверхні тіла людини або при глибоких опіках 5-6 % поверхні тіла у дорослих опіки перебігають як місцеві пошкодження, в дітей та осіб похилого віку – 7-8 % та 3-4 % відповідно. При більш тяжких та розповсюджених пошкодженнях виявляються порушення органів та систем організму людини – розвивається опікова хвороба. В клініці опікової хвороби виділяють 4 періоди:

I. Опіковий шок;

II. Гостра опікова токсемія;

III. Септикотоксемія;

IV. Період реконвалесценції.

I період – опіковий шок – патологічний стан, виникаючий у відповідь на термічну (хімічну, електричну, променеву) травму, в основі якої існує нервово-больовий фактор. При опіковому шоці виділяють дві фази: еректильну (короткочасну) і торпідну (довготривалу). В першій фазі збудження ЦНС досягає дуже високого рівня. Хворі плаксиві, скаржаться на біль в зоні опіку, визначається тахікардія – пульс до 100 за хв., артеріальний тиск в межах норми.

В торпідній фазі потерпілий заторможений, не реагує на навколишні обставини, апатичний, шкірні покриви бліді, риси обличчя загострені, слизові оболонки синюшні, визначається тахікардія, артеріальний тиск знижений.

II період – гостра опікова токсемія, розпочинається через декілька годин після опікового шоку. Пульс частий, слабкого наповнення, артеріальний тиск знижений. Температура шкіри знижена, визначається загальмованість хворого, в'ялість, інколи коматозний стан. Спостерігається ціаноз слизових оболонок та периферійних шкірних покривів (ніс, вуха, губів, щік). Констатується згущення крові.

III період – септикотоксемія, характеризується всіма ознаками сепсису: різкі температурні коливання, кахексія, порушення нервового статусу, загальмованість, зниження рівня гемоглобіну, токсичні речовини у крові та сечі, сповільнена епітелізація опікової поверхні, пролежні, пневмонія. Хворі помирають від виснаження та інфекційних ускладнень. У хворих з важкими опіками (ШБ-IV ступені) може спостерігатись повна ареактивність стану.

IV період – реконвалесценції, при сприятливому перебігу відзначається активною епітелізацією грануляційної тканини, що заповнює раневу поверхню після відторгнення некротизованих ділянок. При значних опіках можливі виразки, які набувають хронічного перебігу.

Характеристика хімічних опіків

Хімічні опіки викликаються дією неорганічних кислот (сірчана, соляна, азотна), луг (негашене вапно, їдкий калій і натрій), солями важких металів (нітрат срібла) на відкриті ділянки тіла або слизової оболонки порожнини рота, ротоглотки, стравоходу. Глибина опіку залежить від концентрації та температури речовини, тривалості впливу. Механізм опіку кислотою заключається у тому, що кислоти змінюють біологічні рідини колоїди клітин, відбувається дегідратація і коагуляція тканин, розвивається сухий некроз. Механізм опіку лугами заключається у тому, що луги утворюють із тканинами лужні альбумінати, омилують жири, розвивається вологий некроз.

Хімічні опіки класифікують також по чотирьох ступеневій класифікації. При хімічних опіках не утворюються пухирі. Опікова хвороба розвивається рідко, але відбувається усмоктування в кров хімічних речовин і інтоксикація організму ними та їх метаболітами. Особливості хімічних опіків: опіки обмежені по площі, із чіткими межами, наявні сліди розтікання (подтеки) хімічної речовини, на слизовій оболонці різка гіперемія, потім формуються ділянки некрозу, просочені ексудатом і покриті щільною плівкою фібрину, під плівкою гоїться рана, відторгнення плівки повільне.

НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА ЛІКУВАННЯ ОПІКІВ ОБЛИЧЧЯ НА ЕТАПАХ МЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ

Перша медична допомога пораненим з опіками на полі бою складається з самопомоги, взаємодопомоги, допомоги санітарів та санінструкторів. Перша чергова задача при наданні допомоги

пораним припинення дії вражаючого фактору. Для цього необхідно швидко скинути палаючий одяг (шинель, плащ-палатку, бушлат та ін.). Якщо не встигли скинути одяг, то палаючу ділянку покривають щільною тканиною, а іноді використовують сиру землю, пісок та глину. Бігти при палаючому одязі не можна. Обливання водою тільки збільшує площу пошкодження. Погасити палаючий одяг можливо, якщо занурити потерпілого у воду (ставок, басейн та інш.).

Найважливіший елемент першої допомоги – усунення болю, що є протишоковим заходом. Вводять наркотичні анальгетики із аптечки індивідуальної. Це має бути зроблено перед всілякими маніпуляціями на поверхні опіку. Потерпілий сам чи за допомогою товариша вводить собі вміст шприца-тюбика. Потерпілим з тяжкими опіками це повинен зробити санітар чи санінструктор.

Щоб захистити опалені поверхні від забруднення і додаткового пошкодження, слід накласти асептичну пов'язку (застосовують індивідуальний перев'язувальний пакет), при цьому одяг з опаленої ділянки не знімають, а розрізають над ділянкою пошкодження. Перед накладанням пов'язки не слід звільняти опалену поверхню від залишків одягу, намагатись видалити чи проколоти пухирі. Однак залишки запальної суміші, що не встигли згоріти, мають бути обережно видалені, в зв'язку з можливістю їх повторного займання.

Значній кількості пораним з опіками обличчя та тимчасовим осліпленням через набряк повік чи дію світлового випромінювання ядерного вибуху потрібно супроводження з поля бою.

На МПБ продовжується боротьба з кровотечею та шоком, вводяться знеболюючі препарати, антибіотики, і пораненого готують до евакуації на МПП.

При одночасному надходженні великої кількості пораним з опіками обличчя особливо важливим є медичне сортування. Насамперед виділяють пораним, які потребують невідкладної медичної допомоги (лікарської). До цієї групи відносяться потерпілі з багатofакторними враженнями та різко вираженими ознаками порушення дихання, з отруєнням токсичними продуктами горіння і проявами судинного колапсу, а також опалені в шоківому стані. Невідкладним заходом є заміна пов'язки у потерпілих, у яких поверхня опіку і пов'язка забруднені радіоактивними речовинами вище допустимої дози. Відносно потерпілих з легким опіковим шоком обмежуються комплексом таких заходів: вводять внутрішньом'язово або в вену анальгетики (1 мл 2 % розчину пантопону або 1 мл 2 % розчину промедолу) в поєднанні з антигістамінними препаратами (1 мл 2 % розчину діпрозіну чи піпольфену), призначають відповідно показанням серцеві та дихальні аналептики (1мл 10 % розчину кофеїну підшкірно, 1-2 мл кордіаміну підшкірно, 1 мл 0,06 % розчину корглікону в 20 мл 40 % глюкози у вену), спазмолітики (10 мл 2,4 % розчину еуфіліну у вену або 1 мл 12 % розчину у м'язи), дають випити: соляно-лужний розчин, білковий морс (розведений водою білковий гідролізат з добавкою 10 % розчину глюкози, аскорбінової чи лимонної кислоти), гарячий чай чи каву. Всі ці заходи проводять в сортувально-евакуаційному відділенні.

Потерпілих з опіками, які потребують невідкладної допомоги направляють у перев'язочну, де вони отримують необхідний комплекс лікувальних заходів. Всім опаленим вводять правцевий анатоксин.

На МПП також проводять заходи, що сприяють безпеці подальшої евакуації.

Повний обсяг кваліфікованої медичної допомоги в ОМедБ чи ОМЗ передбачає: медичне сортування та здійснення заходів, що забезпечують можливість найскорішої евакуації легко обпечених та потерпілих з опіками середнього ступеню; комплексну протишокову терапію у обпалених, які поступили у стані опікового шоку і невідкладну реанімаційну допомогу потерпілим із враженням дихальних шляхів, отруєнням продуктами горіння вогневих сумішей, загальним перегріванням; лікування до видужання легко обпечених, підлягаючих затримці у команді видужуючих чи повернення їх в частини.

Усі потерпіли з опіками обличчя, які поступили із районів ядерного вибуху, підлягають дозиметричному контролю.

В ОМедБ проводять комплексну протишокову терапію у повному обсязі до остаточного виведення потерпілого із стану опікового шоку. В протишовій палаті головні лікувально-діагностичні заходи здійснюються в такій послідовності: оцінюють загальний стан потерпілого (притомність, пульс, дихання, АТ, ректально-шкірний градієнт температури), уточнюють, по можливості, площу, глибину та локалізацію опіку; вводять знеболюючі, седативні та серцеві засоби; здійснюють внутрішнє вливання рідин і медичних засобів, застосовуючи венепункцію, венесекцію чи катетеризацію центральних вен, беруть кров для лабораторних досліджень; вводять постійний катетер в сечовий міхур для спостереження за динамікою діурезу на протязі всього періоду шоку; накладають пов'язки (при їх відсутності) на обпалену поверхню. При циркулярних опіках кінцівок, що призводять до грубого порушення та розладу місцевого кровообігу або кровообігу тулубу, що в свою чергу порушує дихання, попередньо проводять декомпресивну некротомію; наносять повздовжні розрізи через всю

товщину некротизованих тканин від проксимального чи дистального краю струпа для послаблення натягу тканин.

Температура повітря в палатах на рівні носилок повинна підтримуватись $+23\text{--}+25^{\circ}\text{C}$. При відсутності блювання дають теплий чай, соляно-лужний розчин, білковий морс. Напувати обпаленого слід невеликими порціями (50-100 мл).

Для попередження та лікування гострої ниркової недостатності призначають осмотичні діуретики (манітол, сечовина, тіосульфат натрію), еуфілін (5-10 мл 2,4 %), фуросемід (2 мл 1 % розчину внутрішньовенне та внутрішньом'язево). Корекцію метаболічного ацидозу досягають введенням 150-200 мл 3-5 % розчину гідрокарбонату натрію.

Психомоторне збудження у потерпілих з тяжкими опіками знімають ін'єкцією оксибутирату натрію (10-20 мл 20 % розчину внутрішньовенне, дроперідолу (10-20 мл 0,25 % розчину внутрішньовенне). При гіпертермії вводять 1 мл 50 % розчину анальгіну внутрішньом'язево чи 5 мл реопіріну і одночасно 5000 ОД гепарину, внутрішньовенне струйно переливають 700-800 мл ізотонічного розчину натрію хлориду чи плазми крові.

Туалет обпаленої поверхні на етапі кваліфікованої допомоги не проводять, за винятком випадків забруднення опікових ран радіоактивними речовинами, а також при необхідності заміни пов'язок у легко обпечених, залишених для лікування на даному етапі (в команді видужуючих). Особливо недопустимі які б то не були маніпуляції (за виключенням некротомії) на обпеченій поверхні у потерпілих, які знаходяться в стані шоку.

На цьому етапі медичної евакуації при опіках верхніх дихальних шляхів здійснюють трахеостомію, а також призначають іригації ротової порожнини лужними та дезінфекційними розчинами, змазують уражені ділянки слизової оболонки розчинами анестетиків. Харчування потерпілих організують з врахуванням змін у порожнині рота та глотки.

Особливу увагу треба приділяти обпеченим крилам носа, вушним раковинам, повікам. Оголені хрящі слід особливо ретельно ізолювати емульсією від навколишнього середовища, так як їх забруднення приведе до перихондриту та загибелі хряща.

Обпеченим, не потребуючим кваліфікованої допомоги по невідкладним показникам і підлягаючим евакуації в спеціалізований шпиталь, в сортувально-евакуаційному відділенні вводять анальгетики, антибіотики та симптоматичні засоби, контролюють стан пов'язок, виправляють їх та дають пити.

Для лікування на місці залишають поранених, які можуть самостійно рухатись і обслуговувати себе з невеликими опіками I-II ступеню (2-3 % поверхні тіла) і строком лікування до 10 днів. Потерпілих з більш поширеними (до 40 % поверхні тіла) поверхневими опіками (I, II, IIIA ступенів) направляють в ВПШЛП, а поранених з середніми та тяжкими опіками (після надання їм необхідної допомоги в повному обсязі) евакуюють в спеціалізовані шпиталі.

Спеціалізовану медичну допомогу надають після ретельного огляду, уточнення характеру та тяжкості ураження. Лікування опіків I і II ступенів здійснюється в шпиталі для легкопоранених або у дерматологів, так як хірургічного лікування вони не потребують. При глибоких опіках на невеликих, функціонально пасивних ділянках обличчя показані ранні пластичні операції, в зв'язку з чим ця категорія обпечених повинна бути госпіталізована або у шпиталі для обпечених, або в спеціалізовані шпиталі для поранених в голову, шию та хребет, де знаходяться спеціалісти, які володіють прийомами первинної пластики.

У лікувальних установах шпитальних баз проводять першу заміну пов'язок та радикальну первинну хірургічну обробку ран. Для цього попередньо вводять наркотичні анальгетики. На початку спиртом, бензином, 0,25 % розчином аміаку очищають шкіру навколо опіку. Потім з опікової рани вилучають частинки видимого забруднення, відшарований епідерміс, спорожнюють та розкривають великі пухирі. Найбільш забруднені ділянки обпеченої поверхні очищають марлевими кульками, змоченими в 3 % розчині перекису водню і обмивають розчином фурациліну чи новокаїну. Далі опікову рану осушують і закривають пов'язкою.

Подальше лікування обпечених поверхонь здійснюється відкритим чи закритим методом. У спеціалізованому військовому польовому хірургічному шпиталі проводяться ранні відновлювальні операції з використанням місцевих тканин методом вільного пересадження тканин, а також використовують метод клаптика на ніжці. Проводиться фізіотерапевтичне, ортопедичне лікування та профілактика ранніх і пізніх ускладнень.

Важливим завданням спеціалізованої допомоги є оперативне лікування потерпілих з обмеженими (до 5-7 % поверхні тіла) глибокими опіками, що можуть повернутися в стрій. Для цього необхідне відновлення шкіряного покриття шляхом аутодермопластики.

Гранулювання ран губів та повік, як правило, викликає виворіт губ, крил носа. Враховуючи те, що

пересажені вільні шкіряні трансплантати будуть скорочуватись, що збільшить виворіт, перед пересадкою потрібно обтинати грануляції до нормальних тканин, мобілізувати краї рани та розсунути їх, що збільшить раневу поверхню – трансплантат повинен значно перевищувати недостаток шкіри. При цьому з метою збереження функції повік та губів треба прагнути зберегти мімічні м'язи. Там, де ці м'язи пошкоджені внаслідок опіку чи при недостатньо кваліфікованій некректомії, відновити їх функцію практично неможливо. Втрата функції мімічних м'язів викликає деформацію обличчя, що потребує довготривалого лікування. Ці потерпілі, а також ті, що мають опіки ІІІ-ІV ступенів направляються в шпиталі тилу країни.

ПРИНЦИПИ ЛІКУВАЛЬНОЇ ФІЗКУЛЬТУРИ

Основними засобами лікувальної фізкультури є фізичні вправи, характер застосування яких визначається руховим режимом хворого й особливостями плину захворювання. При лікуванні щелепно-лицевих поранених застосовують **загальнозміцнюючі, дихальні і спеціальні вправи**. Основною умовою є регулярне і тривале їх застосування при достатній інтенсивності загального і місцевого впливу. Одним із важливих компонентів комплексного лікування хворих є правильна організація рухового режиму – співвідношення між спочинком і рухами. Диференційований руховий режим, призначений у залежності від стадії розвитку хвороби, клінічного стану хворого і методу лікування, дозволяє індивідуалізувати застосування засобів лікувальної фізкультури і забезпечити максимальну ефективність лікувальних заходів.

Для хворих, що знаходяться в стаціонарі, розрізняють такі **рухові режими**: суворий постільний, постільний, палатний (полупостільний), вільний (загальний).

Суворий постільний режим призначають у гострий період травми, а також у стадії декомпенсації діяльності основних систем життєзабезпечення. Ціль режиму - створення максимального фізичного і психічного спочинку хворому для мобілізації механізмів саногенеза. При цьому режимі хворий постійно перебуває в положенні лежачи на спині або полусидячи. Виключаються елементи самообслуговування, хворий потребує індивідуального спеціалізованого догляду. Для полегшення діяльності серцево-судинної системи, профілактики розвитку застійної пневмонії, атонії кишечника і тромбозів судин нижніх кінцівок обережно застосовують вправи для дрібних м'язових груп кінцівок і дихальної гімнастики, особливо діафрагмальне дихання. Хворим показаний легкий масаж і пасивні вправи. Цей режим призначають пораненим із важкими сполученими і комбінованими травмами, політравмою.

Постільний режим також передбачає стан спочинку. Хворому забороняється підводитися і ходити, але можна сідати і повертатися. **Палатний режим** є перехідним до вільного рухового режиму. Зрівнюється співвідношення спочинку і рухової активності. Хворим вирішується підводитися, ходити (спочатку в палаті), виконувати елементи самообслуговування, але половину денного часу вони повинні проводити в постелі. Фізичні управи виконують у постелі лежачи, сидячи й у положенні стоячи для всіх м'язових груп із зменшеним дозуванням для поступової адаптації хворого до переходу у вертикальне положення і підготування до навантажень.

Вільний режим призначають у період видужання для ліквідації залишкових явищ і функціональних порушень, пов'язаних із перенесеними захворюваннями. Загальний обсяг фізичного навантаження високий, що забезпечує підготування хворого до виписки зі стаціонару. Основна задача режиму – забезпечити повну фізичну реабілітацію хворого.

Найбільше раціональним методом проведення лікувальної фізкультури з щелепно-лицевими пораненими є індивідуальні заняття. Це дозволяє уникнути негативних емоцій у поранених при виконанні спеціальних вправ груповим методом. Необхідно чергувати спеціальні вправи. Тому, крім щоденних занять з інструктором ЛФК, хворий повинний не менше 10-12 разів у день самостійно виконувати спеціальні, індивідуально підібрані вправи.

Терміни призначення ЛФК залежать від характеру і ступеня ваги ушкодження.

Протипоказання до призначення ЛФК носять тимчасовий характер, до них ставляться: загальний важкий стан хворого; висока температура тіла - вище 37⁰С; наявність гострого запального процесу в області ушкодження, збільшена ШОЕ, септичний стан; болючий синдром при фізичних управах; небезпека повторної кровотечі через наявність стороннього тіла поблизу судин; недостатня іммобілізація отломков ушкодженої кістки.

Призначає хворому ЛФК лікар, що гоїть, після визначення показань він робить запис в історії хвороби з указівкою рухового режиму, періоду лікування і що рекомендуються форм ЛФК. Методика лікувальної гімнастики при переломах щелеп будується з урахуванням періодів загоєння кістки, методу іммобілізації і клінічного стану хворого. У період формування первинної кісткової мозоли - І період застосування ЛФК, що триває 12-14 доби, повинні строго дотримуватися умови іммобілізації.

Задача лікувальної фізкультури в цей період - поліпшення загального стану, стимуляція консолідації отломків і загоєння рани, профілактика ускладнень, пов'язаних із гиподинамією височно-нижнечелюстного суглоба, сприяння координированной роботи м'язів, що беруть участь у ковтанні, жуванні і промові.

Протягом перших 3-4 днів призначають палатний режим, потім вільний руховий режим. Заняття починають із 2-3 дня після іммобілізації відламків. Виключаються різкі прямування, повороти тулуба і голови, стрибки. Не застосовують управи для жувальної мускулатури через небезпеку зсуву отломків. Сприяють розслабленню м'язів - застосовують управи для м'язів мови, шиї, сидячи перед дзеркалом. Починають заняття з тривалістю 10-15 хв., до кінця I періоду - 20-25 хв.

Під час закінчення I зростаються кісткові відламки. Подальший розвиток процесу регенерації кісткової тканини пов'язано з просочуванням солями фосфору, калію і кальцію первинного кісткового мозолу і перетворенням його в кістку. До кінця 3-й тижня послабляють міжщелепну фіксацію або накладають знімну шину, що дозволяє використовувати активні вправи для жувальної мускулатури з метою підготування до роботи м'язів, що беруть участь у рухах нижньої щелепи. У цей час переходять до II періоду лікування – вводять управи для жувальної мускулатури в повільному темпі, із незначною амплітудою, не викликаючи болючих відчуттів. Механотерапію і пасивні рухи нижньої щелепою в II періоді не застосовують. Тривалість занять збільшується до 30 хвилин за рахунок введення великого числа загальнозміцнюючих вправ, збільшується кількість повторень, темп і амплітуда рухів, часто змінюються вихідні положення.

Задача ЛФК у II періоді – боротьба з розвитком тугорухомості і контрактури скронево-нижньощелепного суглоба.

Після зняття іммобілізації переходять до III періоду лікування хворих із переломами щелеп. Це відбудовний період, протягом якого відбувається повна медична реабілітація хворого. До цього періоду хворі виписуються зі стаціонару для лікування в поліклініці. У III період широко застосовують спеціальні вправи для жувальної мускулатури. Вправи виконуються в середньому темпі, із максимальною амплітудою й акцентом на відкривання рота, бічні прямування нижньою щелепою. Застосовують масаж і механотерапію для ліквідації залишкових явищ – постіммобілізаційних контрактур, фіброзних анкілозів, зморщування суглобних капсул і низок, ригідності суглобів, рубців, що стягають, парезів нервів. Застосовують гумові розпірки, пробки, дерев'яні клини і причепки, апарати – рухомі ложки Лимберга, еспандер Балона Л.Р., жомові апарати, дощечки Ядрової, апарат Дарсіссака, апарат ММСІ. Тривалість виконання вправ на механотерапевтичних апаратах – 5-10 хв., повтор 6-10 разів у день. Контролюється ефективність механотерапії по показниках ступеня відкривання рота і сили жувальної мускулатури. Ступінь відкривання рота визначають за допомогою лінійки, окклюзійного вимірювача, або введенням пальців хворого між центральними різцями щелеп. «Робоче» відкривання рота - 2-2,5 см, максимальне - біля 4 см. Силу жувальної мускулатури визначають гнатодинмометром або міотометром, за допомогою жувальних проб по І.С. Рубінову.

13. ПЛАН І ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА НАВЧАЛЬНОГО ЗАНЯТТЯ З ДИСЦИПЛІНИ.

№ з/п	Етапи заняття	Розподіл часу	Види контролю	Засоби навчання
1.	Підготовчий етап	15 хв.	Усне опитування за переліком питань. Письмове тестування.	Комп'ютер (ноутбук). Мультимедійні методичні розробки. Анатомічні муляжі. Відео- та фотоматеріали.
1.1	Організаційні питання			
1.2	Формування мотивації			
1.3	Контроль початкового рівня підготовки (стандартизовані засоби контролю)	60 хв.	Практичний тренінг. Вирішення клінічних задач. Створення алгоритмів лікарських дій, професійний тренінг.	Електронні довідники. Рентгенограми, ортопантомограми, томограми. Набір інструментарію. Результати лабораторних, цитологічних та
2.	Основний етап (вказати всі види робіт, які виконують студенти під час цього етапу).			
3.	Заключний етап	15 хв.	Тестування. Практичні завдання.	лабораторних, цитологічних та
3.1	Контроль кінцевого рівня			

	підготовки		Ситуаційні та нетипові задачі. Усне опитування.	гістологічних досліджень.
3.2	Загальна оцінка навчальної діяльності студента			
3.3	Інформування студентів про тему наступного заняття			

4.5. Види самостійної роботи студентів.

1. Вивчити такі питання ($\alpha=I$):

- 1.1. Класифікації вогнепальних та невогнепальних пошкоджень м'яких тканин ЩЛД.
- 1.2. Клінічна картина невогнепальних поранень м'яких тканин ЩЛД.
- 1.3. Особливості вогнепальних пошкоджень м'яких тканин ЩЛД. Загальну характеристику вогнепальної рани.
- 1.4. Клінічна картина сліпих, дотичних, наскрізних поранень м'яких тканин ЩЛД.
- 1.5. Визначення поняття "первинна хірургічна обробка рани".
- 1.6. Особливості проведення первинної хірургічної обробки ран обличчя.
- 1.7. Види хірургічної обробки ран обличчя. Види швів.
- 1.8. Обсяг та порядок надання медичної допомоги пораненому з пошкодженням м'яких тканин ЩЛД на етапах першої медичної допомоги, долікарської допомоги, першої лікарської допомоги, кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги.

2. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю ($\alpha=II$):

2.1. Яке пошкодження називають раною:

- A. порушення шкіри, яке супроводжується кровотечею
- B. з порушенням цілісності шкіри
- C. з порушенням цілісності шкіри та слизової оболонки
- D. з порушенням неперервності кістки
- E. з порушенням слизової оболонки

(Правильна відповідь: C)

2.2. Вогнепальні поранення щелепно-лицевої ділянки за характером пошкодження діляться на:

- A. наскрізні, сліпі, дотичні, проникаючі у порожнини роту, носу, придаткові пазухи
- B. забиті, розчавлені, колоті, різані, рублені, укушені
- C. поранення нижньої щелепи, верхньої щелепи, вилицевих кісток, кісток носу, декількох кісток
- D. кульові, осколочні, міно вибухові, поранення кулеподібними та стрілоподібними елементами
- E. ізольовані травми м'яких тканин, травми кісток щелепно-лицевої ділянки, сполучені травми

(Правильна відповідь: A)

2.3. Вогнепальні поранення щелепно-лицевої ділянки за видом зброї поділяються на:

- A. наскрізні, сліпі, дотичні, проникаючі у порожнини роту, носу, придаткових пазух
- B. забиті, розчавлені, колоті, різані, рублені, укушені
- C. поранення нижньої щелепи, верхньої щелепи, вилицевих кісток, кісток носу, декількох кісток
- D. кульові, осколочні, міно вибухові, поранення кулеподібними та стрілоподібними елементами
- E. ізольовані травми м'яких тканин, травми кісток щелепно-лицевої ділянки, сполучені травми

(Правильна відповідь: D)

3. Тестові завдання з множинним вибором ($\alpha=III$):

3.1. Для діагностики сліпих поранень щелепно-лицевої ділянки використовують наступні методи діагностики:

- A. збір анамнезу та вивчення медичної документації
- B. пальпацію, зондування, рентгенографічне дослідження, фістулографія
- C. бімануальну пальпацію, контрастну рентгенографію
- D. сіалографію, цитологічне дослідження
- E. рентгеноскопію з введеним в рану зондом, загальний аналіз крові та сечі

(Правильні відповіді: A, B)

3.2. Перерахуйте головні клінічні ознаки дотичної вогнепальної рани обличчя:

- A. завжди в глибині рани є чужорідне тіло, клапті м'яких тканин, кишені в тканинах
- B. рана забруднена, з дрібними розривами, клаптями м'яких тканин, має чужорідні тіла
- C. рана забруднена, є дрібні розриви, розчавлення та забій країв рани
- D. рана має раневий канал, вхідний та вихідний отвори, супроводжується спотворенням обличчя
- E. рана лінійної форми, нагадує різану або рублену рану,

(Правильні відповіді: C, E)

3.3. Перерахуйте головні клінічні ознаки наскрізної вогнепальної рани обличчя:

А. рана лінійної форми, нагадує різану або рублену рану, забруднена, є дрібні розриви, розчавлення та забій країв рани

В. завжди в глибині рани є чужорідне тіло, клапті м'яких тканин, кишені в тканинах

С. рана має розчавлення та забій країв, раневий канал з девіаціями, має чужорідні тіла

Д. рана має раневий канал, вхідний та вихідний отвори, супроводжується спотворенням обличчя

Е. рана має раневий канал з вхідним та вихідним отворами, біля отворів крововилив в підшкірну клітковину

(Правильні відповіді: D, E)

4. Задачі для самоконтролю:

4.1. Військовослужбовцю з проникаючим пошкодженням щічної ділянки втручання проведено через 18 годин після поранення, а шви на рану накладені на другий день після втручання. Який вид первинної хірургічної обробки мав місце у цьому випадку і який за строком вид швів було накладено? (Відповідь: рання первинна хірургічна обробка, первинний відстрочений шов)

4.2. У ОМедБ (ОМО) доставлений поранений через дві години після травми з осередку напалмового ураження. Пов'язки на обличчі, шиї, пензлях рук. Свідомість заплутана. Голос сиплий, тихий. Подих частий, гучний. На які першочергові заходи потребує постраждалий?

(Відповідь: Протишокові заходи)

4.3. У солдата, обпеченого полум'ям вогню, на фоні гіперемованої та набряклої шкіри обличчя виявлено різної величини пухирі, заповнені прозорою рідиною. Який ступінь опіку шкіри обличчя?

(Відповідь: II ступінь.)

4.6. Перелік індивідуальних завдань.

Провести пальпацію щелепно-лицевої ділянки у хворого з підозрою на уражень м'яких тканин.

4.8. Перелік теоретичних питань до підсумкового модульного контролю.

1. Перелічити фактори, які сприяють виникненню вогнепальних і невогнепальних уражень м'яких тканин.

2. Описати клінічну картину вогнепальних і невогнепальних уражень м'яких тканин.

3. Описати клінічну картину опіків.

4. Описати клінічну картину комбінованих уражень.

6. Методи діагностики та додаткові методи дослідження хворих.

7. Основні методи обстеження постраждалого в амбулаторних умовах.

8. Додаткові методи обстеження постраждалих.

9. Методи профілактики та лікування хворих.

4.9. Перелік практичних завдань та робіт до підсумкового модульного контролю.

1. Провести пальпацію постраждалих з ураженням м'яких тканин.

2. Провести диференційну діагностику та призначити план лікування хворим з термічними ураженнями.

3. Провести диференційну діагностику та призначити план лікування хворим з комбінованими ураженнями.

6. ЛІТЕРАТУРА:

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2т. – Т.2/В.О.Маланчук, І.П.Логвіненко, Т.О.Маланчук, О.Л.Ціленко – К.: ЛОГОС, 2011. – С. 3-4, 9-12.

2. Рузин Г.П. Краткий курс лекций по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Геннадий Петрович Рузин – Киев: «Книга плюс», 2006 – С. 100 - 122.

3. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия: Руководство для врачей / Под ред. проф. В.Н.Балина и проф. Н.М.Александрова. 4-е изд., доп. и испр. – СПб.: СпецЛит, 2005. – С. 42-52.

4. Щелепно-лицева хірургія: підручник / О.О.Тімофєєв. – К.: ВСВ «Медицина», 2011. – С. 370-380.

5. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство / под ред. А.А.Кулакова, Т.Г.Робустовой, А.И.Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 – С. 406-416.

№ 19. Вогнепальні, невогнепальні пошкодження кісток лицевого скелета. Рентгендіагностика пошкоджень лицевого скелета. Комплексне лікування пошкоджень щелеп. Регенерація тканин

ЩЛД. Посаднані та комбіновані травматичні ушкодження щелепно-лищевої ділянки.

Травматична хвороба: особливості клінічних проявів, діагностика, лікування.

1. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 1.1. Методи діагностики та негайної допомоги при вогнепальних, невогнепальних пошкодженнях кісток лицевого скелету.
 - 1.2. Особливості хірургічної обробки ран обличчя, порожнини рота.
 - 1.3. Методи діагностики при пошкодженнях кісток лицевого скелету.
 - 1.4. Негайна допомога при пошкодженнях кісток лицевого скелету.
 - 1.5. Рентгендіагностика при пошкодженнях кісток лицевого скелету.
 - 1.6. Лікування пошкодженнях кісток лицевого скелету.
 - 1.7. Регенерація тканин ЩЛД.
 - 1.8. Травматична хвороба.
- 2. БАЗОВИЙ РІВЕНЬ ПІДГОТОВКИ.**

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Етика та деонтологія.	Встановити психологічний контакт з хворим.
2. Організація охорони здоров'я.	Застосовувати знання з принципів організації допомоги при пошкодженнях кісток лицевого скелету. Оформити необхідну документацію.
3. Патоморфологія.	Описувати характер патологічних змін при пошкодженнях кісток лицевого скелету.
4. Патологічна фізіологія.	Визначати етіологію та патогенез травматичних станів.
5. Пропедевтика внутрішніх хвороб.	Написати схему загального обстеження хворого. Провести курацію хворого.
6. Загальна хірургія.	Описувати принципи діагностики та лікування пошкодженнях кісток лицевого скелету Призначити схему обстеження пацієнта.

3. ОРГАНІЗАЦІЯ ЗМІСТУ НАВЧАЛЬНОГО МАТЕРІАЛУ.

При вогнепальних пораненнях можуть пошкоджуватись в різних варіантах 1-2 і більше кісток лицевого скелету, що в значній мірі визначає важкість травми. Якщо врахувати особливість будови верхньої щелепи, наявність в ній ЛОР-органів і органів зору, близькість головного мозку, участь в акті дихання, мови, прийому їжі і жування, то можна спрогнозувати вкрай важкі ускладнення при подібних травмах.

Головними відмінними рисами вогнепальних переломів є наявність рани, пошкодження кісток на місці дії раничного снаряду не залежно від "місць слабкості", оскольчатий характер перелому, швидка зміна клінічних ознак з моменту поранення до поступлення травмованого в спеціалізовану лікувальну установу. Завжди вогнепальні переломи більш важкі, ніж невогнепальні, хоча при першому огляді, наприклад, коли поранення сліпе, деколи можуть виглядати як незначні. Подібна недооцінка становить небезпечну для життя хворого. Особливо уважним слід бути до сліпих поранень, а також до наскрізних поранень кулями і осколками. В залежності від характеру бойові операції і умов ведення бою питома вага вогнепальних поранень обличчя серед всіх поранень суттєво змінюється. Вогнепальних поранень обличчя значно більше в період оборонних боїв, коли військо перебуває в утиманні, а під час наступаючих боїв збільшується число поранень інших локалізацій. В середньому ізольовані щелепово-лицеві поранення складають 3,5-4% від загального числа поранень.

Найбільш важкі є наскрізні кульові поранення і поранення уламками артилерійських снарядів. Велика кінетична енергія, яку несе раничий снаряд викликає важкі розрушення. В зв'язку з цим поява нових видів стрілецької зброї і раничих снарядів, які мають високу початкову швидкість та велику кінетичну енергію, яку вони внаслідок легкості і наданої їм форми, здатні миттєво віддавати пошкоджувальному предмету, суттєво змінило характер вогнепальної травми: при вкрай малих розмірах вхідного отвору розрушення дуже великі, а вихідний отвір в десятки разів перевищує вхідний. Різко зросло значення пульсуючої порожнини, так званого внутрітканевого вибуху, який визначає ступінь ураження тканин вздовж раневого каналу "боковий удар", утворюючий тимчасову пульсуючу порожнину, розрушує тканини за доли секунд і продовжує діяти навіть після того, як раничий снаряд покидає вихідний отвір. В результаті внутрітканевого вибуху в рані залишається більше нежиттєздатних тканин і тому хірургічна обробка повинна бути більш радикальною. У випадку поранення середньої зони обличчя внаслідок первинної втрати тканин відмічаються значні зміни форми лица. Наступають важкі функціональні порушення: затруднена мова, ковтання,

розжовування їжі. В результаті зміщення органів і тканин часто виникає загроза асфіксії, в зв'язку з чим необхідно провести екстренне втручання, деколи конікотомію або трахеотомію.

В зв'язку з близькістю головного мозку і крупних судин, трахеї, органів зору і нервових стовбурів при більшості сліпих поранень вважають травму за важку доти, поки не буде проведено рентгенологічне дослідження. Таке припущення особливо необхідне під час евакуації пораненого: близько розміщений до життєво важливих органів уламок чи інше стороннє тіло при транспортуванні може зміститись і викликати їх вторинне пошкодження, а в більш пізні строки нагноєння, яке, поширюючись на оточуючі тканини, може привести до різних наслідків. Не випадково майже 4-% сліпих поранень ЩЛД супроводжувались важкими ускладненнями. Деколи ці ускладнення розвивались відразу після поранення, але нерідко розміщений біля життєво важливого органу уламок або куля давали про себе знати через багато тижнів, місяців або років. Через те, до повного обстеження потерпілого всі сліпі поранення доцільно вважати потенційно важкими. Суттєво від непроникаючих ран відрізняються вогнепальні рани лица, проникаючі в порожнину рота і носа, верхнещелепову пазуху, орбіту. Проникаючі рани, навіть без "вторинних снарядів" завжди забруднені вмістом порожнини рота, тому і нагноєння в рані протікає завждиважче, виздоровлення настає в значно більш пізні строки, ніж при сліпих пораненнях.

Класифікація пошкоджень обличчя
(Ентин і Кабаков)

I. Вогнепальні поранення

За виглядом пошкодження Тканин	За характером пошкоджень	За видом ранячої зброї
1.Поранення м'язких тканин. 2.Поранення з пошкодженням кісток: А)нижньої щелепи; Б)верхньої щелепи; В)обох щелеп; Г)вличної кістки; Д)одночасне пошкодження декількох кісток	1.Наскрізні; А.Ізольовані: 2.Сліпі; а)без пошкодження; 3.Дотичні ня органів лица; б)з пошкодженням органів лица. Б. Поеднані (одночасне поранення інших ділянок тіла); В. Одиночні Г. Множинні Д. проникаючі в порожнину рота і носа; Е. непроникаючі	Кульові; Оскольчаті.

II. Невогнепальні поранення і пошкодження.

III. Опіки.

IV. Відмороження.

V. Комбіновані радіаційні ураження.

Також широкого розповсюдження набула класифікація за Ле-Фор:

I- лінія зламу проходить горизонтально над альвеолярним паростком від основи грушевидного отвору до криловидного паростка основної кістки, при цьому часто відламується дно гайморової пазухи і ламається перегородка носа (Гереновський перелом).

II- лінія зламу проходить поперечно через спинку носа, по внутрішній стінці і дну очниці, далі по щелепово-вличному шву до криловидних паростків. При такому переломі верхня щелепа разом з носовими кістками відділяється від вличної кістки і кісток мозкового черепа.

III- повний відрив кісток лицевого скелету (відрив верхньої щелепи з носовими, вличними кістками та криловидними відростками основної кістки). Такий перелом називається щелепово-лицевим роз'єднанням.

Клінічна картина тим важча, чим вище проходить щілина перелому і чим більший кістковий масив відділяється від черепа. Скарги потерпілого, крім наявності рани – на головний біль, неможливість змикання зубних рядів, деколи хрускіт у вухах при стисканні щелеп, може бути частков або повна втрата зору, кровотеча з носа. При огляді, в одних випадках, звертає на себе увагу значний набряк середнього відділу обличчя, деколи з крововиливами під нижніми повіками і біля внутрішніх відділів очей (крововилив в кон'юктиву), а при огляді через 3-4 дні крововилив у вигляді

оправи рогових окулярів, що говорить про глибокі крововиливи чи перелом основи черепа. В інших випадках виявляється западіння середньої частини обличчя, що вказує на зміщення уламка верхньої щелепи дозад. Одночасно може виникнути деформація спинки носа, якщо є перелом носових кісток і перегородки носа. При крововиливах в ретробульбарну клітковину спостерігається вип'ячування очного яблука (екзофтальм). Інтенсивна сльозотеча вказує на перелом кістки в ділянці сльозного каналу. Вогнепальні пошкодження гайморової пазухи деколи супроводжується підшкірною емфіземою на відповідній стороні. У важких випадках емфізема може поширюватись навіть на шию. Якщо уламки змістились і тиснуть на підочний нерв, відмічається анестезія в ділянці верхньої губи і крила носа відповідної сторони. При пошкодженні нерва до виходу його з підочного отвору настає анестезія зубів на відповідній половині верхньої щелепи. Якщо перелом верхньої щелепи поєднується з переломом крила основної кістки, можливий біль при ковтанні. При огляді порожнини рота в більшості випадків можна виявити порушення прикусу.

Переломи нижньої щелепи зустрічаються частіше ніж інші. Частота переломів нижньої щелепи, в порівнянні з переломами інших кісток лица, пояснюється тим, що тіло і гілки нижньої щелепи майже вдвоє більше поверхні верхньої щелепи. Нижній край тіла, підборіддя і кути нижньої щелепи вкриті незначним шаром м'яких тканин і крім того являються виступаючими ділянками, через що ділянки ці найбільш часто травмуються. Класифікація Д.А.Ентіна (1939) в залежності від місць слабого спротиву нижньощелепової кістки: серединні, бокові (ментальні), кутові (ангулярні), шийкові (цервікальні), кутові розділяються на переднекутові і заднекутові. Вогнепальні пошкодження нижньої щелепи в 30% оскольчаті. Клінічна картина і діагностика переломів нижньої щелепи залежить від кількості переломів і ступені зміщення уламків. Діагноз встановлюється на підставі опитування, огляду, пальпацій і результатів рентгенологічного обстеження. Подавляючі частину вогнепальних переломів нижньої щелепи складають поєднані пошкодження. Це пояснюється тим, що крупні осколки і кулі, маючи велику пробивну силу, пошкоджують щелепу одночасно в декількох місцях. Двобічні переломи з відривом переднього відділу нижньої щелепи часто супроводжуються забрудненим диханням (загроза асфіксії). Діагностика вогнепальних переломів нижньої щелепи не складна. Особлива увага – поранення язика, слинових залоз та інших органів, можливість проникнення в м'які тканини сторонніх тіл, відламків кістки і зубів (вторинних снарядів). Не дивлячись на те, що діагноз може бути встановлений клінічно, рентгенографія обов'язкова (анфас і профіль).

Лігатурне зв'язування:

травмуючий вивих або травм. екстракція зуба;

частковий перелом альвеолярного відростка верхньої або нижньої щелепи;

перелом нижньої щелепи в межах зубного ряду без зміщення або з незначним зміщенням уламків.

Покази до міжщелепного зв'язування за Айві, Гоцко:

перелом нижньої щелепи в межах зубного ряду зі зміщенням і будь-який перелом за межами зубного ряду при умові непошкодженої верхньої щелепи;

перелом однієї верхньої щелепи при непошкодженні нижньої, і другий верхньої щелепи (фіксується щелепа на протилежній стороні);

перелом обох верхніх щелеп в поєднанні з використанням давлючої жорсткої праці;

при відстрілах ментального відділу нижньої щелепи слід використати лігатурне зв'язування тому, що накладання прашевидних пов'язок може змістити нижню щелепу досередини і викликати дислокаційну асфіксію.

Міжщелепне зв'язування протипоказане:

при непритомності пораненого;

при загрозі кровотечі з порожнини рота (навіть незначного);

у поранених зі струсом головного мозку;

при евакуації повітряним або морським шляхом;

у поранених з диспепсичними явищами і захворюваннями шлунково-кишкового тракту.

Постійні (лікувальні) методи репозиції і фіксації уламків щелеп ділянки на ортопедичні (консервативні) і хірургічні (оперативні). Ортопедичні, в свою чергу, діляться на поза лабораторні і лабораторні. Основним методом поза лабораторного лікування переломів нижньої щелепи є ручна репозиція уламків при провідниковому знечуленні і закріплення їх в правильному положенні назубними шинами з алюмінієвого дроту. Шини С.С.Тігерштедта (1916):

гладка шина-скоба;

шина з розпиркою – при переломах з дефектом в зубному ряді;

шина з похилою площиною використовується при “відстрілі” – дефекті однієї половини нижньої щелепи з метою утримання другої половини в правильному положенні;
шина з опорною площиною – коли звисають клапті твердого піднебіння;
шина з зачіпними гачками і між щелеповим ви тяжінням.

Ускладнення пошкоджень нижньої щелепи – вторинні кровотечі, травмуючий остеомієліт, слинові нориці, анкілози, ложні суглоби, бронхо-пульмональні порушення. При зміщенні уламків дозад і вниз спостерігається відкритий прикус, при зміщенні вниз уламок може утримуватись тільки на м'яких тканинах і висовуватись вперед, але частіше спостерігається зміщення дозад під дією сили снаряду чи кулі. На відміну від вогнепального перелому верхньої щелепи майже не спостерігаються вколочені переломи. Самою характерною ознакою перелому верхньої щелепи є її рухомість. При значному зміщенні рухомих уламків відмічається подовження обличчя. В тих випадках, коли разом з верхньою щелепою зміщуються виличні і носові кістки, обличчя не тільки подовжується, але і сплющується. Очні яблука при двобічних переломах опускаються разом з нижніми стінками очниці. При односторонньому переломі це буває тільки на стороні пошкодження та супроводжується диплопією (двоїнням в очах). Направлення зміщення уламків верхньої щелепи залежить в більшості від напрямку раничаго снаряду. Але, має значення вага самих уламків і тяга тої чи іншої частини крило видного м'язу, яка прикріплена до крило видного відростка і горба верхньої щелепи, та очевидно, тяга деяких м'язів, що прикріплені до верхньої щелепи. При пальпації покровів обличчя (без зондування рани), можна визначити рухомість уламків, яке супроводжується різкою болючістю. Пальпація зі сторони порожнини рота виявляє ще більшу рухомість уламків. При пошкодженні рухових гілок трійчастого і лицевого нервів, які йдуть через крило піднебінний канал, при внутрішньо ротовому огляді можна побачити парез відповідної половини м'якого піднебіння. Близькість верхньої щелепи до основної кістки з її відростками зумовлює можливість її пошкодження і появи симптомів, які не вкладаються в звичну симптоматику пошкоджень верхньої щелепи. При цьому відмічається: парез м'якого піднебіння, порушення смаку на всьому язичку, зниження слиновиділення, тахікардія, лабільність пульсу, тобто симптоми ураження язикоглоткового, блукаючого, язикового нервів і барабанної струни. При косих пораненнях з пошкодженням сосковидного паростка може спостерігатись глухота, параліч жувального м'язу, порушення больової чутливості в потиличній ділянці і за вушною раковиною. Описані невралгічні зміни часто залишаються нерозпізнаними і внаслідок цього нелакованими.

Вогнепальні поранення верхньої щелепи в 90% випадків поєднуються з порушенням цілісності спинок гайморової пазухи та інших оточуючих верхню щелепу порожнин. Дотичні поранення верхньої щелепи нерідко поєднуються з одночасним пошкодженням гілки нижньої щелепи, орбіти, носа і навіть мозкового черепа. За характером розрушень ці ураження являються найбільш важкими. Враховуючи, що діагностика вогнепальних переломів верхньої щелепи в польових умовах, становить труднощі, необхідно звертати більше уваги на локалізацію вхідного і вихідного отворів і, подумки відтворюючи шляхи раничаго снаряду, робити ті чи інші припущення про можливі анатомічні розрушення. Хорошим підґрунтям для встановлення діагнозу може бути зондування рани затупленим зондом. Але зондування має бути дуже обережним, щоб не пошкодити кровоносні судини і викликати кровотечу, яку важко зупинити. Наявність рани, порушення прикусу, рухомість уламків і наявність інших вищевказаних симптомів дозволяють з достатньою точністю встановити діагноз перелому верхньої щелепи та його характер. Оглядова рентгенографія верхньої щелепи з укладкою на підборіддя та ніс (окципітментальна проекція) в деяких випадках допомагає уточнити локалізацію щілини перелому. Обстеження хворого передбачає необхідність виявлення ліквореї, що є абсолютним доказом перелому кісток основи черепа. Спинномозкова рідина може витікати з вух, носових ходів, рідше – з рота. Складність виявлення ліквореї, особливо в ранні строки спостереження, пояснюється тим, що спинномозкова рідина змішується з кров'ю і залишається непоміченою. Для диф. діагностики ліквореї і кровотечі існує симптом плями: виявлення світлої кайми навколо кров'янистої плями при нанесенні краплі витікаючої рідини на марлеву салфетку свідчить на користь ліквореї.

Хірургічна обробка кісткової рани верхньої щелепи може проводитись після виведення пораненого зі стану асфіксії, шоку і усунення гострої крововтрати. При проникаючому пораненні в гайморову пазуху слід провести її ревізію. Часто гайморова пазуха виявляється заповненою кров'ю, уламками кістки, інколи в ній виявляються металічні сторонні тіла, уламки зубів і навіть цілі зуби. Все це сприяє в подальшому розвитку травматичного гаймориту, деколи остеомієліту стінок пазухи, котрі в переважній більшості протікають в'яло, без вираженого гострого гнійного запалення. В таких випадках слід при ревізії пазухи видаляти з неї сторонні тіла, згустки крові, уламки кісток та ін.

Деколи при ревізії гайморової пазухи виявляється пошкодження тих стінок її, які клінічно і рентгенографічно здавались цілими. Ревізію гайморової пазухи проводять під провідниковим знеболенням на фоні передопераційної медикаментозної підготовки.

Види фіксуєної іммобілізації:

працевидна пов'язка (Померанцевої-Урбанської);

шина-праща Ентіна;

між щелепове зв'язування за Айві, Гоцко.

Проти покази до лігатурного зв'язування:

відсутність свідомості пораненого;

при загрози кровотечі з порожнини рота, через виникнення аспіраційної асфіксії;

при евакуації повітряним або морським шляхом (небезпека виникнення блювоти і пов'язанням з цим асфіксії);

Фіксацію уламків верхньої щелепи бажано проводити ортопедичними чи консервативними заходами (назубні шини, лабораторні і позалабораторні шини і апарати). І тільки при неможливості добитись достатньої фіксації застосовують остеосинтез. Протипоказами до остеосинтезу є шоківий стан, а також період розгару променевої хвороби при комбінованих ураженнях.

Вогнепальні переломи виличних кісток нерідко супроводжуються пошкодженням жувальних м'язів, орбіти, лицевого і трійчастого нерва, а також очей, вуха, носа і стінок гайморової пазухи. Клінічна картина таких вогнепальних поранень важча в порівнянні з невогнепальними ураженнями. Ранні симптоми вогнепальних переломів виличної кістки виражаються в затрудненому відкриванні рота, носовій кровотечі, головній болі, болючості при змиканні зубних рядів, шумі у вухах, головокружінні, деколи в зниженні слуху і зору на стороні поранення. При огляді, поміж рани м'яких тканин в ділянці виличної кістки, часто відзначається набряк і крововиливи в клітковину повік. Очна щілина при цьому закрита. Часто крововиливи поширюються на ближні ділянки і в товщу щоки. Разом з тим, при незначному пошкодженні покривів обличчя і різкому набряку розпізнавання вогнепального перелому становить значні труднощі. В діагностиці може допомогти рентгенографія. Пораненим з пошкодженням виличних кісток і дуг на полі бою накладається стерильна пов'язка на рану і надається положення, при якому не буде затікання крові в дихальні шляхи, тобто сидячи з нахилоною вперед головою або лежачи обличчям донизу.

В післяопераційному періоді хворим з травмою лица і переломами виличних кісток показана протизапальна терапія, симптоматичні середники, фізіотерапія та ЛФ з механотерапією. Наслідком поранень ЩІД є не тільки анатомічні дефекти і порушення функцій, але і важкі психічні розлади. Лицем індивідуум представлений в суспільстві з втратою тонких мимічних рухів лица людини позбавлена важливих засобів спілкування та інших функцій.

и.

4. ПЛАН І ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА НАВЧАЛЬНОГО ЗАНЯТТЯ З ДИСЦИПЛІНИ.

№ з/п	Етапи заняття	Розподіл часу	Види контролю	Засоби навчання
1.	Підготовчий етап.	15хв.	Усне опитування за переліком питань. Письмове тестування.	Комп'ютер (ноутбук). Мультимедійні методичні розробки. Анатомічні муляжі. Відео- та фотоматеріали. Електронні довідники. Рентгенограми, ортопантомограми, томограми. Набір інструментарію.
1.1	Організаційні питання.			
1.2	Формування мотивації.			
1.3	Контроль початкового рівня підготовки (стандартизовані засоби контролю).			
2.	Основний етап (вказати всі види робіт, які виконують студенти під час цього етапу).	60 хв.	Практичний тренінг. Вирішення клінічних задач. Створення алгоритмів лікарських дій, професійний тренінг.	

3.	Заключний етап.	15хв.	Тестування. Практичні завдання. Ситуаційні та нетипові задачі. Усне опитування.	
3.1	Контроль кінцевого рівня підготовки.			
3.2	Загальна оцінка навчальної діяльності студента.			
3.3	Інформування студентів про тему наступного заняття.			

4.5. Види самостійної роботи студентів.

1. Вивчити такі питання ($\alpha=I$):

- 1.1. Методи діагностики та негайної допомоги при вогнепальних, невогнепальних пошкодженнях кісток лицевого скелету.
- 1.2. Особливості хірургічної обробки ран обличчя, порожнини рота.
- 1.3. Методи діагностики при пошкодженнях кісток лицевого скелету.
- 1.4. Негайна допомога при пошкодженнях кісток лицевого скелету.
- 1.5. Ренгендіагностика при пошкодженнях кісток лицевого скелету.
- 1.6. Лікування пошкодженнях кісток лицевого скелету.
- 1.7. Регенерація тканин ЩЛД.
- 1.8. Травматична хвороба.

2. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю ($\alpha=II$):

2.1. Перерахуйте види тимчасової іммобілізації при переломі нижньої щелепи:

- 1) лігатурне зв'язування зубів;
- 2) гладка шина-скоба;
- 3)* прашевидна пов'язка;
- 4) апарат Збаржа;
- 5) шина-ложка Лімберга.

2.2. Перерахуйте види тимчасової іммобілізації при переломі верхньої щелепи:

- 1)* прашевидна пов'язка;
- 2) апарат Збаржа;
- 3) лігатурне зв'язування;
- 4) шина-ложка Лімберга;
- 5) двощелепна шина із зачіпними петлями.

2.3. Перерахуйте види постійної іммобілізації при переломі нижньої щелепи за межами зубного ряду:

- 1) апарат Рудько;
- 2)* остеосинтез;
- 3) гладка шина-скоба;
- 4) шина Вебера;
- 5) шина Порта.

2.4. Перерахуйте види постійної іммобілізації при вивиху зубів:

- 1) апарат Рудько;
- 2) остеосинтез;
- 3) шина Вебера;
- 4) шина Порта;
- 5) *гладка шина-скоба.

3. Тестові завдання з множинним вибором:

3.1. Перерахуйте основні клінічні прояви неінфікованої кісткової рани:

- 1) набряк м'яких тканин;
- 2) інфільтрат м'яких тканин;
- 3) кровотеча;
- 4) порушення прикусу;
- 5) порушення акту жування.

3.2. Перерахуйте основні клінічні прояви інфікованої кісткової рани:

- 1) набряк м'яких тканин;
- 2) інфільтрат м'яких тканин;
- 3) гноєвиділення;
- 4) порушення прикусу;
- 5) порушення акту жування.

3.3. Перерахуйте види постійної іммобілізації при переломі альвеолярного відростку верхньої щелепи:

- 1) шина-ложка Лімберга;
- 2) апарат Збаржа;
- 3) двощелепна шина із зачіпними петлями і праще видна пов'язка;
- 4) лігатурне зв'язування зубів;
- 5) гладка шина-скоба.

3.4. Перерахуйте види постійної іммобілізації при ураженні верхньої щелепи:

- 1) гладка шина-скоба;
- 2) двощелепна шина із зачіпними петлями і міжщелепними витягуванням
- 3) остеосинтез;
- 4) шина Вібера;
- 5) апарат Рудько.

3.5. Перерахуйте види постійної іммобілізації при переломі нижньої щелепи в межах зубного ряду, якщо на малому фрагменті наявні 2-3 стійких зуба:

- 1) гладка-шина скоба;
- 2) двощелепна шина із зачіпними петлями і міжщелепними витягуванням;
- 3) остеосинтез;
- 4) шина Вібера;
- 5) апарат Рудько.

3.6. Перерахуйте види ранніх ускладнень при переломі беззубої щелепи:

- 1) шок;
- 2) колапс;
- 3) кровотеча;
- 4) асфіксія;
- 5) непритомність.

Вірні відповіді:

- | | |
|----------|----------|
| 1. 3,4,5 | 4. 2,3 |
| 2. 1,3,5 | 5. 2,3 |
| 3. 3,4,5 | 6. 3,4,5 |

4. Задачі для самоконтролю:

4.1. У хворого в результаті ДТП виник перелом тіла нижньої щелепи з зміщенням відломків. Вкажіть метод транспортної іммобілізації для транспортування потерпілий до відділення щелепно-лицевої хірургії?

- A.* Кругова тім'яно-підборідна пов'язка
- B. Шинування за допомогою шини Тігерштедта
- C. Міжщелепне лігатурне скріплення
- D. Шинування за допомогою гладкої шини-скоби
- E. Шинування за допомогою шини Васильєва

4.2. До лікаря-стоматолога звернувся хворий 38-ми років з скаргами на біль і кровотечу з носа, які виникли після травми. Об'єктивно: асиметрія обличчя за рахунок ущільнення правої виличної ділянки, гематома в клітковину повік правого ока. Відкривання рота не в повному обсягу. Прикус не порушений. При пальпації відмічається сходинок по правому нижньоочному краю. Тактильна чутливість злегка знижена в правій підочній ділянці. Який із методів лікування показаний даному хворому в першу чергу?

- A.* Позаротове витягнення
- B. Репозиція кістки
- C. Реплантація
- D. Остеотомія
- E. Остеосинтез

4.3. До щелепно-лищевого відділення доставлено хворого 32-х років з ознаками ядухи. Після огляду встановлено: осколковий перелом нижньої щелепи у ментальному відділі, дислокаційна асфіксія. Які невідкладні маніпуляції необхідно провести?

- A.* Зафіксувати язик лігатурою
- B. Зафіксувати рухомі клапті слизової оболонки
- C. Звільнити просвіт ротоглотки від стороннього тіла
- D. Провести конікотомію
- E. Негайно накласти трахеостому

4.4. В СВПХГ поступив поранений з відломчастий проникаючим в ліву гайморову пазуху пораненням верхньої щелепи. ЗЧМТ тяжкого ступеня. Поранений без свідомості. Які фактори, що впливають на розвиток клініки, необхідно враховувати щелепно-лицевому хірургу при складанні плану комплексного лікування в цьому випадку?

- A.* Ступінь ЧМТ і вид ранового агента
- B. Ступінь ЧМТ
- C. Вид вогнепальної зброї
- D. Розвиток синдрому взаємного обтяження
- E. Вид ранового агента

4.5. В щелепно-лицеве відділення поступив пацієнт в ургентному порядку після побутової травми. Травма отримана добу тому. Скарги на біль в ділянці носа, носову кровотечу. Об'єктивно: ніс деформований. Відмічається обмежений симптом окулярів, який з'явився після отриманої травми. Пальпаторно відмічається біль в ділянці стінок носа, рухомість носових кісток. Носові ходи заповненні кров'яними згустками. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A.* Травматичний перелом носових кісток
- B. Перелом виличної дуги
- C. Перелом по Ле-Фор I
- D. Перелом по Ле-Фор III
- E. Суборбітальний двосторонній перелом

4.6. У потерпілого 32-х років скарги на біль в верхній щелепі, порушення прикусу, рухомість верхніх зубів, кровотечу з носа. При огляді відмічається відкритий прикус, мануально - рухомість верхньої щелепи. Рентгенологічно: лінія перелому по дну верхньощелепних пазух і по краю грушоподібного отвору. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A.* Перелом верхньої щелепи по Ле-Фор I
- B. Перелом верхньої щелепи по Ле-Фор II
- C. Перелом альвеолярного відростка
- D. Перелом виличної кістки
- E. Перелом верхньої щелепи по Ле-Фор III

4.7. На прийомі до стоматолога звернувся пацієнт 39-ти років після ДТП. Об'єктивно: обличчя видовжене, прикус порушений(відкритий). При пальцьовому дослідженні відмічається рухомість всього зубного ряду на верхній щелепі, сліди крововиливів вдовж перехідної складки. Порушення цілісності кістки по нижньоочному краю і виличній дузі не відмічається. Який попередній діагноз?

- A.* Перелом верхньої щелепи Ле-Фор по серединному типу
- B. Перелом верхньої щелепи по Вассмунду 1
- C. Перелом верхньої щелепи Ле-Фор по верхньому типу
- D. Перелом верхньої щелепи Ле-Фор по нижньому типу
- E. Перелом верхньої щелепи по Вассмунду

4.6. Перелік індивідуальних завдань (не передбачено робочою навчальною програмою з дисципліни).

4.8. Перелік теоретичних питань до підсумкового модульного контролю.

1. Вогнепальні, невогнепальні пошкодження кісток лицевого скелета.
2. Рентгендіагностика пошкоджень лицевого скелета.
3. Комплексне лікування пошкоджень щелеп.
4. Регенерація тканин ЩЛД.
5. Поєднані та комбіновані травматичні ушкодження щелепно-лицевої ділянки.
6. Травматична хвороба: особливості клінічних проявів, діагностика, лікування.

4.9. Перелік практичних завдань та робіт до підсумкового модульного контролю.

1. Вміти зібрати анамнез та провести клінічне обстеження пацієнта, оформити історію хвороби або амбулаторну карту, встановити діагноз і призначити лікування.

2. Вміти провести шинування хворого.

6. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области.- Киев: Вища школа,1985.- 390с.
2. Юрай Галмаш. Травматология челюстно-лицевого скелета.- Братислава,1975.- 458с.
3. Рожко М.М., Кириленко І.І., Денисенко О.Г. та ін.. Стоматологія: Т.2.- К.: Книга-плюс, 2010.- 608с.
4. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии.- Москва: Медицинская литература, 2007.- 416с.
5. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии/ Под ред. В.М. Безрукова, Т.Г. Робустовой.- М.,2000.-772 с.
6. А.А. Тимофеев. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии.- 4-е изд., перераб. и доп.- Киев: ООО «Червона Рута-Турс»,2004.- 1062с.

Додаткова література:

1. Александров Н.М. и соавт. Травмы челюстно- лицевой области.- М.: Медицина,1986.- 446с.
2. Жабин В.Е. Клиника и лечение переломов челюстей и повреждений мягких тканей лица.- Минск, 1966.- 567с.
3. Козлов В.А. Неотложная стационарная стоматологическая помощь.- М.: Медицина,1988.-406с.
4. Травматологія та онкологія щелепно-лицевої ділянки: Збірник тестових запитань для студентів стоматологічного факультету / О.В.Рибалов, Л.М.Саяпіна, І.В.Яценко, О.О.Розколупа: АСМІ, 2002. – 197с.

20. ПІДСУМКОВИЙ МОДУЛЬНИЙ КОНТРОЛЬ

Питання до підсумкового модульного контролю та перелік практичних навичок

1. Періостит щелеп: класифікація, етіологія, патогенез, клініка, диференціальна діагностика.
2. Лікування гострого гнійного одонтогенного періоститу щелеп.
3. Остеомієліт щелеп. Етіологія, теорії патогенезу, класифікація.
4. Одонтогенний остеомієліт щелеп. Гостра стадія. Клініка, діагностика, лікування.
5. Одонтогенний остеомієліт щелеп. Хронічна стадія. Клініка, діагностика. Консервативне лікування.
6. Операція секвестрэктомії. Показання, терміни виконання та її методика. Профілактика ускладнень.
7. Особливості клінічного перебігу одонтогенного остеомієліту нижньої щелепи. Залежність від анатомо-топографічних особливостей.
8. Особливості клінічного перебігу одонтогенного остеомієліту верхньої щелепи. Залежність від анатомо-топографічних особливостей.
9. Диференційна діагностика гострого періодонтиту, періоститу та остеомієліту щелеп.
10. Особливості клінічного перебігу, діагностики і лікування неодонтогенного гострого остеомієліту щелеп.
11. Особливості клінічного перебігу, діагностики та лікування травматичного остеомієліту.
12. Ускладнення остеомієліту щелеп.
13. Актиномікоз щелепно-лицевої ділянки: етіологія, патогенез, клініка, диференціальна діагностика, лікування.
14. Сифіліс щелепно-лицевої ділянки: клініка, диференціальна діагностика, лікування.
15. Туберкульоз щелепно-лицевої ділянки: клініка, диференційна діагностика, лікування.
16. Хірургічна анатомія клітковинних просторів голови та шиї.
17. Абсцеси та флегмони щелепно-лицевої локалізації. Загальні клінічні ознаки, методи та прийоми діагностики.
18. Абсцеси та флегмони щелепно-лицевої локалізації. Принципи комплексного лікування.
19. Флегмона підскроневої та крилопіднебінної ямок. Етіологія, патогенез, клініка; діагностика, лікування.
20. Флегмона скроневої ділянки. Етіологія, клініка, діагностика, лікування.

21. Абсцеси та флегмони підочної ділянки. Етіологія, клініка, діагностика, лікування.
 22. Абсцеси та флегмони виличної ділянки. Етіологія, клініка, діагностика, лікування.
 23. Абсцес та флегмона піднижньощелепного клітковинного простору, його хірургічна анатомія. Етіологія, клініка, діагностика, лікування.
 24. Абсцес і флегмона крилоподібно-щелепного клітковинного простору. Хірургічна анатомія, етіологія, клініка, діагностика, лікування.
 25. Абсцес і флегмона субмасетеріального клітковинного простору. Хірургічна анатомія. Етіологія, клініка, діагностика, лікування.
 26. Абсцес і флегмона привушно-жувальної ділянки. Етіологія, хірургічна анатомія, клініка, діагностика, лікування.
 27. Абсцес і флегмона щічної ділянки. Хірургічна анатомія, етіологія, клініка, діагностика, лікування.
 28. Абсцес і флегмона защелепної ділянки. Хірургічна анатомія, етіологія, клініка, діагностика, лікування.
 29. Абсцес та флегмона язика. Етіологія, клініка, діагностика, лікування.
 30. Флегмона дна порожнини рота. Хірургічна анатомія, етіологія, клініка, діагностика, лікування.
 31. Абсцес щелепно-язикового жолобка. Хірургічна анатомія, етіологія, клініка, діагностика, лікування.
 32. Гнилісно-некротична флегмона Жансуля-Людвіга. Хірургічна анатомія, етіологія, клініка, діагностика, лікування.
 33. Абсцес і флегмона навкологлоткового клітковинного простору. Хірургічна анатомія, етіологія, клініка, діагностика, лікування.
 34. Одонтогенна та неодонтогенна флегмона ЩЛД: диференційна діагностика, особливості клінічного перебігу, лікування, ускладнення.
 35. Клініка, топографічна анатомія та лікування флегмони шиї.
 36. Одонтогенний сепсис. Етіологія, клініка, диференційна діагностика, лікування.
 37. Інфекційно-токсичний шок. Етіологія, клініка, диференційна діагностика, лікування.
 38. Тромбофлебіт вен обличчя. Етіологія, клініка, диференційна діагностика, лікування.
 39. Тромбоз печеристого синусу. Етіологія, клініка, диференційна діагностика, лікування.
 40. Одонтогенний гайморит. Етіологія, класифікація, клініка, діагностика.
 41. Одонтогенний гайморит. Консервативне та хірургічне лікування. Ускладнення та їх профілактика.
 42. Лімфаденіт щелепно-лицевої ділянки: класифікація, клініка, диференціальна діагностика, лікування.
 43. Фурункули щелепно-лицевої ділянки: класифікація, клініка, ускладнення та лікування.
 44. Карбункули щелепно-лицевої ділянки: класифікація, клініка, ускладнення та лікування.
 45. Гостре запалення слинних залоз: класифікація, клінічний перебіг, лікування.
 46. Слиннокам'яна хвороба: етіологія, клініка, ускладнення і лікування.
 47. Псевдопаротит Герценберга: етіологія, клініка, ускладнення і лікування.
 48. Хронічне запалення слинних залоз: класифікація, клінічний перебіг, лікування.
 49. Нома. Етіологія, патогенез, клінічна картина, лікування. Диференційна діагностика, ускладнення.
 50. Бешиха обличчя. Етіологія, патогенез, клінічна картина, лікування. Диференціальна діагностика, ускладнення.
1. Класифікація пухлин щелепно-лицевої ділянки.
 2. Теорії канцерогенезу. Фактори ризику.
 3. Онкологічна настороженість у практиці лікаря-стоматолога.
 4. Методи обстеження пацієнтів із злоякісними пухлинами щелепно-лицевої ділянки.
 5. Класифікація TNM. Клінічні групи онкологічних хворих.
 6. Основні ознаки добро- та злоякісної пухлини.
 7. Облігатні передракові захворювання щелепно-лицевої ділянки.

8. Факультативні передракові захворювання щелепно-лицевої ділянки.
9. Рак губи. Класифікація, клініка, діагностика.
10. Рак губи. Лікування, ускладнення.
11. Рак слизової оболонки порожнини рота. Класифікація, клініка, діагностика.
12. Рак слизової оболонки порожнини рота. Лікування, ускладнення.
13. Рак нижньої щелепи. Класифікація, клініка, діагностика.
14. Рак і саркома нижньої щелепи. Лікування, ускладнення.
15. Саркома нижньої щелепи. Класифікація, клініка, діагностика.
16. Рак верхньої щелепи. Лінії Онгрена. Класифікація, клініка, діагностика.
17. Саркома верхньої щелепи. Класифікація, клініка, діагностика.
18. Рак і саркома верхньої щелепи. Лікування, ускладнення.
19. Злоякісні пухлини слинних залоз. Класифікація, клініка, діагностика.
20. Злоякісні пухлини слинних залоз. Лікування, ускладнення.
21. Злоякісні пухлини шиї. Класифікація, клініка, діагностика.
22. Види шийних лімфаденектомій.
23. Принципи лікування злоякісних пухлин щелепно-лицевої ділянки в залежності від стадії процесу.
24. Бранхіогенний рак. Клінічна картина, діагностика, лікування.
25. Меланома. Клінічна картина, діагностика, тактика лікаря-стоматолога, принципи лікування.
26. Класифікація передракових захворювань шкіри обличчя, червоної облямівки губ, слизової оболонки порожнини рота. Фонові захворювання.
27. Поняття про факультативні та облігатні форми передракових захворювань шкіри обличчя, червоної облямівки губ, слизової оболонки порожнини рота.
28. Клінічні прояви та методи діагностики передракових захворювань шкіри обличчя, червоної облямівки губ, слизової оболонки порожнини рота.
29. Основні принципи лікування, профілактики та диспансеризації пацієнтів із передраковими захворюваннями шкіри обличчя, червоної облямівки губ, слизової оболонки порожнини рота.
30. Класифікація, клінічні прояви та методи діагностики епітеліальних пухлин, пухлино подібних процесів і кіст шкіри голови та шиї.
31. Основні принципи лікування та профілактики епітеліальних пухлин, пухлино подібних процесів і кіст шкіри голови та шиї.
32. Дермоїдна та епідермальні кісти: класифікація, клінічна картина та морфологічна будова.
33. Дермоїдна та епідермальні кісти: діагностика, лікування, ускладнення.
34. Кіста шиї (серединна та бічна): етіологія, патогенез, класифікація, гістологічна будова.
35. Кіста шиї (серединна та бічна): клінічна картина, диференційна діагностика, особливості лікування, ускладнення.
36. Доброякісні пухлини та кісти слинних залоз: класифікація, етіологія, патогенез, гістологічна будова, клінічні прояви.
37. Доброякісні пухлини та кісти слинних залоз: клінічна картина, диференційна діагностика, принципи і методи лікування
38. Доброякісні пухлини меланогенної системи. Клініка, особливості діагностики, лікування.
39. Одонтогенні кісти щелеп. Класифікація, клінічні прояви, діагностика, механізм росту та патологічна анатомія.
40. Одонтогенні кісти щелеп. Методи хірургічної лікування. Техніка оперативного втручання, післяопераційне введення хворих.
41. Доброякісні одонтогенні пухлини щелеп. Класифікація, клінічна картина та морфологічна будова.
42. Доброякісні одонтогенні пухлини щелеп. Сучасні принципи діагностики, методи лікування.
43. Брахіогенні кісти та нориці: класифікація, етіологія, патогенез, гістологічна будова та клінічна картина.
44. Брахіогенні кісти та нориці: клінічна картина, диференційна діагностика, принципи і методи лікування.
45. Принципи і методи диспансеризації хворих із передпухлинними захворюваннями обличчя і органів порожнини рота.
46. Доброякісні неодонтогенні пухлини щелеп. Класифікація, гістологічна будова та клінічна картина.

47. Доброякісні неондонтогенні пухлини щелеп. Диференційна діагностика, принципи та основні методи лікування, профілактика ускладнень.
48. Остеогенні пухлиноподібні новоутворення щелеп: етіологія, патогенез, класифікація.
49. Остеогенні пухлиноподібні новоутворення щелеп: Гістологічна будова, клініка, диференційна діагностика.
50. Остеогенні пухлиноподібні новоутворення щелеп: особливості лікування, ускладнення, профілактика.
51. Сучасні принципи діагностики пухлин голови та шиї.
 1. Статистика та класифікація пошкоджень щелепно-лищевої ділянки мирного часу.
 2. Основні та додаткові методи обстеження постраждалого з пошкодженням щелепно-лищевої ділянки.
 3. Предмет і завдання військової стоматології, щелепно-лищевої хірургії. Організація допомоги пораненим військовим Збройних Сил України в мирний та військовий час.
 4. Пошарова будова м'яких тканин у різних топографічних ділянках обличчя. Визначення понять "подряпина", "забій", "рана".
 5. Класифікація та клініка ран м'яких тканин щелепно-лищевої ділянки мирного часу. Особливості діагностики травматичних ушкоджень м'яких тканин щелепно-лищевої ділянки мирного часу.
 6. Класифікація кровотечі. Тимчасові та постійні методи зупинки кровотечі.
 7. Визначення поняття "первинна хірургічна обробка рани". Особливості проведення первинної хірургічної обробки ран обличчя. Види первинної хірургічної обробки. Види швів.
 8. Загальна характеристика вогнепальних ран. Особливості вогнепальних пошкоджень тканин щелепно-лищевої ділянки. Класифікація вогнепальних пошкоджень тканин щелепно-лищевої ділянки.
 9. Класифікація ускладнень вогнепальних пошкоджень тканин щелепно-лищевої ділянки.
 10. Безпосередні та ранні ускладнення вогнепальних пошкоджень тканин щелепно-лищевої ділянки. Клінічні прояви. Заходи профілактики. Лікування.
 11. Пізні ускладнення пошкоджень щелепно-лищевої ділянки. Клінічні прояви. Заходи профілактики. Лікування поранених з пізніми ускладненнями пошкоджень щелепно-лищевої ділянки.
 12. Травматична хвороба: патогенез, класифікація, періоди та перебіг, особливості лікування у щелепно-лищевих поранених.
 13. Асфіксія при пошкодженнях тканин ЩЛД: класифікація, особливості клінічного перебігу. Надання допомоги хворим.
 14. Класифікація, клінічна картина та методи лікування вивихів зуба.
 15. Класифікація, клінічна картина та методи лікування переломів зуба.
 16. Клініка і діагностика перелому альвеолярного відростка. Методи лікування перелому альвеолярного відростка.
 17. Особливості клінічної картини сліпих, дотичних та наскрізних поранень м'яких тканин щелепно-лищевої ділянки.
 18. Визначення обсягу та порядку надання медичної допомоги щелепно-лищевому пораненому на етапі першої медичної допомоги.
 19. Визначення обсягу та порядку надання медичної допомоги щелепно-лищевому пораненому на етапі долікарської допомоги.
 20. Визначення обсягу та порядку надання медичної допомоги щелепно-лищевому пораненому на етапі першої лікарської допомоги.
 21. Визначення обсягу та порядку надання медичної допомоги щелепно-лищевому пораненому на етапі кваліфікованої медичної допомоги.
 22. Визначення обсягу та порядку надання медичної допомоги щелепно-лищевому пораненому на етапі спеціалізованої медичної допомоги.
 23. Хірургічні методи лікування невогнепальних переломів нижньої щелепи. Види прямого остеосинтезу, показання та протипоказання до застосування, сучасні методики оперативних втручань. Помилки та ускладнення.
 24. Хірургічні методи лікування невогнепальних переломів нижньої щелепи. Види непрямого остеосинтезу, показання та протипоказання до застосування, сучасні методики оперативних втручань. Помилки та ускладнення.
 25. Загальне (медикаментозне) лікування невогнепальних переломів щелеп.
 26. Хірургічні методи лікування невогнепальних переломів верхньої щелепи. Види прямого остеосинтезу, показання та протипоказання до застосування, методики оперативних втручань. Помилки та ускладнення.

27. Хірургічні методи лікування невогнепальних переломів верхньої щелепи. Види непрямого остеосинтезу, показання та протипоказання до застосування, методики оперативних втручань. Помилки та ускладнення
28. Класифікація та клінічні прояви переломів кісток носа. Діагностика переломів кісток носа. Зупинка носової кровотечі при переломі кісток носа. Передня та задня тампонада носа: показання, техніка. Хірургічне лікування переломів кісток носа.
29. Класифікація та клінічні прояви переломів вилицевої кістки та дуги. Діагностика переломів вилицевої кістки та дуги.
30. Консервативні та хірургічні методи лікування переломів вилицевої кістки та дуги.
31. Термічні та хімічні пошкодження щелепно-лицевої ділянки. Особливості клінічних проявів, діагностики та надання медичної допомоги пораненим.
32. Транспортна іммобілізація відламків кісток. Види тимчасової іммобілізації відламків щелеп. На яких етапах медичної евакуації доцільно використовувати транспортну іммобілізацію.
33. Постійна іммобілізація відламків кісток щелепно-лицевої ділянки. Види постійної іммобілізації відламків щелеп.
34. Спеціалізована допомога при вогнепальних пошкодженнях нижньої щелепи.
35. Спеціалізована допомога при вогнепальних пошкодженнях верхньої щелепи.
36. Ортопедичні методи лікування переломів нижньої щелепи. Види шин. Назубні, зубо-ясеневі та ясеневі шини. Лабораторні шини та їх використання при пошкодженнях щелеп. Показання та протипоказання. Позитивні та негативні сторони використання.
37. Ортопедично-апаратний метод лікування пошкоджень щелеп: види, показання.
38. Поєднані пошкодження лицевого та мозкового черепа: класифікація, особливості перебігу, діагностика ліквореї, принципи надання допомоги.
39. Комбіновані радіаційні пошкодження щелепно-лицевої ділянки: класифікація, особливості перебігу, надання допомоги.
40. Комбіновані хімічні пошкодження щелепно-лицевої ділянки: класифікація, особливості перебігу, надання допомоги.
41. Опіки обличчя: класифікація, особливості перебігу, надання допомоги на етапах медичної евакуації. Лікування наслідків опіків обличчя.
42. Клітинні елементи кісткової тканини. Типи регенерації кістки. Види кісткової мозолі. Оптимальні умови регенерації кісткової тканини та формування кісткової мозолі.
43. Опікова хвороба. патогенез, класифікація, періоди та перебіг, особливості лікування у щелепно-лицевих поранених. Наслідки опікової хвороби.
44. Класифікація відмороження. Додаткові фактори, що стимулюють відмороження.
45. Клініка та лікування відмороження тканин обличчя. Наслідки відмороження залежно від ступеня.
46. Визначення обсягу та порядку надання медичної допомоги щелепно-лицевому пораненому на етапі кваліфікованої медичної допомоги.
47. Визначення обсягу та порядку надання медичної допомоги щелепно-лицевому пораненому на етапі спеціалізованої медичної допомоги.
48. Мета та завдання військово-лікарської експертизи. Особливості огляду щелепно-лицевих поранених та хворих під час військово-лікарської експертизи. Критерії визначення придатності до військової служби та боєздатності щелепно-лицевих поранених та хворих. Види втрати працездатності.
49. Основні принципи та методи лікувального харчування щелепно-лицевих поранених, види дієт.
50. Основні принципи, показання та протипоказання до лікувальної фізкультури та фізіотерапевтичного лікування щелепно-лицевих поранених.

Перелік практичних навичок

1. Виконайте мандибулярну анестезію аподактильним способом.
2. Виконайте мандибулярну анестезію пальцевим способом.
3. Виконайте центральну анестезію за Карреа (піднебінний шлях крилопіднебінної анестезії).
4. Виконайте туберальну анестезію позаротовим методом.
5. Виконайте туберальну анестезію внутрішньо-ротовим методом.
6. Виконайте піднебінну анестезію у великого піднебінного отвору.
7. Виконайте піднебінну анестезію.
8. Виконайте термінальну анестезію для знеболення середніх верхніх альвеолярних нервів.
9. Виконайте різцеву анестезію на верхній щелепі позаротовим способом.
10. Виконайте різцеву анестезію на верхній щелепі внутрішньоротовим способом.

11. Виконайте інфраорбітальну анестезію позаротовим методом.
 12. Виконайте провідникову інфраорбітальну анестезію внутришньоротовим методом.
 13. Виконайте інфраорбітальну анестезію біля підчочномкового отвору внутрішньо-ротовим методом.
 14. Виконайте термінальну анестезію за Вишневським.
 15. Виконайте інтралігаментарну анестезію.
 16. Виконайте інтрасептальну анестезію.
 17. Виконайте підокісну анестезію.
 18. Виконайте термінальну анестезію.
 19. Виконайте провідникову анестезію II та III гілок трійчастого нерву у підскроневої ямки способом повзучого інфільтрату за Вишневським.
 20. Виконайте анестезію біля овального отвору підскроневої шляхом.
 21. Виконайте анестезію верхньощелепного нерву підвлично-крилоподібним шляхом за С.М. Вайсблатом.
 22. Виконайте анестезію за Берше-Дубовим.
 23. Виконайте анестезію за Берше-Дубовим.
 24. Виконайте анестезію за Вейсбремом.
 25. Продемонструйте виконання анестезії щічного нерву.
 26. Виконайте різцеву анестезію на нижній щелепі.
 27. Виконайте анестезію біля ментального отвору внутришньоротовим методом.
 28. Виконайте мандибулярну анестезію позаротовим способом.
 29. Виконайте торусальну анестезію на беззубих щелепах.
 30. Виконайте анестезію за Вейсбремом.
 31. Виконайте торусальну анестезію.
 32. Виконайте анестезію біля ментального отвору позаротовим методом.
 33. Виконайте мандибулярну анестезію аподактильним способом.
 34. Виконайте мандибулярну анестезію пальцевим способом.
 35. Виконайте центральну анестезію за Карреа (піднебінний шлях крилопіднебінної анестезії).
 36. Виконайте туберальну анестезію позаротовим методом.
 37. Виконайте туберальну анестезію внутришньоротовим методом.
 38. Виконайте піднебінну анестезію у великого піднебінного отвору.
 39. Виконайте піднебінну анестезію.
 40. Виконайте термінальну анестезію для знеболення середніх верхніх альвеолярних нервів.
 41. Виконайте різцеву анестезію на верхній щелепі позаротовим способом.
 42. Виконайте різцеву анестезію на верхній щелепі внутришньоротовим способом.
 43. Виконайте інфраорбітальну анестезію позаротовим методом.
 44. Виконайте провідникову інфраорбітальну анестезію внутришньоротовим методом.
 45. Виконайте інфраорбітальну анестезію біля підчочномкового отвору внутришньоротовим методом.
 46. Виконайте анестезію за Вишневським.
 47. Виконайте інтралігаментарну анестезію.
 48. Виконайте інтрасептальну анестезію.
 49. Виконайте підокісну анестезію.
 50. Виконайте термінальну анестезію.
1. Техніка анестезії для розкриття флегмони підщелепної ділянки.
 2. Продемонструйте техніку виконання анестезії при розкритті флегмони скроневої ділянки (середній шар).
 3. Продемонструйте техніку виконання анестезії для розкриття глибокої флегмони скроневої ділянки.
 4. Продемонструйте техніку виконання анестезії для розкриття флегмони привушно-жувального простору.
 5. Продемонструйте техніку виконання анестезії при розкритті флегмони підскроневої ямки.
 6. Продемонструйте виконання анестезії для розкриття флегмони защелепного простору.
 7. Продемонструйте послідовність виконання анестезії для розкриття абсцесу язика.
 8. Продемонструйте послідовність виконання анестезії для розкриття флегмони підпідборідної ділянки.
 9. Продемонструйте послідовність виконання анестезії для розкриття гнійного осередку при лімфаденіті щічного лімфатичного вузла.

10. Продемонструйте послідовність виконання анестезії для розкриття абсцесу іклової ямки.
11. Продемонструйте послідовність виконання анестезії для розкриття гнійного осередку при периаурикулярному лімфаденіті.
12. Продемонструйте порядок виконання анестезії для розкриття гнійного осередку при гнійному лімфаденіті піднижньощелепної ділянки.
13. Виконайте анестезію при оперативному втручанні – гайморотомія.
14. Продемонструйте виконання анестезії при переломі кута нижньої щелепи.
15. Виконайте анестезію при переломі верхніх щелеп за Ле Фор I (нижній тип).
16. Виконайте анестезію при переломі верхніх щелеп за Ле Фор II (середній тип).
17. Виконайте анестезію при переломі верхніх щелеп за Ле Фор III (верхній тип).
18. Продемонструйте етапи виготовлення гладкої шини-скоби за С.С.Тігершtedтом Виконайте анестезію для репозиції відламків виличної кістки та виличної дуги.
19. Продемонструйте виконання анестезії при глибокій флегмоні скроневої ділянки.
20. Продемонструйте виконання анестезії для розкриття флегмони скроневої ділянки (середній шар).
21. Продемонструйте виконання анестезії для розкриття флегмони піднижньощелепної ділянки.
22. Продемонструйте етапи репозиції та фіксації відламків при переломах виличної кістки та дуги позаротовим доступом за Лімбергом.
23. Продемонструйте послідовність виконання анестезії для розкриття поверхневих абсцесів щелепно-лицевої ділянки.
24. Продемонструйте виконання анестезії для оперативного втручання – резекції верхівок коренів зубів 11 та 21.
25. Продемонструйте послідовність фіксації відламків верхньої щелепи шиною з опорною площиною.
26. Продемонструйте тимчасову іммобілізацію відламків верхніх щелеп
27. Продемонструйте послідовність виконання лікувальних заходів при стенотичній асфіксії у пораненого в щелепно-лицеву ділянку.
28. Продемонструйте етапи репозиції, фіксації та іммобілізації кісткових уламків нижньої щелепи при наявності зубу в щілині перелому.
29. Продемонструйте послідовність репозиції та фіксації кісткових уламків нижньої щелепи за допомогою апарату Рудька.
30. Продемонструйте послідовність виконання постійної іммобілізації відламків верхніх щелеп за Фальтіним-Адамсом.
31. Продемонструйте методику вправлення переднього вивиху нижньої щелепи.
32. Продемонструйте послідовність накладання шин Васильєва.
33. Продемонструйте послідовність виготовлення та накладання шини з опірною площиною.
34. Продемонструйте етапи виготовлення та накладання шини з похилою площиною.
35. Продемонструйте послідовність виготовлення та накладання шини з розпірковим вигином.
36. Продемонструйте етапи виготовлення та накладання двощелепної шини з зачіпними гачками.
37. Продемонструйте етапи виготовлення та накладання гладкої шини-скоби.
38. Продемонструйте етапи лігатурного міжщелепового закріплення відламків щелеп за методикою Військово-медичної академії (просте лігатурне зв'язування).
39. Продемонструйте послідовність лігатурного вісімкоподібного зв'язування зубів.
40. Продемонструйте послідовність лігатурного зв'язування зубів за Гейкіним.
41. Продемонструйте послідовність лігатурного зв'язування зубів за Айві.
42. Продемонструйте лігатурне зв'язування зубів за Вільга.
43. Продемонструйте тимчасову іммобілізацію нижньої щелепи міжщелепним лігатурним зв'язуванням.
44. Продемонструйте етапи накладання стандартної праці Ентіна.
45. Продемонструйте виготовлення та накладання індивідуальної гіпсової підборідної пов'язки при переломах нижньої щелепи.
46. Продемонструйте тимчасову іммобілізацію нижньої щелепи еластичною підборідною пращею за Померанцевою-Урбанською.
47. Продемонструйте етапи тимчасової іммобілізації нижньої щелепи бинтовою тім'яно-підборідною пов'язкою.
48. Продемонструйте виготовлення та техніку виконання бинтової пращоподібної пов'язки при переломах нижньої щелепи.

49. Продемонструйте послідовність дій лікаря при вправленні застарілого переднього вивиху нижньої щелепи.
50. Продемонструйте техніку вправлення гострого переднього двобічного вивиху нижньої щелепи.
 1. Продемонструйте видалення зуба 11.
 2. Видаліть зуб 22.
 3. Виконайте видалення фронтальних зубів верхньої щелепи.
 4. Видалити зуб 13.
 5. Продемонструйте етапи видалення ретенуваних зубів 13, 23.
 6. Видаліть зуб 14.
 7. Видаліть зуб 15.
 8. Видаліть зуб 24.
 9. Видаліть зуб 16.
 10. Видаліть 26 зуб.
 11. Видаліть зуб 17.
 12. Видаліть зуб 27.
 13. Видаліть зуб 18.
 14. Видаліть зуб 28
 15. Продемонструйте видалення ретенуваних третіх великих кореневих зубів нижньої щелепи.
 16. Видаліть 31 зуб.
 17. Видаліть 41 зуб.
 18. Видаліть корені зуба 42.
 19. Видаліть корені зуба 33.
 20. Видаліть корені зубів 46 та 47.
 21. Видаліть корені зубів 35 та 36.
 22. Видаліть зуб 46.
 23. Видаліть зуб 47.
 24. Видаліть корені зуба 48
 25. Продемонструйте етапи операції видалення зуба 38 при його дистопії.
 26. Видаліть різці на верхній щелепі.
 27. Видаліть зуб 48 при його ретенції.
 28. Видаліть ікла верхньої щелепи.
 29. Видаліть малі кореневі зуби на правій верхній щелепі.
 30. Видаліть малі кореневі зуби на лівій верхній щелепі.
 31. Видаліть моляри на правій верхній щелепі.
 32. Видаліть моляри на лівій верхній щелепі.
 33. Видаліть треті великі кореневі зуби нижньої щелепи за допомогою елеваторів.
 34. Видаліть різці на нижній щелепі.
 35. Видаліть іклі на нижній щелепі.
 36. Видаліть премоляри на нижній щелепі зліва.
 37. Видаліть премоляри на нижній щелепі зліва.
 38. Видаліть моляри на нижній щелепі зліва.
 39. Видаліть моляри на нижній щелепі справа.
 40. Видаліть корені молярів верхніх щелеп.
 41. Видаліть корені премолярів на верхніх щелепах.
 42. Видаліть корені молярів нижньої щелепи.
 43. Видаліть корені зуба 18.
 44. Видаліть зуб 22.
 45. Видаліть зуб 23.
 46. Видаліть зуб 13.
 47. Видаліть ретенуваний зуб 13.
 48. Видаліть зуб 14.
 49. Видаліть зуб 35.
 50. Видаліть зуб 25.

№ 1. Принципы организации хирургической стоматологической и челюстно-лицевой помощи населению. Общая и специальная подготовка больного к амбулаторной операции и

ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНИХ ДЖЕРЕЛ ТА ПОСИЛАНЬ

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; у 2т. – Т. 1 / В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін. – К.: ЛОГОС, 2011. – 669 с.
2. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; у 2т. – Т. 2 / В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін. – К.: ЛОГОС, 2011. – 606 с.
3. Тимофеев О.О. Щелепно-лицева хірургія: Підручник для мед. ун-тів, інст., акад. — 2-ге вид, випр. Затверджено МОН / О.О. Тимофеев — К., 2017. — 752 с.
4. Алгоритми виконання практичних навичок з хірургічної стоматології: навч.- метод. посіб. для студентів стомат. ф-тів ВНЗ МОЗ України / Я. П. Нагірний [та ін.]. - Тернопіль: ТДМУ: Укрмедкнига, 2017. - 102 с.: іл.
5. Доброякісні та злоякісні пухлини щелепно-лицевої ділянки. / [Л.М. Скакун] -2018.– Тернопіль: Укрмедкнига. – 68 с.
6. Ломницький І. Я. Алгоритми практичних навичок з хірургічної стоматології / І. Я. Ломницький, А. В. Нетлюх, О. Я. Мокрик. – Львів : «ГалДент», 2008. – 152 с.
7. Мигович М.І. Місцеве знечуження тканин щелепно-лицевої ділянки. Львів, 1999.
8. Грицай Н., Кобзиста Н. Нейростоматологія . «Здоров'я », 2001.- 144 с.
9. Методичні рекомендації для підготовки до складання ліцензійних інтегрованого іспитів "Крок1", "Крок2", "Крок3" / Б. С. Зіменковський, М. Р. Гжегоцький, І. І. Солонинко, Р. З. Огоновський, Р. Б. Лесик, Ю. Я. Кривко, Б. В. Дибас. - Львів: Друкарня ЛНМУ ім. Данила Галицького, 2013. - 96 с.
10. Збірник тестових завдань для складання ліцензійного іспиту «Крок – 2 Стоматологія» // МОЗ України. Департамент кадрової політики, освіти і науки МОЗ України. Центр тестування при МОЗ України, 2011 - 28 с. (співавтори Гайдук Р. В., Федько В. В., Назаревич М. Р.) - 36 с.
11. Петруска Малгожата, Петруски Ян. Пародонтально-имплантологическая хірургія. Перевод с польск.- Львов: ГалДент, 2002.-253с., 700 илл.
12. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство / под ред. А.А.Кулакова, Т.Г.Робустовой, А.И.Неробеева. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 576с.
13. Сеорж Дибарт. Мамду Карима. Практическое руководство по пластической пародонттологической хирургии. Перевод с англ.-Москва: ИД «Азбука», 2007.-110с.
14. Сабо Д. Хирургия полости рта и челюстно-лицевой области /Д. Сабо.-К:Книга плюс, 2005.-302с.
15. Дубровина Е.В. Технология операции по удалению зуба: учебное пособие для иностранных студентов стоматологических факультетов высших медицинских заведений Украины III-IV уровней аккредитации//Полтава: ФЛП Говоров С.В., 2011. – 320с: 595 ил.
16. Грудянов А.И., Чупахин П.В. Методика направленной регенерации тканей. Подсадочные материалы. - М.:ООО «Медицинское информационное агентство». 2007.- 64с.
17. Эдвард Коэн. Атлас косметической и реконструктивной пародонтологической хирургии. Перевод А. Островского Москва второе издание 2003
18. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: В 2-х томах. Т. 2 / Под ред. В.М.Безрукова, Т.Г.Робустовой. - Изд. 2-е, перераб. и доп. - М.: Медицина, 2000. - 488 с.
19. <https://new.meduniv.lviv.ua/kafedry/kafedra-hirurgichnoyi-stomatologiyi-ta-shhelepno-lytsevoyi-hirurgiyi/>
20. <https://hirstom.pdmu.edu.ua/>
21. <https://stomat.bsmu.edu.ua/home>