

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

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

для самостійної роботи

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 самостійної роботи 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. 422 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., доцент 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.

ЗМІСТ

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 і поліклініки.
2. Провідникове знеболювання верхньої і нижньої щелеп, прилеглих м'яких тканин. Аплікаційне і інфільтраційне знеболювання м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки. 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 і після оперативного втручання. Оперативні втручання при періодонтиті: резекція верхівки кореня, гемісекція, ампутація, реплантації, коронаро-радикулярна сепарація. Хвороби прорізування зубів – ретенція, дистопія: клініка, діагностика, лікування. Перикороніт, періостит щелеп: етіологія, класифікація, клініка, діагностика, лікування.
4. Остеомієліт щелеп: етіологія, патогенез, класифікація, клініка, діагностика, диференціальна діагностика, консервативні і хірургічні методи лікування. Одонтогенний гайморит: етіологія, патогенез, класифікація, клініка, діагностика, диференціальна діагностика, консервативні і хірургічні методи лікування. Усунення ороантрального співустья.
5. Специфічні захворювання – актиномікоз, туберкульоз, сифіліс, СНІД: етіопатогенез, класифікація, клініка, діагностика, диференціальна діагностика, консервативні і хірургічні методи лікування.
6. Артрити, артрози, синдром больової дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба. Анкілози СНЩС. Пластика СНЩС. Контрактури і вивихи нижньої щелепи. Діагностика, хірургічне та фізіотерапевтичне лікування.
7. Загальна характеристика запальних процесів щелепно-лицевої області. Гострий і хронічний неспецифічний сіалоаденіт (некалькульозний і калькульозний). Діагностика та комплексне лікування сіалоаденіта. Сіалози.

8. Лімфаденіти, аденофлегмони. Абсцеси обличчя, піднебіння, щелепно-язикового жолобка, під'язикової ділянки. Фізіотерапія в лікуванні запальних процесів ЩЛД. Флегмони: піднижньощелепної, підпідборідної, крилоподібно-нижньощелепної ділянки.
9. Флегмона орбіти. Флегмони виличної, жувальної, привушної ділянки. Флегмони крило-піднебінного простору, підскроневої та скроневої ямки. Приглоткова флегмона. Флегмона дна порожнини рота, язика та шиї, ангіна Жансуля-Людвіга. Ускладнення та їх профілактика. Принципи лікування запальних процесів щелепно-лищевої ділянки.
10. Доброякісні пухлини і кісти слинних залоз. Пластичне усунення слинних нориць. Судинні пухлини і родимі плями. Імунологічна концепція розвитку пухлин.
11. 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.
12. Доброякісні одонтогенні пухлини щелеп (амелобластома (адамантинома), одонтома, цементома). Доброякісні неодонтогенні пухлини щелеп (остеобластокластома, остеома, остеїд-остеома, хондрома, гемангіома, фіброма, епулід): класифікація, гістологічна будова, клініка, диференційна діагностика, принципи і методи лікування, профілактика ускладнень.
13. 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.
14. 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.

15. Вогнепальні, невогнепальні пошкодження м'яких тканин ЩЛД. Опіки і комбіновані пошкодження. Пластика м'яких тканин. Фізіотерапія в комплексному лікуванні травм ЩЛД.
16. Вогнепальні, невогнепальні пошкодження кісток лицевого скелета. Рентгендіагностика 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.

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

ЗАТВЕРДЖЕНО
на засіданні кафедри хірургічної стоматології
та клінічних дисциплін
Завідувач кафедри
к. мед. н., доц. Гема-Багіна Н. М.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

Курс V; Факультет Стоматологічний

Навчальна дисципліна: Хірургічна стоматологія

Субординатура

Тема № 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 і поліклініки.

1.Актуальность теми: Чітка організація лікувально-діагностичного процесу в медичному закладі визначає оптимальний результат лікувальної роботи, тому майбутній лікар повинен добре орієнтуватися в цьому питанні. Обстеження і спеціальна підготовка хворого до оперативного втручання – одна зі сторін цього процесу, в якому немає дрібниць. Оптимальне знеболювання оперативного втручання формує фундамент роботи хірурга та сприятливо впливає на післяопераційний період, подальшу реабілітацію пацієнта і якість його життя.

2. Конкретні цілі:

- 1.1. Аналізувати критерії загальної та спеціальної підготовки хворого до операції.
- 1.2. Пояснювати принципи організації хірургічної стоматологічної допомоги.
- 1.3. Запропонувати план обстеження хворого для амбулаторних операцій і оперативних втручань в стаціонарі.
- 1.4. Класифікувати наркоз.
- 1.5. Трактувати принципи загального знеболювання.
- 1.6. Малювати алгоритм надання допомоги при лікуванні пацієнтів з ускладненнями після проведення загального знеболювання.
- 1.7. Проаналізувати показання та протипоказання до проведення загального знеболювання.
- 1.8. Скласти схему ускладнення після проведення загального знеболювання.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція).

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

4. Задачі для самостійної роботи при підготовці до занять.

4.1. Перечень основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент до заняття:

термін	визначення
Місцева анестезія	вимкнення больової чутливості в місці проведення оперативного втручання при збереженні її в інших областях тіла.
Загальна анестезія	вимкнення больової чутливості у всьому тілі.
Наркоз	метод загальної анестезії з виключенням свідомості.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Принципи організації хірургічної стоматологічної допомоги. Види стоматологічних лікувальних установ.
2. Обладнання та оснащення хірургічних відділень стоматологічної поліклініки в залежності від їх категорійності.
3. Обладнання і оснащення відділення щелепно-лицевої 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 в залежності 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.
12. Показання до загального знеболювання в умовах стоматологічної поліклініки.
13. Показання до загального знеболювання в умовах відділення щелепно-лицевої хірургії.
14. Особливості загального знеболювання при операціях на обличчі і в порожнині рота.
15. Переваги і недоліки загального знеболювання при операціях в щелепно-лицевій ділянці.
16. Види загального знеболювання, які застосовуються в стоматологічній поліклініці і стаціонарі.

17. Підготовка хворого до загального знеболювання: особливості обстеження, премедикації.
18. Стадії наркозу.
19. Лікарські засоби, які застосовуються для наркозу.
20. Особливості ведення післяопераційного періоду після операції на обличчі і в порожнині рота.
21. Види ускладнень наркозу, їх причини та профілактика.
22. Основні етапи реанімаційних заходів при різних видах ускладнень при оперативних втручаннях.

4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Розрахувати штат хірургічного відділення стоматологічної поліклініки в місті з населенням 36000.
2. Написати схему премедикації перед операцією з приводу серединної кістки шиї для пацієнта 58 років з гіпертонічною хворобою в анамнезі.
3. Написати протокол операції при повній ретенції 3.8.

Зміст теми:

Організація стоматологічної допомоги населенню, включаючи хірургічну, являє собою комплекс заходів, спрямованих на створення лікувально-профілактичних установ і координацію їх діяльності з надання медичних послуг, оздоровлення (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 (багатопрфільних) поліклініках, лікувально-профілактичні заклади різноманітних міністерств і відомств, стоматологічні відділення клінічних і науково-дослідних інститутів, щелепно-лицеві відділення лікарень, стоматологічні кабінети в лікарнях, амбулаторіях, диспансерах, жіночих консультаціях, в дошкільних та шкільних установах, вищих і середніх навчальних закладах, у медпунктах підприємств, будівельних організацій і т. д., організовані на основі підприємництва стоматологічні кабінети (центри, асоціації, фірми і т. п.).

Основний обсяг (98,5-99%) стоматологічної допомоги виявляється в поліклініці (амбулаторно).

ПОЛІКЛІНІЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА ДОПОМОГА (схема)

Республіканська стоматологічна поліклініка	Хірургічне відділення	хірургічний прийом
Обласна стоматологічна поліклініка	Хірургічне відділення	хірургічний прийом
Міська (районна) стоматологічна поліклініка	Хірургічне відділення	хірургічний прийом

Стоматологічне відділення багатопрофільної 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 з терапевтичної та хірургічної 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 передбачена 1 посада лікаря анестезіолога.

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

Середній медичний персонал

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

Молодший медичний персонал

Встановлюється 1 посада на 1 посаду стоматолога-хірурга.

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

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

КАТЕГОРІЙНІСТЬ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПОЛІКЛІНІК.

Категорії стоматологічних поліклінік, які характеризують їх потужності

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

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

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

- Кімната очікування для пацієнтів з розрахунку 1,2 м² на одного пацієнта, але не менше 6 м² загальною площею;
- Передопераційна не менш 10 м² загальною площею;
- Операційна з одним стоматологічним кріслом не менш 23 м², а при установці кожного наступного крісла (стола) має додаватися 10 м²;
- Стерилізаційна не менше 8 м²;
- Кімната тимчасового перебування пацієнтів після операції з розрахунку 2 кушетки на одне крісло, але не менше 12 м².

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

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

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

- Кімната очікування для пацієнтів з розрахунку 1,2 м² на одного пацієнта, 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 та інших амбулаторних операцій.

В ЛІКАРНЯХ:

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

У туберкульозних диспансерах, з кількістю ліжок від 75 до 200, стоматологічні кабінети встановлюються з розрахунку 0,5 ставки стоматолога, а при кількості ліжок понад 200 – одна посада лікаря-стоматолога.

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

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

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

До них належать:

- операція типового і атипового видалення зуба при дистопії, ретенції або напівретенції);
- операції з приводу гострих і хронічних запальних процесів: операція розкриття гнійного вогнища при гострому періоститі, остеомиєліті, а в деяких випадках – і при флегмонозних процесах, коли немає можливості госпіталізувати хворого і зволікання може призвести до тяжких ускладнень;

- операції при гострій травмі м'яких тканин і (або) деяких кісток щелепно-лицевої ділянки: накладення швів на рани м'яких тканин, вправлення уламків, 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, вживляння зубів, резекція верхівки кореня;
- видалення невеликих доброякісних новоутворень м'яких і кісткової тканин щелепно-лицевої ділянки;
- взяття тканин для біопсії;
- операції з приводу кіст щелеп;
- операції з приводу слинокам'яної хвороби;
- пластичні операції з приводу рубцевих деформацій м'яких тканин і деформацій кісткової тканини (переважно альвеолярного відростка);
- секвестректомія;
- 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-лицевої ділянки, при яких хворі повинні бути госпіталізовані в терміновому порядку службою швидкої допомоги. Хірургічні стоматологічні стаціонари організуються, як правило, в складі спеціалізованих лікувально-профілактичних закладів. В усіх обласних лікарнях, а також при одній або декількох багатoproфільних міських лікарнях у великих містах і промислових центрах крім поліклінічних закладів організують стаціонарні відділення хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії, в яких надають висококваліфіковану спеціалізовану стоматологічну допомогу хворим хірургічного та терапевтичного профілю, а також проводять складне щелепне протезування за показаннями.

Структура закладів стаціонарної хірургічної стоматологічної допомоги

Республіканська клінічна лікарня	Стаціонар щелепно-лицевої хірургії
Обласна клінічна лікарня	Стаціонар щелепно-лицевої хірургії
Міська клінічна лікарня	Стаціонар щелепно-лицевої 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");
- Передопераційна; стерилізаційна; наркозна;
- Апаратної;
- Інструментальної;
- Кабінету хірурга;
- Матеріальної;
- Гіпсовочної;
- Душовою.

Перев'язувальні.

Лікувальний кабінет.

Кабінет лікаря-ортопеда.

Спеціальні бокси.

Палати стоматологічного відділення (чоловічі та жіночі).

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

Дві післяопераційних палати – жіноча і чоловіча. Число ліжок визначається характером і обсягом роботи стаціонару.

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

Площа допоміжних приміщень повинна дорівнювати площі палат або бути більше.

Медична документація хірургічного стоматологічного відділення, кабінету.

Назва документу	Значення і призначення даного документа	Примітка
1	2	3
Медична карта стоматологічного хворого (Ф. № 043 /0)	Юридичні документи, в яких відображені відомості про хворого і всі маніпуляції, які проведені хірургом і медичною сестрою	Необхідна точність і чіткість запису в цих документах
Медична карта стаціонарного хворого Ф. № 003 /0		
Листок лікарських призначень Ф. № 003-4 / у		
Листок щоденного обліку роботи лікаря-стоматолога (Ф. № 037 /0)	Для реєстрації кількості хворих і обсягу виконаної роботи хірурга-стоматолога	Необхідний для обліку роботи хірурга і

		відділення в цілому
Щоденник обліку роботи лікаря стоматолога (Ф. № 039-2 /0)	Для реєстрації кількості хворих і обсягу виконаної роботи хірурга-стоматолога за місяць	- - - // - - - -
Журнал запису амбулаторних операцій Ф. № 069 / у	Для докладного запису ходу операцій, виконаних хірургом, а також результатів операції	Для аналізу роботи хірурга-стоматолога та відділення в цілому
Направлення на консультацію і допоміжні кабінети Ф. № 028 / у	Для фіксації відомостей про хворого, направленого на консультацію або госпіталізацію	- - - // - - - -
Контрольна карта диспансерного спостереження Ф. № 030 / у	У хірурга-стоматолога повинна бути картотека хворих з щілинами обличчя, вродженими і набутими деформаціями щелепно-лицевої ділянки, хронічними одонтогенними запальними процесами щелеп, захворюваннями слинних залоз, нервів щелепно-лицевої ділянки, передпухлинними і пухлиноподібними процесами обличчя і щелеп	Відбір на диспансерне спостереження проводиться під час профілактичних оглядів, поліклінічного прийому, за напрямками хворих зі стаціонарних відділень
Журнал для запису консультацій	Організовується запис хворих певними, спеціально виділеними днями консультацій, які проводять хірурги-стоматологи з наукових і навчальних закладів	Великі стоматологічні поліклініки (I-III категорії) є консультативно-методичними центрами
Рецептурний бланк Ф. № 107 / у	Для пропису медикаментозних засобів	Необхідна старанність і чіткість виписування рецепта
Клінічний аналіз крові Ф. № 224 / у	Для встановлення остаточного діагнозу, обстеження хворих, яким планується оперативне втручання під наркозом	Направлення 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 глюкозуричний профіль Ф. № 213 / у		
Листок непрацездатності	Підтверджує тимчасову непрацездатність громадян	Видається згідно з інструкцією відповідно до статті 51 Закону України "Про загальнообов'язкове державне страхування в зв'язку з тимчасовою втратою працездатності і витратами, обумовленими народженням та похованням"
Довідка Ф. № 095 /0	Підтверджує непрацездатність студентів вищих, середніх і професійно-технічних навчальних закладів	Може бути видана в довільній формі громадянам, які шукають роботу, особам які пройшли обстеження за напрямками воєнних комісаріатів, особам, що самостійно звернулися за консультативною допомогою
Акт про нещасний випадок на виробництві Ф. Н-1	Для реєстрації нещасного випадку, заходів щодо усунення його наслідків, відшкодування витрат та ін.	Складається в п'яти примірниках

НАРКОЗ – це стан оборотного гальмування центральної нервової системи, при якому відсутні свідомість і реакція на больові подразники і супроводжується пригніченням всіх життєво важливих функцій організму.

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

Теорія граничного натягу полягає в тому, що наркотичні речовини, які застосовуються для загального знеболювання, осідаючи на клітинних мембранах, змінюють граничний натяг між мембраною і рідиною, яка оточує клітину, і вільно проникають у клітину.

Теорія порушення окислювальних процесів пояснює, що анестетик блокує ферменти, які регулюють окисно-відновні процеси в клітці.

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

Теорія водних мікрокристалів. Відповідно до 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 анестезуючу речовину, яке стало класичним – ефірі.

Існує кілька класифікацій ефірного мононаркозу. Найбільш поширені класифікації Гведела і І.С.Жорова. Різниця між ними лише в трактуванні четвертої стадії наркозу. За Гведелом четверта стадія – агональна, по І.С.Жорову – стадія пробудження (клінічний підхід). Наводимо класифікацію Гведела.

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

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

Третя стадія – хірургічна. Характеризується згасанням процесів збудження унаслідок 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 3.1, 3.2, 3.3, 3.4. 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 кордонів, добре реагує на світло. Зберігаються рогівкові і гортанно-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. Гортанний і глотковий рефлекс відсутні. Рогівковий рефлекс зникає до кінця рівня 3.2, дихання трохи частішає. АТ в нормі, пульс трохи прискорений, м'язовий тонус знижений. На рівні 3.2 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. Артеріальний тиск 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, низький артеріальний тиск, параліч сфінктерів. Підтримка або поглиблення наркозу на цій стадії може привести до летального результату. Це граничний стан між життям і смертю.

Четверта стадія агональна – кінцева стадія наркозу, яка характеризується зупинкою дихання, зникненням пульсу, що не вимірюється АТ. 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 нирки в залежності від виду наркозу.

Загальне знеболювання – наркоз, поділяється на інгаляційний, неінгаляційний і нейролептанальгезію (НЛА).

Інгаляційний наркоз. Ефект досягається вдиханням наркотичних газів або парів летких наркотиків. Для проведення необхідні три неодмінних умови по Б.С.Уварову (1973): забезпечення у суміші, що вдихається, відповідної концентрації наркотика, достатня кількість в ній кисню, адекватне виведення кислоти з легень. Наркотична суміш може подаватися через маску, повітропровід або ендотрахеальну трубку.

Розрізняють чотири види наркотизації: 1) по відкритому контуру, коли повітря надходить при вдиху з атмосфери і повертається в неї; 2) по напіввідкритому контуру, коли наркотик надходить 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, частина його, пройшовши через поглинач вуглекислоти, повертається до хворого; 4) по закритому типу, коли система рециркуляції газів в апараті цілком ізольована від атмосфери.

Масковий наркоз пов'язаний в основному із застосуванням ефіру і хлороформу. Ефір або хлороформ крапельним шляхом наносився на маску і при вдиханні відбувалася наркотизація хворого з відкритого типу. Регулювати концентрацію анестетика при такому способі подачі дуже важко. З появою сучасних апаратів для масочного наркозу і великого вибору наркотичних речовин з'явилася можливість дозування анестетика і здійснення штучної вентиляції легень, тому в даний час 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 та слини в дихальні шляхи хворого, усунення небезпек, пов'язаних з порушенням і зупинкою дихання, забезпечення нормального газообміну і вентиляції легень, 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-лицевій ділянці.

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

Засоби для інгаляційного наркозу.

Закис азоту (Nitrogenium oxydatum) Безбарвний газ, важчий за повітря. Застосовується тільки в суміші з киснем у співвідношенні 3: 1. Закис азоту – слабкий тому застосовується в комбінації з більш сильними анестетиками. У хірургічній стоматології застосовується в основному при короточасних оперативних втручаннях (розтин абсцесів і флегмон).

Переваги: має виражені анагетичні властивості, не спалахує, малотоксичний, має швидке введення в наркоз і пробудження, не викликає подразнюючої дії на органи дихання і слизові оболонки, рідко виникають нудота і блювання.

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

Протипоказання: не має.

Фторотан (Phthorothanum). Безбарвна прозора рідина зі слабким солодкуватим запахом. Має сильну наркотичну дію, не подразнює дихальні шляхи, сильніше ефіру в три рази. У поєднанні з іншими сумішами не є вибухонебезпечним, не горить, а позитивні наркотичні властивості дозволили йому зайняти чільне місце в анестезіології. Фторотан – сильний анестетик. Для наркотизації застосовується випарник фторотек, що має дві шкали, одна передбачає подачу по напіввідкритому, інша – по напівзакритому типу.

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

Недоліки: можливість пошкодження печінки при повторному введенні, передозування, у міру поглиблення анестезії – пригнічення дихання, кардіотоксичність, зменшення серцевого викиду, зниження скорочувальної здатності міокарда, дилатація судин, сенсibiliзація серця до катехоламінів.

Протипоказаний хворим із захворюваннями печінки.

Ефір для наркозу (Aether pro narcosi) – летюча, з різким запахом, безбарвна, прозора рідина, яка легко випаровується. Ефірні пари добре горять, в сумішах вибухонебезпечні, що обмежує його застосування в даний час в анестезіології. Має виражену терапевтичну широту, наркотичні та знеболюючі властивості.

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

Недоліки: вогненебезпечний, вибухонебезпечний, тривале введення в наркоз і виражений період збудження, нудота і блювання, порушення процесів метаболізму в організмі, подразнюючу дію на слизові оболонки, ларингоспазм.

Протипоказання: гострі запальні захворювання дихальних шляхів і легень, хронічні захворювання печінки і нирок, недостатність надниркових залоз.

Тріхлоретілен (Trichloroethylenum), Тріль, наркоген. Прозора, безбарвна рідина зі специфічним запахом, що не розчинна у воді. Пари його в різних сумішах не є вибухонебезпечними і не горять.

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

Переваги: не горить, виражений аналгетичний ефект, відсутність подразнюючої дії на слизову оболонку, швидке отримання аналгетичного 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 парів, що виключає можливість отруєння ним при вдиханні суміші. Показання до застосування такі ж, як у тріхлоретілена. Не горить і не вибухонебезпечний. Потужний анестетик, який має сильний аналгетичний ефект.

Переваги: міорелаксація, високий ступінь аналгезії і анестезії, хімічна стабільність, не викликає серцевих аритмій, відсутність подразнюючої дії на слизові оболонки, не горючий.

Недоліки: тривале введення в наркоз зі збудженням, тривале пробудження, головний біль в наркозний 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 міокарда.

Хлороформ (Chloroform), тріхлорметан. Безбарвна, прозора рідина з солодкуватим запахом. Пари хлороформу не вибухонебезпечні і не горять. Хлороформ – потужний анестетик, подача 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 точної дозуючої апаратурою. Через сильну подразнюючу дію на шкіру і слизову і вираженого токсичного ефекту в даний час застосовується рідко.

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

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

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

Циклопропан (Cyclopropanum), тріметілен. Безбарвний горючий газ із запахом нафти, вибухонебезпечний. Циклопропан в організмі не руйнується і швидко виводиться через легені. Органи дихання не подразнює. Широко не застосовується через високу вартість і виникнення аритмій.

Циклопропан 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: вибухонебезпечність, виникнення серцевих аритмій, ларингоспазм під час вступного наркозу і після пробудження, пригнічення дихання, апное, нудота, гіперкапнія з подальшим метаболічним ацидозом, циклопропанова гіпотензія, гострі післянаркозні психози, висока вартість.

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

Протипоказання: не можливо застосовувати в разі електрокоагуляції й електроножа через вибухонебезпечність, у хворих з лабільним серцем, тіреотоксикозом, при використанні адреналіну і норадреналіну.

Неінгаляційний наркоз

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

Засоби для неінгаляційного наркозу

Гексенал (hexenalum). Синоніми – евіпан натрію, гексобарбітал натрію, циклобарбітал. Являє собою білу піноподібну, гігроскопічну масу, гірку на смак. Добре розчиняється у воді, піддається гідролізу, розкладається на світлі. Вводиться внутрішньовенно максимум 1 хвилину. Застосовується в основному як засіб для вступного наркозу. У дозі від 200 до 500 мг настає наркоз. У дітей застосовується внутрішньом'язово і ректально.

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

Недоліки: пригнічення дихання, важкість управління наркозом, можливість виникнення ларингоспазму, депресивна дія на міокард і вазомоторний центр, недостатня міорелаксація, відсутність анальгезуючого ефекту, подразнюючої дії на шкіру.

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

Тіопентал-натрій (Thiopentalum natrium, Natrii Carbonate). Суха пориста маса жовтуватого кольору, гігроскопічна, добре розчинна у воді. Розчини нестійкі і розкладаються протягом години, тому повинні використовуватися свіжоприготовленими (1-2-5% розчини). Тривалість дії 15-30 хв. Застосовується для вступного наркозу, в стоматологічній практиці для короточасних амбулаторних операцій так само, як і гексенал. Вводиться внутрішньовенно, засинання відбувається в дозі 200-500 мг. Відмінність від гексенала – більш швидке настання сну і пробудження. В анестезіології тіопентал натрію використовується обережно, як і гексенал.

Переваги, недоліки і протипоказання до введення ті ж, що і у гексенала. Присутність у складі атома сірки робить препарат спазмогенним. На відміну від гексенала, тіопентал-натрій має ще й ваготоніческу дію.

Віадріл (Viadril), предіон, пресурен, гідрооксідон. Стероїдний препарат, позбавлений активних гормональних властивостей. Являє собою білий кристалічний порошок, добре розчинний 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 мг/кг. Малотоксичний, летальних наслідків в літературі не описано. У поліклінічній стоматології не застосовується через слабку придатність для короточасного наркозу.

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

Недоліки: хворобливість при введенні в вену, розвиток флебітів, некерованість наркозом, гіпотензія, зниження ударного об'єму серця, відсутність анальгезуючого ефекту, рефлекторний вагоспазм.

Протипоказання: захворювання вен, протипоказаний дітям.

В даний час препарат самостійно використовується рідко, в основному в поєднанні з закисом азоту для підтримки базисного наркозу і комбіновано з місцевими анестетиками, може бути використаний для вступного наркозу. Хороша його комбінація з таламоналом і фентанилом, які доповнюють його слабкий анальгезуючий ефект.

Альтезін (Althesin) СТ-1 341. Стероїдний препарат-анестетик зі слабким анальгетичним ефектом. Форма випуску в ампулах по 5-10 мл, вводиться внутрішньовенно, розводять будь-яким фізіологічним розчином. Втрата свідомості настає від 10 до 15 хв. Застосовується для ввідного наркозу і короткочасних операцій в поліклінічній хірургії та хірургічній стоматології.

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

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

Протипоказання: тривалі хірургічні втручання.

Натрію оксибутират (Natrii oxybutyras) – білий, гігроскопічний, жовтуватого кольору кристалічний порошок, добре розчинний у воді і спирті, а також в фізіологічному розчині. Підсилює дію анестетиків і анальгетиків, викликаючи загальну анестезію. Вводиться внутрішньовенно 70-200 мг/кг. Препарат розчиняється в 5% розчині глюкози або в 50-100 мл ізотонічного розчину хлориду натрію. Введення повільне, крапельне протягом 10-15 хв. або багаторазове фракційне. Швидке введення всієї дози препарату небажано через короткочасних ускладнень: брадикардії, посиленої саливації, нудоти, блювання, порушення ритму дихання, рухового збудження. Оксибутират натрію використовується для вступного наркозу, мононаркозу, для базис-наркозу в поєднанні з іншими анестетиками.

Для базис-наркозу доза препарату становить 100-200 мг/кг, для мононаркозу 150-200 мг/кг з тривалістю наркозу 2-3 г.

Переваги: низька 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 під час операції, тривалий період пробудження, важкість контролю за глибиною наркозу.

Протипоказання: амбулаторно-поліклінічна практика.

Пропанідід (Propanididum) епонтол, сомбревін являє собою маслянисту рідину світло-жовтого кольору, погано розчинну у воді. Вводиться внутрішньовенно 7-10 мг на 1 кг маси 2,5% або 5% розчин, який розчиняється фізіологічним розчином хлориду натрію. Швидкість введення 20-30 с хворий засинає дуже швидко.

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

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

Протипоказання: гіповолемічний шок, декомпенсована серцева та печінкова недостатність, алергічні захворювання, гемолітична анемія. Не можна застосовувати без апаратів штучної вентиляції легенів (ШВЛ).

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 мг на 1 кг ваги і внутрішньом'язово 6-8 мг/кг з вмістом в 1 мл від 10 до 50 мг кетаміну. Наркоз при внутрішньовенному введенні настає через 15-20 с, внутрішньом'язовому – через 2-4 хв, триває 15-20 хв в амбулаторних умовах, а в умовах стаціонару підтримується до 6-7 годин. Кетаміновою наркоз застосовується в різних варіантах: внутрішньовенний мононаркоз, внутрішньом'язовий мононаркоз, внутрішньовенний кетаміновий наркоз у поєднанні з релаксантом і ШВЛ, внутрішньовенний або внутрішньом'язовий вступний наркоз і наркоз в комбінації з іншими анестетиками.

Переваги: швидке введення в наркоз, виражена беззаспокійлива дія, відносна безпека наркозу, що полягає у незначній дії 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, блювання, тривалу післяопераційну депресію, гіпертонус жувальних м'язів, іноді психічні порушення (марення, галюцинації), підвищує артеріальний тиск і тиск ліквору.

Протипоказання: гіпертонічна хвороба, хворі з еклампсією і в стані прееклампсії.

Наркоз в умовах стоматологічної поліклініки

В даний час 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 тільки емоційна напруга, страх, а й створюються сприятливі умови для роботи лікаря.

Вимоги до загального знеболювання в поліклініці:

- наркоз повинен бути простим і абсолютно безпечним;
- наркоз повинен швидко наступати, досягати достатньої глибини за короткий час;

- пробудження після наркозу має бути швидким: з повним відновленням функцій;
- під час і після наркозу побічні явища мають бути відсутні або бути мінімальними;
- хворий через короткий час повинен самостійно піти додому.

Всі ці вимоги пред'являються до наркозу в поліклініці, так як амбулаторний хворий повинен після наркозу повернутися додому в нормальному стані.

Показання: 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 масковим, внутрішньовенним, рідко ендотрахеальним шляхом. Ендотрахеальний наркоз застосовується:

- у хворих з порушенням носового дихання і деформацією середньої і нижньої зон обличчя;
- коли розслаблення жувальної мускулатури за рахунок дії фторотана призводить до утрудненого дихання;
- в тих випадках, коли можна очікувати сильна кровотеча.

Ускладнення наркозу.

Найбільш небезпечні ускладнення, пов'язані з пригніченням дихального і судинного центрів. У рідкісних випадках можливі пошкодження периферичних нервів. Слід виділити ускладнення, пов'язані з порушенням насичення крові киснем. За частотою перше місце займають гіпоксії, внаслідок механічних порушень прохідності дихальних шляхів, викликані спазмом гортані, западанням язика, надгортанника, аспірацією сторонніх тіл в дихальні шляхи.

Спазм гортані. При спазмі гортані відбувається змикання 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 подразнення або має рефлексорний характер. На початку наркозу спазм може наступити при вдиханні холодних парів ефіру у високій концентрації, подразнення 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 саме при маніпуляції на сонячному сплетінні. Для профілактики спазму гортані вводять атропін, міорелаксанти. При спазмі в I стадії наркозу треба припинити подачу 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 серцевому м'язі – значно раніше. Якщо

спазм гортані не вдається ліквідувати медикаментозними засобами, доводиться вдаватися 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. Найчастіше це ускладнення виникає в післянаркозному періоді. При набряку під час наркозу проводять інтубацію, а після операції – зігріваючі компреси, інгаляції. У разі швидкого наростання набряку і асфіксії показана трахеостомія.

Западання язика і надгортанника. Западання язика можливо в результаті розслаблення м'язів при глибокому наркозі. Корінь язика притискається до задньої стінки глотки, цілком або частково перекриваючи шлях для надходження повітря. При нахилі голови вперед язик западає більше і корінь щільніше притискається до задньої стінки глотки. Виникає хрипле дихання, а при повній обструкції дихальних шляхів розвивається ціаноз. Виявивши западання язика, анестезіолог повинен нахилити голову хворого назад. Якщо це не допомагає, то треба висунути вперед нижню щелепу. Ефективно введення повітровою через рот або ніс. У рідкісних випадках доводиться витягати язик язикотримачем або прошивати його нитками і фіксувати ззовні. Штучне дихання неефективно.

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

Аспірація блювотних мас. Це небезпечно і важке ускладнення. Затікання вмісту шлунка в трахею і бронхи може привести до асфіксії, а в подальшому до розвитку пневмонії, ателектазу легень. У трахею можуть також затікати слина, кров.

Особливо небезпечна регургітація при екстрених операціях у хворих, яким не спорожнили шлунок до наркозу. Як правило, блювання виникає при недостатньо глибокому наркозі. Тому при найменших натяках на блювотні рухи слід поглибити наркоз. При наркозі ефіром, фторотаном може бути блювання в момент пробудження хворого на операційному столі. Якщо у хворого виникла регургітація, а трахеальні рефлекси притуплені, шлунковий вміст затікає в трахею і бронхи. Зменшує ризик аспірації введення зонда в шлунок після початку наркозу. Якщо блювання все ж виникло, слід негайно зняти маску, опустити головний кінець столу, видалити рідкий вміст відсмоктувачами, а тверді шматки їжі – марлевими тупферами або пальцем, нахилиючи голову хворого в сторону. Після звільнення дихальних шляхів слід продовжити подачу наркозу. Якщо блювання виникло на самому початку наркозу, операцію краще відкласти.

Закупорка дихальних шляхів може наступити 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 проявляється припиненням дихання і ціанозом. При недостатньому досвіді затримку дихання на початку наркозу можна прийняти за передозування анестетика.

У разі паралічу дихального центру необхідно відключити подачу наркотику, зробити інтубацію і почати штучне дихання. Релаксанти не вводять, так як м'язи дуже розслаблені. При відсутності спеціальних пристосувань і апаратури необхідно почати дихання за типом рот в рот. Стимулятори дихання треба застосовувати з обережністю, так як реакція на них, при важкій гіпоксії, може бути перекручена або бути відсутня. Штучне дихання слід продовжувати до повного відновлення дихання і зникнення ціанозу.

Порушення серцево-судинної діяльності. Найбільш грізне ускладнення – зупинка серця. Вона може статися в будь-який момент наркозу. Під час вступного наркозу вона виникає в результаті рефлекторних впливів і раптової важкої гіпоксії. В кінці наркозу і при виході з нього зупинка серця може бути пов'язана з важкою інтоксикацією міокарда наркотичними речовинами, пригніченням судинного центру, зменшенням об'єму циркулюючої крові. Необхідно своєчасно помітити і попередити погіршення серцевої діяльності, попередити зупинку серця, провісниками чого є різке почастишання 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 міокарда.

Матеріали для самоконтролю.

А. Завдання для самоконтролю:

1. Який вид знеболення передбачає використання гексеналу?

Варіанти відповіді:

- A. Для місцевого аплікаційного.
- B. Для місцевого провідникового.
- C. Для загального інгаляційного.
- D. Для загального внутрішньовенного.
- E. Для загального прямокишкового.

Правильна відповідь:

- D. Для загального внутрішньовенного.
2. Для класичної нейрорептанальгезії використовують:

Варіанти відповіді:

- A. Фентаніл з дроперідолом.
B. Аміназин з дроперідолом.
C. Омнопон з аміназином.
D. Діазепам з піпольфеном.
E. Тіопентал натрію з супрастином.

Правильна відповідь:

- A. Фентаніл з дроперідолом.

3. Вкажіть мінімальну кількість приміщень яка необхідна для організації хірургічного кабінету в стоматологічній клініці?

Варіанти відповіді:

- A. Приміщення для очікування прийому, стерилізаційна, передопераційна, операційна, автоклавна, кімната медперсоналу.
B. Стерилізаційна, передопераційна, операційна.
C. Стерилізаційна, передопераційна, операційна, автоклавна, кімната медперсоналу.
D. Приміщення для очікування прийому, стерилізаційна, передопераційна, операційна, автоклавна.
E. Приміщення для очікування прийому, стерилізаційна, операційна.

Правильна відповідь:

- B. Стерилізаційна, передопераційна, операційна.

4. Пацієнт Б., скаржиться на утруднення відкривання рота і обмеження рухів нижньої щелепи. Об'єктивно: рот відкривається на 0,5 см. З анамнезу відомо: страждає протягом 10 років. Діагностовано: «Кістковий анкілоз лівого СНЦС». Планується реконструктивна операція на нижній щелепі. Який метод знеболення доцільно застосувати?

Варіанти відповіді:

- A. Масковий наркоз.
B. Місцева анестезія.
C. Місцеве потенційоване знеболення.
D. Внутрішньовенний наркоз.
E. Ендотрахеальний наркоз через трахеостому.

Правильна відповідь:

- E. Ендотрахеальний наркоз через трахеостому.

5. Під час надання стоматологічної допомоги пацієнту, інфікованому ВІЛ інфекцією, лікарю випадково попала в око суміш рідини з порожнини рота пацієнта. Які дії лікаря в першу чергу?

Варіанти відповіді:

- A. Промити око великою кількістю води.
B. Промити око 2% розчином борної кислоти.

- C. Промити око слабким розчином лугу.
- D. Промити око ізотонічним розчином.
- E. Закапати око 1% розчином атропіну.

Правильна відповідь:

- V. Промити око 2% розчином борної кислоти.
6. При виконанні маніпуляції медсестра випадково переплутала пляшечки з анестетиком і фізіологічним розчином. Який тест дозволить визначити де новокаїн?

Варіанти відповіді:

- A. Проба з перманганатом калію.
- B. Проба з розчином перекису водню.
- C. Проба з розчином фурациліна.
- D. Проба з метиловим синім.
- E. Проба з дистильованою водою.

Правильна відповідь:

- A. Проба з перманганатом калію.
7. При завершенні ремонтних робіт у стоматологічному кабінеті вирішено освітлювати його люмінесцентними лампами. Яким має бути рівень освітленості кабінету в люксах?

Варіанти відповіді:

- A. 100 лк.
- B. 200 лк.
- C. 300 лк.
- D. 400 лк.
- E. 500 лк.

Правильна відповідь:

- E. 500 лк.
8. У новому мікрорайоні відкривається стоматологічна поліклініка. Планується організація стоматологічного кабінету на 3 крісла. Які вимоги до загальної площі приміщення?

Варіанти відповіді:

- A. Не менше 21 м².
- B. Не менше 28 м².
- C. Не менше 30 м².
- D. Не менше 42 м².
- E. Не менше 118 м².

Правильна відповідь:

- B. Не менше 28 м².
9. Як повинна проводитись обробка інструментарію, що використовувався для лікування пацієнта з ВІЛ інфекцією?

Варіанти відповіді:

- A. Автоклавування протягом двох годин.

- В. Вдвічі збільшити час стерилізації.
- С. Вдвічі збільшити експозицію в дезрозчині.
- Д. Знищити інструменти.
- Е. За спеціальною схемою.

Правильна відповідь:

Е. За спеціальною схемою.

10. У пацієнтки В., 23 років утруднене прорізування зуба 3.8. Має 22 тижні вагітності. В які строки вагітності проведення хірургічних маніпуляцій небажано?

Варіанти відповіді:

- А. 1 - 8 тиждень і 28 - 36 тиждень.
- В. 20 - 25 тиждень і 27 - 32 тиждень.
- С. 16-24 тиждень і 32 - 36 тиждень.
- Д. 8 - 16 тиждень і 23 - 26 тиждень.
- Е. 24 -28 тиждень і 29 - 36 тиждень.

Правильна відповідь:

А. 1 - 8 тиждень і 28 - 36 тиждень.

Б. Задачі для самоконтролю.

Задача 1.

Пацієнт, 47 років, звернувся зі скаргами на набряк лівої привушної області, погане відкривання рота, норицю. Об'єктивно: асиметрія обличчя за рахунок розлитого інфільтрату лівої привушної області, який має дерев'янисту щільність і горбисту поверхню. В межах інфільтрату визначається нориця з серозно-гнійним вмістом з домішками крихтоподібного гною, шкіра навколо нориці червоно-фіолетова. Відкривання рота обмежене до 2 см, безболісне. Призначте дообстеження пацієнту.

Варіанти відповіді:

- А. Рентгенографія нижньої щелепи.
- В. Бактеріологічне дослідження.
- С. Мікроскопія. Шкірно-алергічна реакція.
- Д. Контрастна рентгенографія.
- Е. Термовізіографія.

Правильна відповідь:

С. Мікроскопія. Шкірно-алергічна реакція.

Алгоритм рішення:

За даними об'єктивного обстеження (асиметрія обличчя за рахунок розлитого **інфільтрату** лівої привушної області, який має **дерев'янисту щільність** і горбисту поверхню; в межах інфільтрату – нориця з серозно-гнійним вмістом з домішками **крихтоподібного гною**, шкіра навколо нориці **червоно-фіолетова**; відкривання рота обмежене до 2 см, безболісне) можна припустити діагноз «Актиномікоз». Для уточнення діагнозу слід провести мікроскопічне дослідження та шкірно-алергічну реакцію.

Задача 2.

Хірург перед оперативним втручанням помив руки впродовж хвилини під проточною водою з милом. Потім по 3 хвилини мив руки серветками по черзі в двох тазах з 0,5% розчином нашатирного спирту, після чого висушив їх стерильною серветкою і обробив 96% розчином спирту упродовж 3 хвилин. Який метод обробки рук застосував хірург?

Варіанти відповіді:

- A. Фюрбрінгера.
- B. Альфельда.
- C. Заблудовського.
- D. Бруна.
- E. Спасокукоцького-Кочергіна.

Правильна відповідь:

- E. Спасокукоцького-Кочергіна

Алгоритм рішення:

В умовах задачі наведений метод обробки рук хірургі за методом Спасокукоцького-Кочергіна.

Задача 3.

Чоловік, 31 року, звернувся до поліклініки зі скаргами на періодичні болі в області 4.8 зубу впродовж 4-х років. Об'єктивно: підщелепні лімфовузли справа збільшені, безболісні. Слизова оболонка в області 4.8 зубу, який частково прорізався, гіперемована. Під час зондування підясеневої кишені 4.8 зубу витікає крапля гною з кров'ю. Який додатковий метод обстеження найінформативніший при даній патології?

Варіанти відповіді:

- A. Аналіз крові.
- B. Вимірювання електрозбудження зубу.
- C. Рентгенографічне дослідження.
- D. Аналіз крові та сечі.
- E. Контрастна рентгенографія.

Правильна відповідь:

- C. Рентгенографічне дослідження

Алгоритм рішення:

Враховуючі дані об'єктивного обстеження (підщелепні лімфовузли справа збільшені, безболісні; слизова оболонка в області 4.8 зубу, який частково прорізався, гіперемована; під час зондування підясеневої кишені 4.8 зубу витікає крапля гною з кров'ю) можна припустити діагноз «Напівретенція 4.8. Гострий гнійний перікороніт». Для уточнення діагнозу слід провести рентгенографічне дослідження.

Задача 4.

Батьки пацієнта, 19 років, з синдромом Дауна звернулися для санації порожнини рота у сина. Після огляду, із значними труднощами, лікар встановив, що пацієнтові необхідно лікувати множинний середній карієс та видалити п'ять зруйнованих зубів з приводу хронічного періодонтиту.

1. Консультація якого лікаря потрібна?

2. Який вид та спосіб знеболення Ви оберете для проведення санації порожнини рота в один сеанс?

Алгоритм відповіді:

1. Анестезіолога.
2. Багатокомпонентний наркоз (інгаляційний та внутрішньовенний).

Задача 5.

Пацієнтові, 38 років, має бути проведена операція половинної прокольної резекції язика справа та однобічної превентивної операції на лімфатичному апараті шиї справа.

1. Який вид та спосіб наркозу має бути проведений з урахуванням оперативного втручання та курації пацієнта у післяопераційному періоді?

Алгоритм відповіді:

Загальне знеболення слід проводити ендотрахеально з ендоназальною інкубацією, або через трахеостому (бажано).

ЛІТЕРАТУРА.

ОСНОВНА:

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник / [В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін.] — К. : ЛОГОС, 2011. У 2 т. — Т. 1. — 669 с.
2. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник / [В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін.] — К. : ЛОГОС, 2011. У 2 т. — Т. 2. — 606 с.
3. Бернадський Ю. Й. Основи щелепно-лицевої хірургії і хірургічної стоматології : навчальний посібник / Ю. Й. Бернадський. — К : «Спалах», 2003. — 512 с.
4. Бернадський Ю. І. Травматологія і відновна хірургія черепно-щелепно-лицевої ділянки: [навч. посіб. 3-є изд., Перераб. і доп.] / Ю. І. Бернадський. - М.: Медицина, 2003. - 456 с
5. Тимофєєв О. О. Щелепно-лицева хірургія: підручник / О. О. Тимофєєв. - К.: ВСВ "Медицина", 2011. - 752 с. + 40 с. кольор. вкл.

ДОДАТКОВА:

1. Клінічна оперативна щелепно-лицьова хірургія: Керівництво для лікарів / За ред. проф. В. Н. Баліна і проф. Н. М. Александрова. 4-е изд., Доп. і испр. - СПб. : СпецЛит, 2005. - 221 с.
2. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: Національне керівництво / За ред. А. А. Кулакова, Т. Г. Робустовой, А. І. Неробеева. - М.: Медицина, 2010. - 982 с.

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

ЗАТВЕРДЖЕНО
на засіданні кафедри хірургічної стоматології
та клінічних дисциплін
Завідувач кафедри
к. мед. н., доц. Гема-Багіна Н. М.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

Курс V; Факультет Стоматологічний

Навчальна дисципліна: Хірургічна стоматологія

Субординатура

Тема № 2. Провідникове знеболювання верхньої і нижньої щелеп, прилеглих м'яких тканин. Аплікаційне і інфільтраційне знеболювання м'яких тканин щелепно-лищевої ділянки. Серцево-легенева реанімація. Фізіотерапія ускладнень, пов'язаних із знеболенням.

1. Актуальність теми: Необхідність знань методів місцевого знеболювання зумовлена тим, що більшість операцій в умовах поліклініки здійснюється за сучасними методиками проведення місцевого знеболення. Майбутній лікар повинен бездоганно володіти цими методами для того, щоб попереджати можливі ускладнення місцевого і загального характеру.

2. Конкретні цілі:

- 2.1. Аналізувати можливості вибору певного методу проведення місцевого знеболення.
- 2.2. Пояснювати механізм болю і знеболення.
- 2.3. Запропонувати визначення поняття «місцеве знеболення».
- 2.4. Класифікувати види місцевого знеболення.
- 2.5. Трактувати методики проведення місцевого знеболення в клініці хірургічної стоматології.
- 2.6. Малювати схему механізму дії місцевих анестетиків.
- 2.7. Проаналізувати дію місцевих анестетиків різних хімічних груп.
- 2.8. Скласти план проведення серцево-легеневої реанімації.

3. Базові знання, вміння, 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-лицевої ділянки при проведенні місцевого знеболення.
3. Фармакологія	Описувати фармакокінетику і фармакодинаміку, показання та протипоказання до застосування місцевих анестетиків, особливо сучасних препаратів для місцевого знеболення.
4. Патологічна фізіологія.	Описувати механізми виникнення болю і переривання больової імпульсації.
5. Пропедевтика внутрішніх хвороб.	Скласти схему серцево-легеневої реанімації.

4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття.

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
1	2
Анестезія	Повна втрата чутливості тіла або його частини в зв'язку з втратою провідності чутливого нервового імпульсу в нервах на різному рівні.
Повна анестезія	Блок всіх видів чутливості.
Часткова анестезія	Блок певного виду чутливості.
Аналгезія	Відсутність відчуття болю.
Місцева анестезія	вид знеболювання, при якому спостерігається втрата чутливості певної частини тіла в

	результаті блокування передачі нервового імпульсу.
Анестетики	Лікарські речовини, які можуть викликати анестезію.
Місцеві анестетики	Лікарські речовини, що блокують відчуття болю в обмеженій області.
Інфільтраційна анестезія	Місцева анестезія, що блокує місцевим анестетиком передачу нервового імпульсу на рівні больових рецепторів і нервових гілок.
Провідникова анестезія	Місцева анестезія, що блокує передачу нервового імпульсу на рівні стовбура нерва або нервових сплетінь.
Потенційоване місцеве знеболення	Місцева анестезія на тлі премедикації пацієнта.
Стовбурова анестезія	Місцева анестезія, яка блокує головний ствол n. maxillaris в крилопіднебінній ямці або n. mandibularis в підскроневій ямці.
Трагоорбітальна лінія	лінія, яка проведена від основи козелка вуха до нижнього зовнішнього кута очниці.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Дайте визначення місцевого знеболювання. Назвіть класифікацію місцевого знеболювання в стоматології.
2. Які існують показання та протипоказання до місцевого знеболення?
3. Назвіть засоби для місцевого знеболювання, 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 знеболювання в стоматології? Назвіть показання до їх застосування.
7. Які місцеві анестетики належать до групи складних ефірів?
8. Які місцеві анестетики належать до групи амідів?
9. Які місцеві та загальні ускладнення виникають під час і після місцевого знеболювання?
10. Назвіть топографо-анатомічні особливості будови крилопіднебінної ямки, верхньощелепного нерва та його гілок, особливості їх іннервації в щелепно-лицевій ділянці.

4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Прийом і курація пацієнтів в хірургічному відділенні стоматологічної поліклініки та у відділенні щелепно-лицевої хірургії під керівництвом викладача.
2. Зібрати анамнез, провести клінічне обстеження, поставити попередній діагноз у куріруємого пацієнта.

3. Вибрати інструментальне та медикаментозне оснащення місцевого знеболення для пацієнта.
4. Вибрати місцеву анестезію для проведення оперативного втручання на верхній чи нижній щелепи.
5. Виконати за показаннями місцеву анестезію на верхній або нижній щелепи у пацієнта під керівництвом викладача.
6. Оформити медичну документацію хірурга-стоматолога (історію хвороби пацієнта) під керівництвом викладача.
7. Вибрати місцевий анестетик й інструментарій для виконання крилопіднебінної анестезії та проведення оперативного втручання на верхній щелепі у пацієнта за показаннями.
8. Виконати крилопіднебінну анестезію у пацієнта під керівництвом викладача.
9. Надати невідкладну медичну допомогу пацієнту за показаннями при місцевих і загальних ускладненнях місцевого знеболювання під керівництвом викладача.

Зміст теми:

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

- біль – це своєрідний психологічний стан людини, що визначається сукупністю фізіологічних процесів у ЦНС, викликаних будь-яким надсильним або руйнівним подразником (П. К. Анохін 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 існуючими або потенційним пошкодженням тканин, або виникає під час такого пошкодження.

Больовий вплив викликає різні відчуття, що характеризують ознаки болю: сенсорна якість болю (гострий, тупий), інтенсивність (високої або низької інтенсивності), його локалізація (локалізований, ірадіюючий). Емоційні і рухові (моторні) прояви болю у пацієнта помітні відразу.

Біль, з урахуванням анатомічних критеріїв, класифікується як: рецепторний (поверхневий, глибокий); проточний (деафферентаційний, кореневий, сплетеневий, каузальгичний, фантомний, невралгія); центральний, органічний (таламічний, корковий) і функціональний (психогенний). У зарубіжній літературі біль поділяється на дві групи: ноцицептивний та невропатичний.

У структурі болю виділяють п'ять основних компонентів:

- перцептуальний компонент, що дозволяє визначити місце ушкодження;
- емоційно-афективний компонент, що відображає психоемоційну реакцію на пошкодження;
- вегетативний компонент, пов'язаний з рефлекторною зміною тону симпатoadреналової системи;

- руховий компонент, спрямований на усунення дії пошкоджуючих стимулів;
- когнітивний компонент, який бере участь у формуванні суб'єктивного ставлення до випробовуваного в даний момент болю на основі накопиченого досвіду.

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

Психогенна катехоламінемія лежить в основі психологічного чинника болю, який залежить від психологічних і соціальних факторів, що оточують пацієнта (емоційний стан особистості, навколишня ситуація). Психогенний біль – феномен, утворений інтеграцією анатомічного, фізіологічного, психологічного компонентів, кожен з яких має власну структуру.

Залежно від причини виникнення існують три види фізіологічного болю: 1) біль, що локалізується в області шкіри та слизової оболонки і виникає у відповідь на зовнішній подразник; 2) біль, що локалізується від внутрішніх патологічних процесів; 3) біль, що локалізується і розповсюджується з пошкодженої нервової системи та її афферентного апарату (фантомний біль, невралгія, каузалгія). Існують симптоматичні болі (соматалгія, симпаталгія), які виникають при різних патологічних станах в органах і тканинах у зв'язку з подразненням чутливих волокон (соматичних і вегетативних). Відповідно до гіпотези Г. Лабора (1970), зубний біль, можливо, формується за участю серотоніну за схемою: надпорогове подразнення тканин зуба призводить до виникнення нервового імпульсу, вивільненню серотоніну, спазму судин мозку (короткочасне оборотне погіршення кровопостачання локальної ділянки мозку), церебральної гіпоксії та, нарешті, до болю, який виникає у пацієнта.

Зубний біль – один з найбільш нестерпних, що обумовлено змішаною іннервацією (соматичної та вегетативної) зубів. Характер зубного болю залежить від глибини запального процесу та стадії його розвитку, тривалості перебігу захворювання та його причини.

Д.А. Фелейс (1999) диференціює зубний біль на одонтогенний (пульпітний, періапикальний, гетеротопічний) й неодонтогенний (біль, обумовлений патологією верхньощелепної пазухи і слизової оболонки; міофасціальний; нейропатичний; судинний; кардіальний; психогенний).

За даними С. А. Рабиновича і Е. В. Зорян (2000), особливості зубного болю визначаються характером патологічного процесу, а характер болю, при ураженні твердих тканин зуба, залежить від глибини процесу. При поверхневому карієсі (коли дефект неглибокий) біль короткочасна (виникає під впливом температурних і хімічних подразників); при середньому карієсі (коли уражається дентин) біль більш тривалий (зникає після усунення подразнюючого фактору); 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 болю, які відповідають трьом тканинам, розташованим на трьох поверххах зуба: дентинний біль, пульповий (пульпітний) і періодонтальний (періодонтитний). На думку автора, дентинний біль несильний, викликається прямим

осмотичним (солодке), термічним (холод) й механічним (тиском щільним предметом – зонд, їжа) впливом на відкритий дентин.

Пульпітний біль (глибокий, соматичний, вісцеральний) складніше визначити, чим периапикальний або періодонтальний (глибокий, соматичний, м'язово-скелетний), який може бути локалізований більш точно.

Для періодонтиту характерний постійний біль, інтенсивність якого залежить від стадії запального процесу. Гострий періодонтит супроводжується сильним гострим болем, часто локалізується в ураженому зубі. Біль виникає при накушуванні на зуб, іноді пальпуються збільшені й болісні підніжньощелепні лімфатичні вузли.

При хронічному періодонтиті спостерігається постійний біль, що розпирає, в області ураженого зуба, деякі форми періодонтиту перебігають безсимптомно. Однак хронічний періодонтит в стадії загострення за клінічною картиною має схожість з гострим періодонтитом.

Періодонтальний біль розвивається на основі імпульсів, які надходять з периапикальної області, де локалізуються механорецептори. В іннервації періодонта беруть участь нервові волокна великого діаметра з механорецепторами, у яких низький поріг чутливості; механорецептори, що іннервуються тонкими мієліновими (А) волокнами; вільні нервові закінчення. Тому періодонт сприймає больові та 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 болі 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 мієліновими волокнами, тому уколу голок є завжди болісним.

Місцева анестезія передбачає знеболювання тканин операційного поля без виключення свідомості пацієнта, коли вплив здійснюється на периферичні механізми сприйняття і проведення больового подразнення, тобто на периферичні відділи нервової системи.

Адекватна місцева анестезія та широке застосування премедикації знижує емоційний стрес у пацієнта й ефективно впливає на чотири компоненти больової реакції: сенсорний, емоційний, вегетативний і руховий. Психофізіологічний комфорт, створений лікарем для пацієнта, заснований на сучасних технологіях і вдосконаленні знеболювання в стоматології.

Місцева анестезія в стоматології набула широкого поширення і вирішує одну з головних проблем медицини – боротьбу з болем.

У стоматології ефективність місцевого знеболювання в останні роки зросла до 90-97%, знизилася кількість місцевих і загальних ускладнень завдяки їх профілактиці, а також застосування сучасних засобів і способів анестезії.

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

Механізм місцевого знеболювання. Відповідно класичним уявленням місцеві анестетики впливають на функціональний стан чутливих нервових закінчень і провідників, змінюючи їх збудливість і провідність. При цьому в нервовій тканині розвивається зворотний процес парабіотичного гальмування, яке перешкоджає проходженню по ньому імпульсів.

На сьогоднішній день 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.

Сприйнятливність нейронів до дії місцевих анестетиків неоднакова. До цих препаратів найбільш чутливі немієлінізовані й тонкі мієлінізовані нервові волокна. Чим товщий нервовий стовбур, тим гірше він піддається знеболенню. В результаті анестетики викликають зворотну тимчасову втрату відчуття болю, холоду, тепла і, в останню чергу, тиску. Мієлінізовані волокна, які йдуть до скелетних м'язів, тактильних рецепторів і пропріорецепторів, стійкі до дії місцевих анестетиків. Цим пояснюється відчуття тиску на тканини під час операції навіть при добре проведеному місцевому знеболюванні.

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 поверхневе знеболювання використовується для анестезії ранових поверхонь і слизових оболонок. З цією метою можна застосовувати 10% лідокаїн в аерозолі.

У стоматологічній практиці для термінальної і провідникової анестезії використовують новокаїн, лідокаїн, мепівакаїн, прилокаїн, бупивакаїн, етідокаїн, артикаїн в концентрації 1-4%, в невеликих обсягах. Для проведення анестезії методом тугого повзучого інфільтрату потрібні великі обсяги розчинів місцевих анестетиків маленької (0,25-0,5%) концентрації.

Для проведення інтралігаментарної анестезії потрібні маленькі обсяги (0,2-0,3 мл) анестетиків, але при цьому застосовують найбільш активні препарати: лідокаїн, мепівакаїн, артикаїн.

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

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

В даний час найбільш широко використовуються дві групи місцевих анестетиків – ефіри (новокаїн) і аміди (лідокаїн, бупівакаїн, ропівакаїн).

Місцевоанестезуючі засоби за хімічною структурою поділяють на дві групи: складні ефіри (новокаїн, анестезин і ін.) і аміди (лідокаїн, трімекаїн, мепівакаїн, етідокаїн, бупівакаїн, артікаїн та ін.).

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

Головними перевагами анестетиків групи амідів є те, що вони краще дифундують в тканини в місці ін'єкції, швидше діють, мають велику зону анестезії й більш тісний контакт з тканинами, що перешкоджає надходженню місцевого анестетика в кров. Місцеві анестетики групи амідів повільніше інактивуються в організмі, не руйнуються холінестеразою крові, мають більш тривалу дію.

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

За тривалістю дії анестетики діляться на: короткої дії (хлоретіл, Фармат, піромекаїн, анестезин); нетривалої дії (новокаїн, трімекаїн); середньої тривалості (прилокаїн, лідокаїн, мепівакаїн, артікаїн); довготривалі (бупівакаїн, етідокаїн).

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

Перед проведенням місцевої анестезії необхідно зібрати наступні анамнестичні дані:

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

Вазоконстриктори. Протягом всієї історії місцевої анестезії дослідники намагалися знайти способи її подовження й поглиблення, без збільшення ступеня ризику. Найбільш популярними стали методи додавання вазоконстрикторів до місцевих анестетиків.

У такій густо васкуляризованій області, як порожнина рота, судинорозширювальний ефект більшості місцевих анестетиків з одного боку прискорює їх всмоктування з місця ін'єкції, а з іншого – збільшує небезпеку кровотечі. Тому майже одночасно з вивченням місцевих анестетиків розвивалося й вчення про способи посилення і пролонгування їх дії.

З судинозвужувальних препаратів в місцевоанестезуючих розчинах, застосовуються:

- а) адреналін – гормон мозкового шару надниркових залоз;
- б) норадреналін – медіатор симпатичного відділу вегетативної нервової системи;
- в) левонордефрін – синтетичний адреноміметичний препарат, який впливає на альфа-адренорецептори;
- г) вазопресин – гормон задньої частини гіпофіза;

д) феліпресин – синтетичний аналог вазопресину.

Протипоказано застосування судинозвужувальних засобів в анестезуючих розчинах при наступних станах:

- у хворих з декопенсованими формами серцево-судинної патології;
- з ендокринною патологією (тиреотоксикоз, цукровий діабет);
- у пацієнтів, які приймають інгібітори MAO, тріциклічні антидепресанти, гормони щитоподібної залози, засоби, які блокують бета-адренорецептори;
- у осіб із супутньою патологією (серцево-судинна, ендокринна і ін.)

Їх використовують після премедикації з дотриманням всіх профілактичних заходів проти внутрішньосудинного введення і в мінімальній концентрації (1: 300000, 1: 200000).

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

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

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

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

- за необхідності пролонгації й поглиблення анестезії (препарування твердих тканин, депульпування зуба, втручання на тканинах під час запалення);
 - у осіб із супутньою патологією (серцево-судинною, ендокринною та ін.)
- Після премедикації з дотриманням всіх профілактичних заходів проти внутрішньосудинного введення;
- в 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 знеболювання 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 знеболювання.

Премедикація – це введення одного або декількох медикаментів в передопераційному періоді з метою полегшення анестезії або аналгезії і звести до мінімуму ризик ускладнень. Завдання премедикації, як компонента знеболювання, – забезпечення седативного ефекту, гальмування небажаних рефлекторних реакцій, пригнічення секреції слизової оболонки дихальних шляхів.

Найбільш поширеними і широко вживаними в якості седативних засобів для премедикації в амбулаторній стоматології є транквілізатори бензодіазепінового ряду: діазепам (седуксен, сибазон, реланіум) - 0,005-0,01; оксазепам (тазепам) - 0,01; феназепам - 0,0005-0,001; еленіум - 0,01. У деяких випадках використовуються їх комбінації. Ці препарати малотоксичні, швидко всмоктуються і швидко виводяться з організму нирками, не даючи тривалого післядії.

Чутлива іннервація зубів, щелеп, м'яких тканин ротової порожнини і обличчя здійснюється майже повністю трійчастим нервом. Він змішаний по функції. Перші чутливі нейрони знаходяться у 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 мосту. Тут волокна чутливого корінця Т-подібно поділяються, утворюючи висхідну і спадну гілочки.

Від напівмісяцевого вузла (*gangl. Semilunare*), розташованого в *impressiones 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) нижньощелепний 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 pterigopalatina*), де віддає від свого верхнього краю виличний нерв (*n. zygomaticus*) і трохи наперед від свого нижнього краю крилопіднебінні нерви (*nn. pterygopalatini*). Далі він проходить косо вперед і назовні, прямуючи через нижню орбітальну щілину (*fissura orbitalis inferior*) в підочноямкову борозну (*sulcus infraorbitalis*).

В області підочноямкової борозни і каналу (*canalis infraorbitalis*) гілка називається вже підочноямковим нервом (*n. infraorbitalis*). Підочноямковим нерв, вийшовши з підочноямкового отвору в ікловій ямці, розділяється на свої кінцеві гілочки, утворюючи малу гусячу лапку (*pes anserinus minor*). Ці гілочки розгалужуються в області відповідної половини верхньої губи (шкіри та слизової оболонки), нижньої повіки, крил носа і шкірної частини перегородки носа.

Ще в крилопіднебінній ямці, перед самим входом підочного нерва в орбіту, від нього в кількості двох-трьох, рідше чотирьох, гілочок відходять верхні задні альвеолярні гілки (*rami alveolares superiores posteriores*). Вони йдуть по бугра 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 підочномкової борозни від підочного 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 виличний нерв (*n. zygomaticus*), який через нижню очномкову щілину потрапляє в очну ямку і проходячи крізь *foramen zygomatico-orbitale* розділяється далі на вилично-лицеву (*n. zygomatico-facialis*) і вилично-скроневу (*n. zygomatico-temporalis*) гілочки. Вилично-лицева гілочка виходить крізь однойменний отвір на передню поверхню виличної кістки, віддає гілочки до зовнішнього кута ока, шкіри верхньої частини щоки. Вилично-скронева гілочка виходить з очниці через однойменний отвір, проходить крізь скроневий м'яз і його фасцію, іннервує шкіру скроневої і задньої частини лобової області.

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

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

Парасимпатичні волокна в складі верхнього великого кам'янистого нерва (*n. petrosus superficialis major*) відходять від колінного вузла (*ganglion geniculi*) лицевого 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 цих нерва з'єднуються, утворюючи нерв крилоподібного каналу (*n. canalis pterygoidei*) і в 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 основопіднебінних 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 носопіднебінний отвір (*foramen sphenopalatinum*) і поділяються на зовнішні гілки (*rami laterales*), які розгалужуються в слизовій

оболонці верхньої і середньої 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 піднебіння, іннервує слизову оболонку в передньому його відділі.

Центральне (стовбурове) провідникове знеболювання другої гілки трійчастого нерва (n. maxillaris) в крило-піднебінній ямці (крилопіднебінна анестезія).

Цільовий пункт: крилопіднебінна ямка.

Анатомічні передумови: крилопіднебінна ямка лежить в глибині між верхньою щелепою і крилоподібним відростком клиноподібної кістки (os sphenoidale), досередини від підскроневої ямки. З підскроневої ямкою вона з'єднується широкою нагорі і вузькою знизу крилопіднебінною або серпоподібною вирізкою (fissura semilunare).

Передню стінку крилопіднебінної ямки утворює медіальний край поверхні тіла верхньої щелепи і очноямковий відросток піднебінної кістки. Внутрішньою стінкою крилопіднебінної ямки є зовнішня поверхня вертикальної пластинки піднебінної кістки. Зверху 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 вузької – прямує донизу і переходить у великий піднебінний канал.

Крилопіднебінна ямка сполучається спереду через нижню очноямкову щілину з порожниною очниці, а через підочну борозну, канал і отвір – з передньою поверхнею лицевого черепа. У верхньому відділі задньої стінки відкривається круглий отвір, який з'єднує крилопіднебінну ямку з порожниною черепа. Через великий піднебінний канал і великий піднебінний отвір крилопіднебінна ямка сполучається з порожниною рота, а через серпоподібну щілину – з підскроневої ямкою.

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

Для проведення анестезії біля круглого отвору використовують 6 шляхів:

а) піднебінний (палатинальний); б) бугорний (туберальний); в) очноямковий (орбітальний); г) підвилично-крилоподібний; д) надвиличний; е) під виличний.

При центральному знеболенні верхньощелепного нерва анестезуючий розчин доцільно доводити не до круглого отвору, а тільки в крилопіднебінну ямку тому, що крилопіднебінна ямка значно більше, ніж круглий отвір і, природно, більш доступна для ін'єкційної голки. Проникнення голки в крилопіднебінну 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 крилопіднебінна ямка сполучається 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 піднебінням. Проекція великого піднебінного отвору на слизову оболонку твердого піднебіння знаходиться на перетині двох ліній. Трансверзальна лінія проходить на рівні середини коронки третього моляра, а при його відсутності – до заду від другого моляра, або на 0,5 см до переду від заднього краю твердого піднебіння. При відсутності зубів орієнтуються на межу між твердим і м'яким піднебінням. Відстань від неї до великого піднебінного отвору 0,5 см. Парасагітальна пряма проходить на 0,5- 0,7 см медіальніше осі альвеолярного відростка верхньої щелепи. У проекції великого піднебінного отвору є невелика втягнутість на слизовій оболонці м'якого піднебіння.

Перед проведенням анестезії слизову оболонку в місці уколу голки обробляють розчином антисептика. При закинутій назад голові і широко відкритому роті хворого голку довжиною 5 см вводять в ділянку на 1 см до переду і всередину (тобто, відступивши до середньої лінії) від проекції великого піднебінного отвору на слизову оболонку м'якого піднебіння. Голка просувається в напрямку знизу вгору, спереду назад, зсередини назовні, потрапляє в великий піднебінний отвір і переміщується 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 у всій області іннервації верхньощелепного нерва. За даними С. Вайсблата великий піднебінний канал в 6% непрохідний.

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

Туберальний шлях (по Матас-Брауну) крилопіднебінної анестезії. Для проведення крилопіднебінної анестезії позаротовим методом туберальним шляхом справа, голову пацієнта повертають вліво, а при операції зліва – вправо. Розчин анестетика слід довести до середини висоти серпоподібної щілини крилопіднебінної ямки. Щоб більш точно встановити цю точку, потрібно орієнтуватися на висоту виличної кістки між її передньо-нижнім кутом і нижньо-зовнішнім краєм очниці.

Перед тим як просувати голку від верхньощелепного бугра до місця цільового пункту при ін'єкції з правого боку вказівний палець лівої руки підводиться на латеральну половину нижнього краю очниці, а великий палець – до нижнього виличного кутка. При проведенні ін'єкції з лівого боку великий палець підводиться до латеральної половині нижнього краю очниці, а вказівний – до нижнього виличного кутка і, таким чином, встановлюється висота виличної кістки між цими пунктами. При цьому верхня межа вказує на рівень круглого отвору, а нижня межа – на нижній відділ крилопіднебінної ямки. Довжина голки повинна бути 6-8 см. Шкіру в місці уколу голки обробляють розчином антисептика. Уколу голки здійснюють

ззаду нижнього кута виличної кістки. Голку просувають весь час в тісному контакті з задньою поверхнею верхньої щелепи спереду-назад, знизу-вгору і ззовні-досередини. На глибині 5-6 см голка проходить через серпоподібну щілину і потрапляє в крилопіднебінну ямку. Для успішного і безпечного проведення анестезії цим шляхом необхідно, щоб гострий кінець голки біля цільового пункту знаходився в проекції середини висоти виличної кістки. Зріз голки повинен бути спрямований до кістки.

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

Очноямковий (орбітальний) шлях крилопіднебінної анестезії по Вайсблату С.Н. Вказівним пальцем лівої руки намагаються нижній край очниці і фіксують місце вкола голки, яке знаходиться на 2-3 мм медіальніше середини нижньоорбітального краю. Шкіру в місці уколу обробляють розчином антисептика. Проколюють шкіру над кістковою ділянкою передньої поверхні нижньоорбітального краю і випускають невелику кількість анестезуючого розчину. Потім кінець голки, піднімаючись вгору, огинає нижній край очниці і просувається вглиб очниці. При цьому шприц піднімають вгору, відсуваючи вгору очне яблуко і судинно-нервовий пучок і примушують голку ковзати уздовж кістки по нижній стінці очниці, випускаючи невеликими порціями місцевий анестетик. Голку просувають лише в крилопіднебінну ямку. Голку в орбіту занурюють на 3-3,5 см, і вводять 2-3 мл знеболюючого розчину.

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

Підвилично-крилоподібний шлях крилопіднебінної анестезії по Вайсблату С.Н. Крилопіднебінна ямка розташована в одній сагітальній площині й попереду від зовнішньої пластинки крилоподібного відростка клиноподібної кістки. На цій підставі для визначення місця уколу голки запропоновано користуватися трагоорбітальної лінією.

Трагоорбітальну лінію будують за допомогою великого і вказівного пальців лівої руки. Цими пальцями щільно охоплюють нижньозовнішній кут очниці і передньонижній кут виличної кістки, і з'єднують ці пункти прямовисною лінією. Стерильну лінійку кладуть уздовж лінії, яка з'єднує основу козелка вуха з центром побудованої прямовисної лінії. Визначають довжину і середину цієї відстані, яка завжди збігається не тільки з проекцією крилоподібного відростка клиноподібної кістки, але і з нижнім краєм виличної дуги.

У місці уколу голки шкіру обробляють розчином антисептика. Голку довжиною 6-8 см з міткою у вигляді стерильного шматочка гуми (марлі, вати, паперу, пробки) вколюють посередині трагоорбітальної лінії під нижнім краєм виличної дуги. Гострий кінець голки доводять до зовнішньої пластинки крилоподібного відростка клиноподібної кістки. Глибина цього пункту фіксується міткою. Потім голку наполовину висувають назовні і, повертаємо її гострий кінець наперед на 15-20°, знову погружаємо її вглиб на зазначену відстань до контакту голки з міткою на шкірі.

Ускладнення: можливість внесення інфекції, поломка голки.

Надвличний шлях крилопіднебінної анестезії за Вайсблатом С.Н. Будують трагоорбітальну лінію, місце вкола обробляють розчином антисептика. Голку довжиною 6-8см з міткою вколюють посередині трагоорбітальної лінії над верхнім краєм виличної 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 всередину на зазначену відстань на голці до контакту голки і мітки зі шкірою, де вводять 2 мл розчину анестетика.

Ускладнення: можливість внесення інфекції, поломка голки.

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

У передньому відділі підчочномкового каналу, до виходу нерва на передню поверхню верхньої щелепи, від підчного 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 верхню альвеолярне, або зубне сплетення (*plexus alveolaris s. dentalis superior*), Анастомозує з таким же сплетінням іншого боку. Від верхнього зубного сплетіння відходять гілочки до верхніх зубів (*rami dentalis superiores*), до ясен верхньої щелепи (*rami gingivales superiores*), до слизової оболонки і кісткових стінок верхньощелепної пазухи. Гілочки, котрі відходять від заднього відділу зубного сплетення, розгалужуються в області молярів, 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 піднебіння через великий (передній) піднебінний отвір (*foramen palatinum majus*), йде вперед, іннервує залози і слизову оболонку твердого та м'якого піднебіння, а також піднебінну поверхню ясен. У передньому відділі твердого піднебіння 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 піднебіння і ділянку мигдаликів.

Задній піднебінний нерв (*n. palatinus posterior*) виходить через один з малих піднебінних отворів, йде назад і іннервує слизову оболонку заднього відділу м'якого піднебіння. Задній піднебінний нерв містить рухові волокна, що іннервують м'яз, що піднімає м'яке піднебіння (*m. levator veli palatini*) і

непарний м'яз язичка (m. levator uvulae s.m. azygos), що йдуть від лицевого нерва до крилопіднебінного вузла в складі верхнього великого кам'янистого нерва.

ПЕРИФЕРИЧНІ ПРОВІДНИКОВІ АНЕСТЕЗІЇ НА ВЕРХНІЙ ЩЕЛЕПІ *Знеболювання біля бугра верхньої щелепи* (туберальна анестезія).

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

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

Необхідно також зважати на існування двох варіантів будови піднебіння, яке відіграє важливу роль при виборі місця уколу: укороченого і подовженого. Конфігурацію верхньої щелепи легко визначити при огляді ротової порожнини.

При укороченій формі піднебіння треті верхні моляри відсутні. Від вилично-альвеолярного гребеня йде крутий підйом по верхньощелепному бугру до крилопіднебінної ямки. Відстань від гребеня до крилопіднебінної ямки становить 2 см. Природно, що при такій довжині піднебіння уколу можна провести безпосередньо за першим верхнім моляром (уколу над першим верхнім моляром виключається, тому що для просування голки далі, слід обійти гребінь).

При подовженій формі піднебіння є треті верхні моляри, і, навіть, ділянка альвеолярного відростка за цими зубами. Відстань від вилично-альвеолярного гребеня до крилопіднебінної ямки, більше ніж 2 см. В цьому випадку уколу безпосередньо за першим верхнім моляром змусить ввести голку на більшу відстань: над другим і третім верхніми зубами і ділянкою альвеолярного відростка за ними. Знеболювання буде більш успішним, якщо уколу здійснити над другим або між другим і третім верхніми зубами.

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

Внутрішньоротовий спосіб. Анестезію виконують при напіввідкритому роті хворого. Кут рота з відповідної сторони відтягують шпателем. Вкол голки проводять в слизову оболонку на 0,5см нижче від перехідної складки

порожнини рота позаду вилично-альвеолярного гребеня на рівні другого верхнього моляра зрізом до кістки.

Голку просувають одночасно спереду назад, знизу вгору і ззовні усередину під кутом 45° , огинаючи опуклу частину верхньої щелепи в області її бугра. На всьому шляху просування голки, слід випускати трохи знеболюючого розчину для розсування тканин й уникання пошкодження судин, 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 судина поранена, то в шприці з'явиться кров). При зануренні голки вглиб на 18-25 мм вводять 2 мл знеболюючого розчину. Анестезія настає через 7-8 хвилин.

Цей спосіб описаний у всіх підручниках. Однак з появою одноразових шприців і голок значно збільшилася кількість ускладнень – забугорних гематом, обумовлених, в першу чергу, гостротою скоса і товщиною голок. У зв'язку з цим ми рекомендуємо для виконання інтраоральної туберальної анестезії користуватися лише голками для карпульних шприців. Укол голки слід робити на рівні третіх верхніх молярів в межу між нерухою і рухою слизовою оболонкою і просувати голку до бугра щелепи не більше ніж на 8-10 мм (при цьому анестетик впорскується 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 вилично-альвеолярного гребеня, а великим – кут, який утворюється нижнім краєм виличної кістки і вилично-альвеолярним гребенем і задньою поверхню гребеня. При виконанні анестезії зліва великим пальцем намагаються передню поверхню вилично-альвеолярного гребеня, а вказівним кут, який утворюється нижнім краєм виличної кістки і вилично-альвеолярним гребенем і задньою поверхню гребеня. Фіксують м'які тканини. Уколу голки здійснюється під передньонижнім кутом виличної кістки. Голку просувають до бугра верхньої щелепи – догори, назад і всередину, під кутом 45° до сагітальної площини і 90° до франкфуртської горизонталі (лінія, яка з'єднує козелок вуха з основою крила носа) на глибину 2-2,5 см.

Зона знеболення: моляри верхньої щелепи, альвеолярний відросток і м'які тканини з зовнішньої сторони альвеолярного відростка в області цих зубів, стінки верхньої щелепи в області бугра. 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 із середньою верхньою альвеолярною гілкою.

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

Знеболювання біля підочного отвору (інфраорбітальна анестезія).

Цільовий пункт: підочний отвір – foramen infraorbitale.

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

Вводячи знеболювальну речовину в підочний отвір, переривають провідність верхніх передніх альвеолярних гілок, а також здебільшого верхніх середніх альвеолярних гілок. У той же час вимикаються волокна нерва, що виходять з підочного отвору і розгалужуються в м'яких тканинах обличчя.

Розташування підочного отвору визначають, користуючись певними розпізнавальними пунктами. На відстані близько 0,5см медіальніше середини нижнього краю орбіти можна намацати невеличке підвищення або нерівність, яка утворюється на місці з'єднання верхньої щелепи із виличною кісткою. На 0,4-1,3 см нижче від нього знаходиться підочний отвір.

Для знаходження отвору можна керуватися його розташуванням відносно до зубів. Цей отвір розміщено на вертикальній лінії, проведеній через другий верхній 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 нижньоорбітального краю.

Оскільки передні верхні альвеолярні гілки відходять від інфраорбітального нерва і проникають в товщу передньої стінки верхньої щелепи на відстані 7-8 мм від переднього отвору підочного каналу, а середня гілка – зазвичай в середньому або задньому його відділі, то для переривання в них больових імпульсів необхідно вводити анестетик безпосередньо в підочний канал. Для вірного виконання анестезії слід враховувати, що вісь переднього відрізка каналу спрямована вперед, досередини і вниз і перетинає вісь каналу протилежного боку трохи вище ясенного сосочка між центральними різцями.

Знеболювальну речовину вводять в підочний канал внутрішньоротовим або позаротовим шляхами.

Внутрішньоротовий метод. За розпізнавальними пунктами визначають розташування устя 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 довжиною 4-5 см вколюють на рівні fornix vestibuli (склепіння передвер'я ротової порожнини) між центральним і бічним різцями. Вкол слід проводити не дуже близько до альвеолярного відростка, а трохи подалі від нього – в м'які тканини губи (близько одного сантиметра від альвеолярного відростка). Голку просувають, ковзаючи по кістці в напрямку спереду назад, знизу вгору і зсередини назовні, до підочномкового отвору. Для безболісного виконання анестезії в тканини на всьому шляху просування голки вводять невелику кількість анестетика. Досягнувши голкою ділянки кістки під вказівним пальцем, гострим кінцем знаходять підочний отвір, вводять голку в канал на глибину 7-10 мм і впорскують туди близько 0,5-0,75 мл розчину знеболюючої

речовини. Введення голки в підочний отвір і її просування в каналі зазвичай викликають появу больових відчуттів, які поширюються по ходу розгалужень підочного нерва.

У тих випадках, коли патологічний процес, що розвивається в області верхніх передніх зубів, перешкоджає проведенню анестезії зазначеним методом, голку можна колоти на рівні ікла, першого або навіть другого верхнього премоляра і звідти просувати її до устя каналу. Знеболення відповідної ділянки і в цих випадках досягається завдяки дифузії анестезуючої речовини через отвір підочного каналу і через кісткову стінку у ділянці іклової ямки. Однак результати знеболювання не завжди задовільні.

Позаротовий метод. Технічно простіше є введення знеболюючої речовини в підочний отвір позаротовим методом. Він показаний при ряді 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 довжиною близько 2-3 см.

Визначивши положення підочного отвору, відступивши від місця його проекції на шкіру на 0,5см донизу і до середньої лінії, голку вколюють через шкіру в напрямку до устя 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 впорскують близько 0,5-0,75 мл знеболюючого розчину. У деяких випадках при правильному виборі місця шкірного уколу і вірному напрямку голки, вона проходить безпосередньо в канал.

Анестезія настає впродовж 2-5 хвилин.

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

У деяких випадках зона знеболення значно звужується, доходить попереду до середини медіального різця, а позаду – лише до середини першого верхнього премоляра. Бувають випадки збільшення зони знеболювання – від середньої лінії до проміжку між першим і другим верхніми молярами.

Ускладнення. Найбільш частим ускладненням є утворення гематоми в результаті поранення судин під час просування голки через м'які тканини до підочномкового отвору, або ж під час входу голкою в канал. Іноді відзначається ішемія обмеженої ділянки шкіри в інфраорбітальній 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 протягом декількох міліметрів від зовнішнього отвору, а далі до заду не має верхньої стінки. При дотриманні асептики потрапляння знеболюючого розчину в орбіту надалі не викликає ускладнень.

Знеболювання переднього піднебінного нерва біля великого піднебінного отвору.

Цільовий пункт: великий піднебінний отвір - foramen palatinum majus.

Анатомічні передумови. За В.П. Воробйовим, горизонтальні пластинки піднебінних кісток в задньому відділі латерального краю піднімаються догори, утворюючи тут з жолобом верхньої щелепи великий піднебінний отвір. Позаду 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 піднебінням. Проекція великого піднебінного отвору знаходиться на перетині двох прямих. Трансверзальна лінія проходить на рівні середини коронки третього моляра, а за його відсутності – до заду і всередину від другого моляра, або на 0,5см до переду від заднього краю твердого піднебіння. Сагітальна пряма проходить на 0,5-0,7см медіальніше вісі альвеолярного відростка. При відсутності зубів орієнтуються на межу між твердим і м'яким піднебінням. Відстань від неї до великого піднебінного отвору дорівнює 0,5см. У проекції отвору є невелика втягнутість на слизовій оболонці.

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

Для знеболення цього нерва визначають розташування отвору і при широко розкритому роті пацієнта голку вколюють на відстані близько 1см до переду і до середини від отвору. Голку направляють знизу вгору і спереду назад при невеликому нахилі від середньої лінії назовні, і просувають до контакту з підлеглою кісткою і впорскують близько 0,5 мл знеболюючого розчину. Знеболювальна речовина, поширюється в наявній тут пухкій сполучній тканини. Час, необхідний для знеболювання, 3-5 хвилин. При видаленні зубів досить ввести розчин анестетика в клітковину, розташовану в кутку між альвеолярним і піднебінним відростками в проекції видаленого зуба.

Зона знеболення: слизова оболонка твердого піднебіння 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 піднебіння, можливість внесення інфекції, поранення судин і нервів, некроз м'яких тканин і кістки твердого піднебіння і слизової оболонки носа.

Знеболювання носо-піднебінного нерва (різцева анестезія).

Анатомічні передумови. Носо-піднебінний 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 піднебіння.

Внутрішньоротовий метод.

Цільовий пункт: різцевий отвір (foramen incisivum). Різцевий отвір знаходиться на місці перетину серединного піднебінного шва з лінією, що з'єднує дистальні краї іклів. Для знаходження отвору можна орієнтуватися на його розміщення стосовно зубів або альвеолярного відростка. Різцевий отвір знаходиться на серединному піднебінному шві на 8 мм ззаду від ділянки альвеолярного відростка між медіальними верхніми різцями, або на 10мм ззаду від місця контакту цих зубів.

Місце уколу голки: різцевий сосочок (papilla incisiva), розташований позаду проміжку між центральними різцями. При закинутій голові пацієнта і широко відкритому роті голку вколюють з боку під основу різцевого сосочка і спрямовують її прямовисно в ставленні 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- 0,5см. 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 піднебіння в області чотирьох верхніх різців. Найбільша зона – до проміжку між першим і другим премоляром; найменша зона – ділянка центральних різців.

Ускладнення: можливість внесення інфекції, поранення судин і нервів.

Внутрішньоносовий метод.

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

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

Третя, гілка трійчастого нерва – нижньощелепний нерв (n. mandibularis) є змішаним і містить чутливі й рухові волокна. Чутливі волокна йдуть від трійчастого вузла, а рухові – від рухового ядра. Нижньощелепний 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 чутливий корінці і далі на ряд гілок.

Три вузли вегетативної нервової системи знаходяться в безпосередньому зв'язку з гілками нижньощелепного нерва: підязиковий

(ganglion sublinguale), з під'язиковим нервом; вушний (ganglion oticum) з медіальним крилоподібним нервом; піднижньощелепний (ganglion submandibulare) з язичним нервом. Від вузлів йдуть гілочки до підщелепної слинної залози та її протоки, м'язу, що натягує м'яке піднебіння; внутрішніх крилоподібних м'язів, смаковим сосочкам язика, барабанної струни, остистому й вушно-скроневому нервам.

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

Чутливими гілками нижньощелепного нерва є: вушно-скроневий нерв (n. auriculotemporalis), щічний нерв (n. buccinatorius), нижній альвеолярний нерв (n. alveolaris inferior), язиковий нерв (n. lingualis).

Вушно-скроневий нерв (n. auriculotemporalis) містить чутливі секреторні й волокна, що іннервують привушну слинну залозу. Відійшовши від n. mandibularis під овальним отвором, вушно-скроневий нерв спочатку йде назад по внутрішній поверхні зовнішнього крилоподібного м'язу, потім прямує назовні, огинаючи ззаду шийку суглобового відростка нижньої щелепи, після чого піднімається майже вертикально вгору і розгалужується в шкірі скроневої області на кінцеві гілки. Крім секреторних гілок до привушної залози й чутливим гілкам до шкіри скроневої ділянки, він дає чутливі гілочки до зовнішнього слухового проходу, барабанної перетинки та до шкіри вушної раковини.

Щічний нерв (n. buccinatorius), відокремившись від переднього корінця нижче овального отвору, направляєється вниз, вперед і назовні, проходить між двома головками зовнішнього крилоподібного м'язу або ж між зовнішнім і внутрішнім крилоподібними м'язами, лягає на зовнішню поверхню щічного м'яза (m. buccinator). Розгалужується цей нерв в шкірі та слизовій оболонці щоки і дає гілки до нижніх ясен в області від середини коронки другого моляра до середини коронки другого премоляра.

Язиковий нерв (n. lingualis), починається на одному рівні з нижнім альвеолярним нервом, проходить попереду і трохи в середину від нього по внутрішній поверхні зовнішнього крилоподібного м'язу, а потім, вигинаючись вниз і вперед, розташовується між внутрішнім крилоподібним м'язом і гілкою нижньої щелепи. Попереду від переднього краю внутрішнього крилоподібного м'язу язиковий нерв йде над підщелепною слинною залозою, під слизовою оболонкою під'язикової області, потім ззовні і знизу огинає Вартонову протоку і розгалужується на ряд гілочок, що іннервуює передні дві третини язика, слизову оболонку під'язикової області і язикову поверхню слизової оболонки альвеолярного відростка нижньої щелепи, а також дає тонкі гілочки до зіву. У складі язикового нерва і барабанної струни (chorda tympani) підходять смакові волокна до під'язикової (gl. sublingualis) і підщелепної (gl. submandibularis) слинних залоз.

Нижній альвеолярний нерв (n. Alveolaris inferior), змішаний, найбільш товста гілка нижньощелепного нерва, проходить спочатку по внутрішній

поверхні зовнішнього крилоподібного м'язу, а потім прямує вниз до нижньощелепного отвору (*foramen mandibulare*), розташовуючись між внутрішнім крилоподібним м'язом і гілкою нижньої щелепи. Від нижнього альвеолярного нерва перед входом в нижньощелепний отвір відходить щелепно-під'язиковий нерв (*n. mylohyoideus*) – до однойменного м'язу і переднього черевця двочеревцевого м'язу. Протягом нижньощелепного 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 основного стовбура нижнього альвеолярного нерва. Уже 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 вестибулярної сторони.

Невелика ділянка м'яких тканин вестибулярної поверхні ясен отримує додаткову іннервацію від щічного нерва. На рівні премоларів від нижнього альвеолярного нерва через підборідний отвір відходить підборідний нерв (*n. mentalis*), 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 протилежного боку нижньої щелепи.

ЗНЕБОЛЮВАННЯ ТРЕТЬОЇ ГІЛКИ ТРІЙЧАСТОГО НЕРВА у овального отвору (центральні провідникові анестезії)

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

а) підвиличним; б) надвиличним; в) очним (орбітальним); г) нижньощелепним.

Підвиличний шлях.

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

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

Після епіляції шкіру в місці уколу обробляють розчином антисептика.

Голку довжиною 6-8 см зі стерильною міткою вколюють посередині козелково-орбітальної (трагоорбітальної) лінії під нижнім краєм виличної дуги. Гострий 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 $15-20^{\circ}$ (на 1 см), знову занурюють вглиб на зазначену відстань до контакту позначки зі шкірою. Таким чином, гострий кінець голки досягає ділянки розміщення овального отвору, де повільно впорскують розчин анестетика. Під час знеболювання, не слід добиватися попадання голкою в нервовий стовбур, який викликає у пацієнта парестезії або больові відчуття в області розгалуження третьої гілки трійчастого нерва. Час очікування знеболювання відповідної половини нижньої щелепи становить близько 15 хвилин.

Ускладнення. Здійснюючи укол голки в напрямку овального отвору, необхідно відхилити її кінець не більше ніж на 1 см; в іншому випадку, можливе пошкодження середньої артерії мозкової оболонки (a. meningea media).

Щоб запобігти можливому потраплянню голки в євстахієву трубу і пов'язане з цим інфікування голки, не слід вводити її в тканини глибше зазначеної 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 судин, голку слід проводити ближче до склепіння підскроневої ями. Безпосередньо перед впорскуванням знеболюючої речовини за допомогою аспіраційної проби потрібно перевірити, чи не перебуває кінчик голки в просвіті судини.

Надвичичний шлях. Будують трагоорбітальну лінію. Після епіляції шкіру в місці уколу обробляють розчином антисептика. Проводять вкол голки довжиною 6-8 см з міткою посередині трагоорбітальної лінії над верхнім краєм виличної дуги з нахилом на $15-20^{\circ}$ 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 $15-20^{\circ}$, знову занурюють вглиб на зазначену відстань до контакту мітки зі шкірою.

Ускладнення: можливість внесення інфекції, поломка голки.

Орбітальний шлях.

Спочатку на голці відзначають довжину трагоорбітальної лінії, яка дорівнює відстані від нижнього краю очниці до овального отвору. Поблизу нижньозовнішнього 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 вглиб очниці, на її нижню стінку. Під час просування голки по нижній стінці потроху випускають анестетик. На глибині 2-2,5 см голка втрачає контакт з кісткою, що свідчить про її проникненні в підскроневу яму 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.

Нижньощелепний шлях.

Анатомічні передумови. Овальний отвір знаходиться в одній фронтальній площині з нижньощелепним отвором. Тому, місце уколу для нижньощелепного шляху анестезії біля овального отвору розташоване біля нижнього краю нижньої щелепи на 1,5см до переду від заднього краю її гілки. На голці відзначають відстань від місця уколу до нижнього краю виличної дуги, що дорівнює відстані просування голки до овального отвору. Ця обставина пояснюється наступним: нижній край виличної дуги знаходиться в одній горизонтальній площині з овальним отвором. Гілка нижньої щелепи розділяє відстань від овального отвору до виличної дуги навпіл. Відстань між овальним отвором і нижнім краєм виличної дуги є основою рівнобедреного трикутника, вершина якого знаходиться в місці уколу – на нижньому краї нижньої щелепи, а відстань від місця уколу до нижнього краю виличної 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 0,5-0,75см. Далі відводять шприц назовні під кутом 15° і просувають голку до зазначеного на ній місця, випускаючи на шляху невелику кількість анестетика. У цільовому пункті випускають 3-4 мл анестетика. Для профілактики гематоми проводять аспіраційну пробу

Матеріали для самоконтролю:

А. Завдання для самоконтролю (таблиці, схеми, малюнки, графіки)

1. Заповнити графі таблиці:

Таблиця. 1. Тривалість дії місцевих анестетиків.

Назва анестетика	Тривалість анестезії (в хв.)	
	без вазоконстриктора	з вазоконстриктором
Новокаїн	15-30	
Лідокаїн	30-60	
Мепівакаїн	45-90	
Прилокаїн	30-90	
Артикаїн	60	
Бупівакаїн	120-240	

Б. Задачі для самоконтролю:

1. У пацієнта, 62 років, на прийомі у стоматолога, несподівано виникла задишка і переривистий сухий кашель, відчуття наростаючої задухи. Загальний стан прогресивно погіршується; число дихальних рухів досягло 30 за 1 хв., посилюється акроціаноз, з'явилося дихання, що клекоче, з порожнини рота виділяється велика кількість пінистої мокроти, психомоторне збудження. Артеріальна гіпертензія. Який патологічний стан розвинувся?

Варіанти відповіді:

- А. Анафілактичний шок.
- В. Напад бронхіальної астми.
- С. Епілептичний припадок.

- D. Спонтанний пневмоторакс.
- E. набряк легенів.

Правильна відповідь:

- E. набряк легенів

2. Пацієнт звернувся до лікаря для видалення коренів 3.6 Коронка зуба 3.6 зруйнована на 2/3, перкусія безболісна, слизова оболонка без видимих змін. Який діагноз?

Варіанти відповіді:

- A. Загострення хронічного періодонтита.
- B. Хронічний гранулюючий періодонтит.
- C. Хронічний гранулематозний періодонтит.
- D. Гострий гнійний періодонтит.
- E. Хронічний фіброзний періодонтит.

Правильна відповідь:

- C. Хронічний гранулематозний періодонтит

3. Пацієнту проведена піднебінна анестезія. При виведенні голки з м'яких тканин виникла кровотеча. Що необхідно зробити для зупинки кровотечі?

Варіанти відповіді:

- A. Внутрішньом'язове введення вікасолу.
- B. Притиснути тампоном місце уколу.
- C. Накладання швів.
- D. Внутрішньовенне введення 10% розчину хлористого кальцію.
- E. Перев'язку зовнішньої сонної артерії.

Правильна відповідь:

- B. Притиснути тампоном місце уколу.

4. Пацієнт, 18 років, звернувся для видалення зуба 2.5 за ортодонтичними показаннями. Ваш вибір оптимальної місцевої провідникової анестезії?

Варіанти відповіді:

- A. Інфраорбітальна, різцева.
- B. Піднебінна і різцева.
- C. Плексуальна і піднебінна.
- D. Туберальна, різцева і піднебінна.
- E. Інфільтраційна, різцева і піднебінна.

Правильна відповідь:

- C. Плексуальна і піднебінна

5. Пацієнт звернувся до стоматолога зі скаргами на постійний ниючий біль в зубі 3.8. Відкривання рота обмежене до 1 см. Показано видалення зуба 3.8. Виберіть анестезію, яку необхідно зробити для проведення операції видалення зуба 3.8.

Варіанти відповіді:

- A. Торусальна.
- B. Мандибулярна.
- C. Позаротовий спосіб мандибулярної анестезії.
- D. Анестезія за Берше-Дубовим.
- E. Туберальна.

Правильна відповідь:

- D. Анестезія за Берше-Дубовим.

6. Чоловік, 40 років, звернувся з метою видалення зуба 3.6 з приводу загострення хронічного періодонтиту. Для знеболення була проведена торусальна анестезія. Вкажіть цільовий пункт введення анестезуючого розчину.

Варіанти відповіді:

- A. Ретромоллярна ямка.
- B. Область нижньощепного підвищення.
- C. Область скроневого гребеня нижньої щелепи.
- D. Область горба верхньої щелепи.
- E. Защелепна ямка.

Правильна відповідь:

- B. Область нижньощепного підвищення

7. Пацієнтка, 24 років, звернулася для видалення кореня верхнього зуба мудрості. Під час проведення туберальної анестезії виникла постін'єкційна гематома. Що було пошкоджене при анестезії?

Варіанти відповіді:

- A. Вилична артерія.
- B. Верхньощелепна артерія.
- C. Підочно-ямкова артерія.
- D. Піднебінна артерія.
- E. Крилоподібне венозне сплетення.

Правильна відповідь:

- E. Крилоподібне венозне сплетення

8. У хірургічний кабінет стоматологічної поліклініки звернувся пацієнт зі скаргами на болі в області лівої верхньої щелепи, що з'явилися 3 дні тому. Після огляду лікар встановив діагноз: загострення хронічного періодонтиту зуба 1.7. Показано видалення зуба 1.7. Які нерви необхідно блокувати для забезпечення безболісного видалення зуба 1.7?

Варіанти відповіді:

- A. Задні луночкові нерви і великий піднебінний нерв.
- B. Великий піднебінний нерв.
- C. Передні луночкові нерви і різцевий нерв.
- D. Середні луночкові нерви і великий піднебінний нерв.
- E. Носопіднебінний нерв.

Правильна відповідь:

Задні луночкові нерви і великий піднебінний нерв.

9. Пацієнтові показано видалення медіального різця правої верхньої щелепи з приводу хронічного періодонтиту. Яку анестезію слід застосувати при видаленні цього зуба?

Варіанти відповіді:

- A. Підочно-ямкову і піднебінну.
- B. Термінальну і різцеву.
- C. Підочно-ямкову і різцеву.
- D. Підочно-ямкову, піднебінну і різцеву.
- E. Плексуальну і різцеву.

Правильна відповідь:

B. Підочно-ямкову і різцеву

10. Пацієнт, 34 років, звернувся до хірурга-стоматолога з метою санації порожнини рота. При огляді виявлено: коронка зуба 27 повністю зруйнована. Встановлений діагноз: хронічний періодонтит зуба 27. Показано видалення коренів зуба 27. Під якою провідниковою анестезією буде проведена операція видалення коренів зуба 27?

Варіанти відповіді:

- A. Торусальна анестезія.
- B. Туберальна і палатинальна анестезія.
- C. Плексуальна анестезія.
- D. Різцева й інфраорбітальна анестезія.
- E. Інфраорбітальна і палатинальна анестезія.

Правильна відповідь:

B. Туберальна і палатинальна анестезія.

В. Ситуаційні задачі

Задача 1.

Пацієнту Н., 28 років, призначена операція – резекція верхівки кореня зуба 1.2 з приводу хронічного гранулематозного періодонтиту. Яке знеболення необхідно провести перед операцією?

Варіанти відповіді:

- A. Інфраорбітальну і палатинальну.
- B. Плексуальну і піднебінну.
- C. Двосторонню інфраорбітальну та різцеву.
- D. Туберальну і піднебінну.
- E. Термінальну і різцеву анестезію.

Правильна відповідь:

C. Двосторонню інфраорбітальну та різцеву.

Алгоритм рішення:

Двобічну інфраорбітальну анестезію обираємо знаючи особливості іннервації n.infraorbitalis.

Задача 2.

У пацієнта Н. планується розкриття абсцедуючого фурункула верхньої губи. Який вид анестезії показаний для проведення даного втручання?

Варіанти відповіді:

- A. Двостороння інфраорбітальна та різцева.
- D. Двостороння інфраорбітальна та палатинальна.
- C. Двостороння інфраорбітальна.
- D. Двостороння туберальна та палатинальна.
- E. Двостороння палатинальна.

Правильна відповідь:

- C. Двостороння інфраорбітальна.

Алгоритм рішення:

Оскільки фурункул знаходиться на верхній губі, ми обираємо двосторонню інфраорбітальну анестезію знаючи особливості іннервації n.infraorbitalis.

Задача 3.

Пацієнту, 19 років, встановлений діагноз: двобічний кістковий анкілоз скронево-нижньощелепних суглобів. Об'єктивно: визначається характерний вид "пташиного обличчя", рот відкриває на 0,5 см, підборіддя скошене. Пацієнту планується хірургічне усунення анкілозу шляхом остеотомії (створення несправжніх суглобів). Який метод знеболення слід обрати?

Варіанти відповіді:

- A. Двобічна центральна анестезія.
- B. Масковий наркоз.
- C. Ендотрахеальний наркоз.
- D. Двобічна торусальна анестезія.
- E. Внутрішньовенний наркоз.

Правильна відповідь:

- C. Ендотрахеальний наркоз.

Алгоритм рішення:

Пацієнт має двобічний кістковий анкілоз СНЩС, який усувається шляхом остеотомії, яку слід виконувати під ендотрахеальним наркозом (з ендоназальним введенням інтубаційної трубки).

Задача 4.

Пацієнт звернувся до стоматолога з приводу хронічного пульпіту 1.6.

1. Чи достатньо буде туберальної анестезії?
2. Чи достатньо буде лише інфільтраційної анестезії?
3. Чи потрібно виконати піднебінну анестезію?

Алгоритм рішення:

1. Ні, недостатньо, тому що медіальний щічний корінь іннервується волокнами середнього верхнього зубного сплетення.

2. Не завжди, тому у цій зоні значна кортикальна пластинка виличноальвеолярного гребеня.
3. Ні.

Задача 5.

Для надання допомоги доставлений пацієнт з переломом кісток носа зі зміщенням.

1. Які способи місцевого знеболення Ви оберете?
2. Якими препаратами будете користуватися?

Алгоритм рішення:

1. Ін'єкційний та аппликаційний.
2. Ін'єкційно – лідокаїну гідрохлорид 2%, аппликаційно – лідокаїну гідрохлорид 10%.

ЛІТЕРАТУРА :

ОСНОВНА:

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник / [В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін.] — К. : ЛОГОС, 2011. У 2 т. — Т. 1. — 669 с.
2. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник / [В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін.] — К. : ЛОГОС, 2011. У 2 т. — Т. 2. — 606 с.
3. Бернадський Ю. Й. Основи щелепно-лицевої хірургії і хірургічної стоматології : навчальний посібник / Ю. Й. Бернадський. — К : «Спалах», 2003. — 512 с.
4. Бернадський Ю. І. Травматологія і відновна хірургія черепно-щелепно-лицевої ділянки: [навч. посіб. 3-е изд., Перераб. і доп.] / Ю. І. Бернадський. - М.: Медицина, 2003. - 456 с
5. Тимофеев О. О. Щелепно-лицева хірургія: підручник / О. О. Тимофеев. - К.: ВСВ "Медицина", 2011. - 752 с. + 40 с. кольор. вкл.

ДОДАТКОВА:

1. Клінічна оперативна щелепно-лицьова хірургія: Керівництво для лікарів / За ред. проф. В. Н. Баліна і проф. Н. М. Александрова. 4-е изд., Доп. і испр. - СПб. : СпецЛит, 2005. - 221 с.
2. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: Національне керівництво / За ред. А. А. Кулакова, Т. Г. Робустовой, А. І. Неробеева. - М.: Медицина, 2010. - 982 с.
3. Стоматологія питань надзвичайних ситуацій з курсом військової стоматології: [підруч. для студентів ВМНЗ III-IV рівнів акредитації] / Г. П.

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

ЗАТВЕРДЖЕНО
на засіданні кафедри хірургічної стоматології
та клінічних дисциплін
Завідувач кафедри
к. мед. н., доц. Гема-Багіна Н. М.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

Курс V; Факультет Стоматологічний

Навчальна дисципліна: Хірургічна стоматологія

Субординатура

Тема № 3. Клініка, діагностика, рентген-діагностика, класифікація періодонтитів. Хірургічні методи лікування. Типові та атипові оперативні втручання при видаленні зубів. Ускладнення під час і після оперативного втручання. Оперативні втручання при періодонтиті: резекція верхівки кореня, гемісекція, ампутація, реплантації, коронаро-радикулярна сепарація. Хвороби прорізування зубів – ретенція, дистопія: клініка, діагностика, лікування. Перикороніт, періостит щелеп: етіологія, класифікація, клініка, діагностика, лікування.

1. Актуальність теми: Запальні захворювання щелепно-лицевої ділянки займають значне місце в хірургічній стоматології. Незважаючи на застосування антибіотиків, число гнійних ускладнень постійно збільшується. Причинами зростання числа хворих з запальними захворюваннями щелепно-лицевої області є наступні чинники: пізні звертання за медичною допомогою, що пов'язано з недостатньо активним проведенням санітарно-просвітницької роботи серед населення; лікарські помилки, допущені в амбулаторний період лікування, а часто і самолікування пацієнтів, пізня діагностика захворювань і розвитку ускладнень. Знання етіології, патогенезу і класифікації запальних захворювань щелепно-лицевої ділянки є невід'ємною частиною при вивченні хірургічної стоматології. До запальних процесів щелепно-лицевої ділянки, які зустрічаються досить часто, належить і періодонтит. Уміння правильно встановити діагноз і вибрати оптимальний метод лікування і визначають актуальність даної теми.

Утруднене прорізування зубів «мудрості» або перикороніту, запалення слизової (капюшона), що вкриває дистальні бугри (частина) або все горби останнього нижнього зуба «мудрості». Найчастіше це захворювання виникає у віці від 18-20 років до 30-35 років, іноді і в 40 років; тобто тоді, коли прорізується зуб "мудрості". Необхідність вивчення цієї теми, обумовлена тим, що перикороніт, може ускладнитися (якщо вчасно не провести лікування) запальним процесом прилеглих клітковинних просторів. Тому знання клініки перикороніту і вміння діагностувати та лікувати – необхідність для майбутнього фахівця.

2. Конкретні цілі:

1. Аналізувати частоту виникнення запальних процесів щелепно-лицевої ділянки.
2. Пояснювати етіологію та патогенез запальних процесів щелепно-лицевої ділянки.
3. Запропонувати схему лікування періодонтиту.
4. Класифікувати запальні процеси щелепно-лицевої ділянки.
5. Трактувати клінічну картину періодонтитів.
6. Малювати схему клінічних проявів дистопії та ретенції, методи їх діагностики та лікування.
7. Проаналізувати перебіг перикороніта, його форм.
8. Скласти план обстеження пацієнта з перикоронітом.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми:

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Етика і деонтологія	Встановити психологічний контакт з хворим
2. Нормальна анатомія	Знати анатомічну будову щелеп і зубів
3. Нормальна фізіологія	Знати функціональні можливості зубів і щелеп в нормі
4. Патоморфологія	Описувати морфофункціональні зміни в щелепах при ретенції, дистопії, перикороніті, періоститі

5. Пропедевтика внутрішніх хвороб	Застосовувати методи обстеження хворого при різних видах патології прорізування зубів, перікороніті, періоститі
6. Рентгенологія	Вміти описати рентгенологічні знімки щелеп
7. Клінічна фармакологія	Знати дію, показання до застосування, протипоказання, дозування, схеми призначення медикаментозних препаратів, застосовуваних при лікуванні патології прорізування зубів, перікороніті, періоститі

4. Завдання для самостійної роботи студентів під час підготовки до заняття.

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
Періодонт	Комплекс тканин, розташованих між цементом кореня зуба і внутрішньою компактною пластинкою альвеоли.
Періодонтит	Запалення тканин, розташованих в періодонтальної щілини.
Ретенція зуба (затримка)	Це затримка термінів прорізування нормально сформованого постійного зуба.
Дістопія	Це неправильне положення зуба, що прорізався, в зубному ряду, або аномалійне положення зуба в щелепі
Періостотомія	Це хірургічне розсічення окістя кістки. Операція проводиться при гострих гнійних періоститах щелеп

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Етіологія і патогенез запальних процесів в періодонті.
2. Будова і функції періодонта. Класифікація періодонтитів.
3. Клініка, діагностика і лікування гострого періодонтиту.
4. Клініка хронічного періодонтиту.
5. Рентгенологічні ознаки періодонтиту й їх оцінка.
6. Реплантація. Показання і протипоказання, методика проведення, можливі помилки й ускладнення.
7. Гемісекція. Показання і протипоказання, методика проведення, можливі помилки й ускладнення.
8. Ампутація кореня. Показання і протипоказання, методика проведення, можливі помилки й ускладнення.
9. Корono-радикулярна сепарація. Показання та протипоказання, методика проведення, можливі помилки й ускладнення.
10. Етіологічні причини порушення прорізування зубів.
11. Дайте визначення діагнозам – дистопія, ретенція.
12. Дайте визначення діагнозу – перікороніт.
13. Клініка та лікування пірикороніту.

14. Клініка, діагностика та лікування періоститу.

4.3. Практичні питання (завдання), які розбираються на занятті:

Зміст теми:

Періодонтит – це захворювання запального характеру, при якому в запальний процес залучається не тільки власне періодонт, а й навколишні тканини, в яких зазначаються перифокальні запальні явища при гострому періодонтиті, або вогнища проліферативного запалення при хронічному.

Основним етіологічним фактором виникнення як гострих, так і хронічних періодонтитів є інфекційний агент. Також виділяють травматичні періодонтити (гострі і хронічні), хіміко-токсичні, алергічні та 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 зростає кількість анаеробів до 50%, а вже через 7 діб у верхівковій частини кореня і періодонта їх міститься до 90%. Найпоширенішими мікроорганізмами є золотистий і білий стафілококи, стрептококи, фузобактерії, гриби. Потрапляючи в кореневий канал, ці мікроорганізми досить часто утворюють в ньому стійкі комплекси штамів, найбільш пристосованих один до одного.

Шляхи проникнення інфекції в періодонт можуть бути різноманітними. Найчастіше входними воротами інфекції є кореневий канал, через який при пульпіті або гангрені пульпи мікроорганізми й їх токсини проникають в періодонт і викликають запальну реакцію періодонту. Боровський Є.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 достатньо для виникнення запалення в пульпі й її загибелі. Самі мікроорганізми можуть проникати в пульпу через дрібні тріщини емалі та 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 зубоясеневу 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, накушування твердої їжі), так і хронічною (за наявності пломб або коронок, які завищують прикус).

Хіміко-токсичний періодонтит розвивається в результаті впливу на періодонт токсичних сполук, які застосовуються для лікування пульпіту і періодонтиту (миш'яковистої пасти, формаліну тощо.).

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

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

Незалежно від етіологічного фактора запальна реакція в періодонті починається з альтерації клітин або тканин періодонта. У разі переважання шкідливої дії мікробних агентів над резистентністю тканин періодонта 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, перебуваючи в кореновому каналі, практично недоступні для впливу на них захисних факторів організму. Цим пояснюється розвиток періодонтиту при недостатньо запломбованих коренових каналах, коли навіть слабо вірулентна мікрофлора здатна спричинити запальну реакцію періодонта. З іншого боку, така мікрофлора може бути ізольована організмом з утворенням гранульоми.

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

Всі мікроорганізми виділяють ендотоксини, які надають токсичну дію, що, однак, не має прямого цитотоксичного ефекту. Загибель клітин кісткової тканини в разі дії бактеріальних ферментів і токсинів призводить до утворення продуктів тканинного розпаду, викликаючи міграцію фагоцитів. Важливе місце в патогенезі періодонтиту займають бактеріальні антигени. Вони не завжди роблять пряму цитотоксичну дію, і переважно, призводять до запуску імунних процесів за участю лімфоцитів і макрофагів. Компоненти клітинної мембрани бактеріальних клітин мають виражену дію і стимулюють реакції специфічного і неспецифічного імунітету.

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

Гострий серозний періодонтит.

Хворий відчуває важкість і напругу в зубі, який стає ніби вище інших. Поступово виникає досить сильний мимовільний біль. Біль постійний, локалізований, що не іррадіює, посилюється вночі, інтенсивність його поступово наростає. Біль посилюється під час їжі. У початковій стадії помірно, повільно, тривале натискання послаблює 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 в 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, однак, згодом стає дифузним, іррадіює у вухо, скроню. Пацієнт вказує на зуб, який здається йому вище інших, зуб болісний під час натискання, контакту з зубами-антагоністами, торканні язиком.

Об'єктивно: горизонтальна і вертикальна перкусія різко болісна. 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.

Хронічний періодонтит в стадії загострення.

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

При гранулематозному періодонтиті, за допомогою рентгенологічного дослідження, у верхівки кореня зуба вдається виявити осередок деструкції кісткової тканини, який має округлу форму і нечіткі рівні краї. Розрізняють апікальні, апіколатеральні, латеральні і межкореневі гранульоми. Апікальна гранульома локалізується строго у верхівки кореня зуба, латеральна – збоку від кореня зуба, апіколатеральні – збоку від верхівки кореня зуба. Верхівки коренів зубів, звернених в гранульому, нерідко резорбуються. У багатокорневих зубах гранульома може перебувати в місці дельтовидного розгалуження кореневого каналу – міжкоренева гранульома. Клінічна і рентгенологічна картина простих гранульом нічим не відрізняється від епітеліальних. Епітеліальні гранульоми нерідко заповнюються запальним ексудатом і жировим детритом, вони можуть зливатися, утворюючи кістогранульоми, а потім і кісти. Діаметр гранульоми зазвичай не перевищує

0,5см, а розмір кістогранульоми коливається в межах 0,5-1,0см. Розрізняють просту, складну і кистоподобну гранульоми. Проста гранульома складається з визріваючої грануляційної тканини, яка відокремлена по периферії фіброзної капсулою. У складній гранульомі можна виявити розростання тяжів епітелію. При вакуольній дистрофії і розпаді епітеліальних клітин в центральних відділах гранульоми поступово утворюється ущільнення, яке вистилає епітелієм кістоподобну гранульому (кістогранульома). Подальше її збільшення часто веде до утворення кіст щелеп. Гранулема, 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, малоболісне при пальпації, вкрите 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 весь 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 у всіх 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 уламка ендодонтичного інструменту за верхівку, сторонні тіла вилучають через створений перфораційний отвір в кістці щелепи в місці проекції верхівки кореня відповідного зуба за допомогою маленької кюретажної ложечки.

Резекція верхівки кореня (апикотомія, гранульомектомія) застосовується з метою збереження зубів при різних формах хронічного періодонтиту. Найчастіше операцію проводять на однокорневих зубах верхньої і нижньої щелеп, рідше – на малих і великих корневих 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 заапикального терапії.
- Перелом інструменту в кореневому каналі.
- Надлишкове введення пломбувального матеріалу та поширення його під окістя.
- Перфорація кореня зуба у його верхівки.
- Підокісні гранульоми.

- Прикореневі кісти, в порожнині яких знаходяться верхівки коренів зубів.

Протипоказання:

- Пародонтит.
- Гострий та загострений хронічний періодонтит.
- Рухливість зуба.
- Залучення до патологічного процесу більше однієї третини верхівки зуба при кістах.
- Апіколатеральні та латеральні гранульоми.
- Зміна кольору кореня зуба.
- Відсутність частини передньої стінки альвеоли.
- Похилий вік пацієнта (після 60 років).

Методика операції: під місцевим знеболенням роблять трапецієподібний або напівкруглий розріз слизової оболонки і окістя до кістки, основою до перехідної складки. Розміри клаптя повинні перевищувати "кісткове вікно", яке буде утворено при видаленні гранульоми 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 вогнища. Гладилкою або кістковою ложкою видаляють гранульому (кісту) і звільняють верхівку кореня причинного зуба. Фіссурним бором видаляють верхівку кореня і розташовану за ним оболонку кісти або залишки гранульоми. Резектована поверхня кореня повинна бути косою і розташовуватися зовні, щоб добре було видно пломбувальний матеріал в кореновому каналі. Видаляються грануляції, порожнина промивається розчинами антисептиків: 0,5% розчином хлоргексидину біглюконату, 1% розчином диоксидину, заповнюється речовинами, які сприяють оптимізації процесів регенерації: кістковим борошном, порошком гідроксиапатиту, колаполом тощо. При недопломбованні коренового каналу на ½ проводять ретроградне (під час операції) пломбування коренового каналу. Клапоть укладається на місце і фіксується кетгутувимі швами.

Коронорадикулярна сепарація – розсічення 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 гранульома;
- перфорація дна пульпової камери з розрідженням верхівки міжкореневої перегородки;
- відлам коронки до біфуркації.

Протипоказання:

- рухливість зуба;
- недопломбування кореневих каналів.

Методика операції: під провідникової анестезією за допомогою двостороннього диска поділяють коронку до біфуркації, біфуркацію

руйнують фіссурним або конусоподібним алмазним бором, видаляють грануляції, рану промивають антисептичним розчином, призначають

Методика операції: під провідникової анестезією за допомогою двостороннього диска поділяють коронку до біфуркації, біфуркацію руйнують фіссурним або конусоподібним алмазним бором, видаляють грануляції, рану промивають антисептичним розчином, призначають 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 фрагмента коронки зуба виготовляють коронки і спаюють їх між собою.

Гемісекція зуба проводиться на жувальних зубах нижньої щелепи – першому і другому молярі.

Показання

- наявність кісткових кишень в області одного з коренів премоляра або моляра;
- перфорація біфуркації і кореневого каналу в його верхній частині;
- не запломбовані кореневі канали через 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 накладання пломби коронка зуба розрізається за допомогою диска до біфуркації, біфуркація руйнується тонким фіссурним або конусоподібним алмазним бором до появи рухливості сегментів. Частина коронки разом з коренем видаляється за допомогою клювоподібних щипців. Найчастіше видаляється медіальний корінь в зв'язку з труднощами пломбування каналів цього кореня.

Реплантація зуба – пересадка видаленого зуба в його ж альвеолу. Цей метод сприяє збереженню зуба і попереджає атрофію альвеолярного відростка. Він здійснюється у випадках травми, яка супроводжується вивихом зуба, при помилковому видаленні зуба, при переломах верхівки кореня зуба і ін.

Показання:

- багатокореневі рухливі зуби, як правило, нижньої щелепи з запломбованими кореневими каналами не до верхівки кореня, тобто з запальним процесом;
- недопломбування кореневих каналів і руйнування частини лунки при 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 ньому ділянок округлої або овальної форми, жовтого кольору, які позбавлені м'яко-тканинного блідо-рожевого покриву;
- захворювання, які пригнічують процеси регенерації кісткової тканини.

Методика операції: після видалення зуба з мінімальною травмою його занурюють в теплий ($t\ 37^{\circ}\text{C}$) ізотонічний розчин хлориду натрію з додаванням антибіотиків. НЕ МОЖНА зберігати зуб, який реплантується, в формаліні або спирті. Лунку очищають від грануляцій, промивають розчином антибіотиків. В асептичних умовах проводять механічну очистку кореневих каналів і каріозної порожнини зуба, пломбують фосфатним цементом або пластмасою, що швидко твердіє. 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 швидкотвердіючою пластмасою або металевою шиною. Багатокореневі зуби можна не фіксувати. На увесь термін іммобілізації зуба призначають ретельний гігієнічний догляд за порожниною рота і дієту.

Ампутація кореня включає видалення всього кореня, в місцях його відходження без видалення коронкової частини зуба і здійснюється на молярах верхньої щелепи. Можлива ампутація і двох коренів.

Трансплантація зубів і зачатків зубів – пересадка надкомплектного, ретенаного зуба або зачатка, в альвеолу іншого зуба, віддаленого з різних причин (хронічний періодонтит, травма і т.д.).

Розроблено і такий консервативно-хірургічний метод лікування – трепанація тканин в області периапикального вогнища деструкції, тобто створення штучно сформованої нориці. Ця методика використовується при лікуванні однокорневих зубів з хронічним гранулюючим, гранулематозним періодонтитом і кістогранульомою. Лікувальний ефект трепанації полягає:

- у вимиванні продуктів запалення і вмісту періодонта, покращує медикаментозну дію ліків;
- у створенні постійного дренажу, який завжди застосовується при хірургічних втручаннях, пов'язаних з гнійно-запальними змінами в осередку операції, але не використовувався при лікуванні періодонтитів;
- в попередженні можливого перифокального запалення, яке часом виникає після пломбування каналу зуба.

Гранульоефектомія – застосовується тоді, коли канал запломбований до верхівкового отвору. Видаляється лише гранульома або кіста. Межкорнева гранульоефектомія проводиться в локалізації патологічного вогнища біля кореня верхнього і нижнього молярів, перфорації дна порожнини зуба.

Геміреплантація застосовується на молярах нижньої щелепи в зубах з достатнім розходженням коренів. Здійснюється розсічення 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 вдається вилікувати ендодонтично;
- 2) при супутніх захворюваннях, які різко знижують імунологічну реактивність організму, а також репаративні процеси в періодонті;
- 3) при значному руйнуванні коронки або пом'якшення стінок кореневого каналу, що робить неможливим використання цього кореня для протезування;
- 4) у випадках значного вогнища деструкції в ділянці апекса і великої втрати альвеолярного відростка в результаті захворювань тканин пародонта;
- 5) в зубах з періапикальним вогнищем і рухливістю II-III ступеня;
- 6) при виведенні пломбувального матеріалу або уламка ендодонтичного інструменту в нижньощелепний канал або верхньощелепну пазуху.

Показання до видалення постійних зубів

Показання до операції видалення зуба поділяються на абсолютні і відносні.

Абсолютні показання в свою чергу діляться на:

А) Невідкладні, при яких зуб слід видалити обов'язково при першому зверненні хворого за допомогою. До цієї категорії хворих відносять:

1. "Причинний" зуб при гострому одонтогенному остеомієліті щелеп.
2. Зуби, що розташовані в щілині перелому, уражені хронічним періодонтитом і перешкоджають репозиції уламків.
3. Поздовжній 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 периоститі, прищелепному абсцесі та 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 гранулюючому або гранульоматозному періодонтитах і розвитку запальних явищ у навколишній кістковій тканині.
2. Хронічна ротова інфекція та інтоксикація, пов'язані зі шкідливим впливом навколоротового вогнища на увесь організм і, в першу чергу, на центральну нервову систему (хроніосепсис);
3. Неможливість консервативного лікування, яка зумовлена:
 - значним руйнуванням коронки зуба;
 - obturaцією кореневого каналу зламаним ендодонтичним інструментом при неможливості його видалення;

- особливостями анатомічного характеру (непрохідність, або викривлення кореневих каналів);
- вадами лікування, які викликали перфорацію кореня або порожнини зуба, якщо ці перешкоди неможливо усунути.
- 4. Повне руйнування коронки зуба, неможливість використовувати його коронку або корінь для протезування.
- 5. Дістоповані зуби, які зміщують сусідні зуби, травмують слизову оболонку і не підлягають ортодонтичному лікуванню; надкомплектні зуби за ортодонтичними та косметичними показаннями.
- 6. Ретензовані та дістоповані зуби, які викликають розвиток кісти і запалення в оточуючих тканинах, якщо ці явища неможливо ліквідувати іншим шляхом.
- 7. Видалення дістопованих зубів «мудрості», які викликають патологічні процеси в оточуючих тканинах (утруднене прорізування зуба мудрості).
- 8. Поодинокі зуби, які заважають стабілізації знімного протезу.
- 9. Рухливість зуба II ступеня, значне його висунування 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 та деякі фізіологічні стани. У таких хворих це втручання можна виконати тільки після відповідного лікування і підготовки.

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

Загальні протипоказання:

- 1) серцево-судинні захворювання (передінфарктний стан і 3-6 місяців після перенесеного інфаркту міокарда, гіпертонічна хвороба в період кризи, ішемічна хвороба серця з частими приступами 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) геморагічні діатези (гемофілія, хвороба Верльгофа, С-авітаміноз); захворювання, які перебігають з геморагічними симптомами (гострий лейкоз, агранулоцитоз). При терміновій потреби цієї операції слід вжити заходів для запобігання подальшої кровотечі. Оперативне втручання рекомендується проводити лише в стаціонарних умовах. При відсутності

показань до термінового втручання слід провести попередню підготовку хворого протягом певного часу.

4) Гострі інфекційні захворювання (грип, гострі респіраторні захворювання, бешіа, 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 та 8-9 місяці 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-лицевої 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 чи інших інструментів необхідно провести ретельний огляд не тільки зуба, який підлягає видаленню, а й оточуючих його тканин.

Обстежуючи зуб або корінь, який підлягає видаленню, завжди необхідно враховувати можливість аномалії розвитку коренів, яке може значно ускладнити проведення операції. Розміри коренів, їх кількість, форму і розміщення можна встановити за допомогою рентгенівського знімка або сканів комп'ютерної томографії. Однак, променеви діагностику НЕ проводять 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 створюють перешкоду для застосування 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 одиночний корінь значно

простіше. Наявність же твердого міжкореневого з'єднання може викликати потребу проведення в ході оперативного втручання поділу коренів.

Труднощі, які виникають при видаленні зубів, значною мірою пов'язані з особливостями будови їх коренів – розмірами і ступенем їх розбіжності. По довжині коренів можна судити, до певної міри, про величину альвеолярних підвищень (juga alveolaria), наявних на зовнішній поверхні альвеолярного відростка. Це стосується головним чином однокорневих зубів і частково верхніх премолярів. В області інших зубів в силу того, що зовнішня стінка альвеолярного відростка товща, альвеолярні піднесення не виражені.

Певне уявлення про розміри і ступінь розбіжності коренів можна скласти на підставі величини і форми коронки зуба: чим нижче і в той же час більш широка коронка, тим більш довгі корені й 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, можливого скушування виступаючих ділянок коронки, поділі коренів і ін. При своєчасному попередженні хворі не реагують на хруст, який відчувається при цьому, і дають можливість спокійно провести оперативне втручання.

Медикаментозна підготовка хворих перед видаленням зуба здебільшого не проводиться. Однак, при значній нервозності хворого може бути показано застосування профілактичної премедикації. У разі необхідності втручання при запальному процесі залежно від характеру і його стадії, для запобігання загостренню процесу, безпосередньо перед втручанням і протягом 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 хлоргексидину біглюконату. Для попередження інфікування рук, випадкового пошкодження 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. Всі маніпуляції в порожнині рота бажано виконувати за допомогою інструментарію (аподактильно).

Підготовка операційного поля.

Приведення порожнини рота перед оперативним втручанням в асептичний стан неможливо, тому що слабкі розчини антисептичних речовин не вбивають мікробів, а застосування розчинів антисептиків в концентраціях, які згубно впливають на мікрофлору, викликає пошкодження слизової оболонки. Однак, 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 факторів, зокрема функціонального стану нервової системи.

Перед операцією для видалення зі слизової оболонки і зубів нальоту і харчових залишків, порожнину рота, а особливо ділянку, на якому повинна проводитися операція, протирають ватними або марлевими кульками, змоченими розчином перманганату 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 уколу голки змастити 1-2% йодною настоякою.

Методика видалення зуба.

Під операцією видалення зуба розуміють суму здійснюваних у 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, крім 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. У деяких випадках доведеться проводити видалення зубів за допомогою бормащини, долота і молотка, тобто вдаватися до операції атипового 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 в сторону зуба, який видаляється. При цьому пальці розмішають 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 тисне своєю м'якоттю в проміжку між ручками. II і III пальці розташовують з іншого боку обох ручок щипців, вони охоплюють ручку протилежного боку. IV і V пальці або тільки IV палець поміщають між ручками інструменту. Щоб міцно замкнути щічки щипців, IV і V пальці переводять на бранши. В результаті цього пальці кисті тримають інструмент замкнутим. 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 впирається 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) змикання щипців (фіксації);
- 4) вивих зуба (люксації або ротації зуба);
- 5) виведення зуба з лунки (тракція).

Перед накладенням щипців доцільно зруйнувати кругову зв'язку зуба (перітомія, сіндесмотомія), яка з'єднує цемент кореня зуба з ясенним краєм. Це зручно робити за допомогою гладилки, серпоподібного ланцета, вузького распатора. Особливо показано це попереднє втручання в разі потреби видалення поодиноким розміщеним зубом. У цих випадках ділянку ясен, які оточують зуб, часто буває дуже твердим і міцно зрощеним з шийкою зуба, особливо з медіальної та дистальної сторін, тобто в тих місцях, де відшаровування 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 показано також від коренів зруйнованих зубів, особливо в тих випадках, коли корені виявляються трохи закритими слизовою оболонкою. Це дає можливість точно орієнтуватися щодо 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 вестибулярної, а другу – з оральної сторони. Під час накладання щипців, і протягом наступних етапів видалення зуба, лікар повинен чітко бачити зуб і тканини, які його оточують.

Вісь щічок щипців при накладенні повинна збігатися 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 (або кореня). При наявності патологічного процесу навколо шийки зуба, який викликає розсмоктування кісткової тканини в цій ділянці і розширеної лінії періодонта, щічки щипців вдається просунути значно нижче шийки зуба на корінь. При 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 змикання щипців.

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

Сила, що застосовується 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. Однак, стискання не повинно бути слабким, тому що це, в подальшому, викличе зісковзування щипців з зуба.

Після змикання 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 витягують з лунки, потягуючи вгору або вниз, а послаблюють його зв'язок з альвеолою шляхом бічних рухів.

Зуб вивихують (люксують) назовні і всередину, тобто в вестибулярну й оральну сторону, а також роблять обертальні рухи (ротація), які полягають в невеликих (на 25-30°) поворотах то в один, то в іншій бік навколо вісі зуба, подібно до того, як відмикають і замикають ключем замок. В результаті цього порушується кріплення зуба в альвеолі: розриваються волокна періодонта, 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 в сторону під час руху щипців. Нижню щелепу при видаленні нижнього зуба слід добре утримувати лівою рукою.

Перший вивихуючий рух роблять в сторону найменшого опору, тобто в ту сторону, де стінка лунки зуба більш тонка, а значить, більш податлива. Тому, в ділянці всіх верхніх зубів, за винятком першого моляра, де зовнішня стінка лунки потовщується виличноальвеолярним гребенем, перший вивихуючий рух роблять у зовнішню сторону, потім, – всередину, потім знову назовні.

Нижні різці, ікла та премоляри, а іноді і перший моляр, вивихують також спочатку назовні. Другий і третій нижній моляр, де зовнішня стінка товщі, ніж язична (ззовні розміщується компактний кістковий масив – *linea obliqua externa*), вивихують спочатку в язичний бік.

Обертальні рухи (ротацію) можна проводити при видаленні зубів, які мають один корінь, що за формою нагадує конус (тобто при видаленні верхніх різців, інколи ікла та нижніх премолярів). Ці рухи доцільні при видаленні роз'єднаних коренів верхніх багатокореневих зубів (за винятком медіального щічного кореня). В ділянці нижніх однокорневих зубів такі рухи проводять зазвичай в тих випадках, коли зуб не дуже щільно укріплений в альвеолі, а також іноді при видаленні поодинокі розміщених зубів. Це пов'язано з тим, що нижні однокореневі зуби мають трохи сплюснутий з боків корінь і виконання повороту заважають сусідні зуби. Крім того, дзьобовидні 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, його утримують. При цьому витяг вгору або вниз (залежно від розміщення зуба в нижній або верхній щелепі) йде безпосередньо слідом за вивихувальним бічним рухом. При вивиху поворотами навколо вісі зуба це обертання також безпосередньо переходить в рух вгору або вниз.

При тракції зуба, коли не повністю зруйнований зв'язковий апарат, в результаті застосування певних зусиль щипці по інерції з силою можуть вдарити по зубах протилежної щелепи та пошкодити їх.

При неможливості провести або закінчити видалення зуба або кореня за допомогою щипців або елеваторів, необхідно приступити до операції атипового видалення, яка полягає у видаленні (альвеолектомії) або трепанації (альвеолотомія) стінки лунки з зовнішньої (губної або щічної) сторони і видалення оголеного таким шляхом зуба або кореня.

У ряді випадків, беручи до уваги особливості розміщення зуба (наприклад, ретенований, напівретенований) або кореня (залишок верхівкової частини кореня в глибині лунки, різке викривлення кореня, значний гіперцементоз тощо), що підтверджено рентгенологічно, до операції атипового видалення приступають, не роблячи перед нею спроб видалення за допомогою інших менш складних способів.

До операції, напередодні, видаляють зубний камінь. У разі необхідності атипового видалення ретенірованого або напівретенірованого зуба, слід врахувати відношення його до коренів сусідніх зубів. У деяких випадках для достатнього доступу до такого зуба може бути потрібна резекція верхівок прилеглих зубів. Тому вони повинні бути заздалегідь підготовлені – канали у них повинні 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

знеболювання, 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 всі тканини, а операція проводиться не на дотик, а під візуальним контролем. Заздалегідь підбирають всі необхідні для операції інструменти: хірургічні затискачі 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 слизисто-окісного клаптя, невеликий скальпель, вузький распатор, довгі пласкі або жолобоваті долота шириною від 4 до 8мм, невеликий хірургічний молоток, анатомічні та хірургічні пінцети, невеликі гострі хірургічні ложки, кісткові кусачки, ножиці, голки хірургічні, зігнуті, ріжучі, голкотримач, тонкий кетгут або шовк, стоматологічні пінцет, дзеркало і зонд. Всі ці інструменти повинні бути простерилізовані та розкладені в певному порядку на інструментальному столику, наближеному до хірурга.

При атиповому видаленні зубів і коренів на верхній і нижній щелепах більш зручно напівлежаче положення хворого з трохи закинutoю головою. Залежно від області альвеолярного відростка, де проводиться втручання, голові хворого надають відповідне положення, іноді трохи повертають її в бік. Операційне поле при цьому має бути добре освітлено, і лікар повинен його добре бачити.

Для оголення області альвеолярного відростка, який підлягає трепанації, здебільшого роблять або трапецієподібний або дугоподібний розріз, змінюючи величину і розміщення розрізу в залежності від розміщення зуба. Лише при атиповому видаленні нижніх молярів та їх коренів більш зручний кутовий розріз. Основа слизисто-окісного клаптя повинна знаходитися з боку перехідною складки.

Утворений клапоть повинен бути більше трепанаційного отвору і своїми краями повинен перекривати його.

Розрізи проводять через всю товщу м'яких тканин до кістки, розкриваючи не тільки слизову оболонку, але й окістя. Після цього тонким гострим распатором (як распатор для відшаровування можна застосовувати також лопатки або гладилку, вони менш травмують м'які тканини) в напрямку від гребеня альвеолярного відростка до перехідної складки, відокремлюють від кістки клапоть м'яких тканин, який складається з слизової оболонки й окістя. Це представляє деякі труднощі в області ясеневого краю, ближче до перехідної складки відсепаровування клаптя від кістки відбувається легко.

За втручання в області нижнього премолара необхідно пам'ятати про судинно-нервовий пучок, що виходить з підборідного отвору. Щоб запобігти його поранення, обережно відшаровувати м'які тканини до тих пір, поки не стане видно цей отвір з пучком, що виходить з нього. Побачивши розміщення цього пучка, легко запобігти його пошкодженню під час операції.

Відокремивши слизисто-окісний 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, що 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 плаского долота компактну пластинку стінки альвеоли навколо області кістки, яка підлягає видаленню, а потім, поставивши достатньої ширини, пласке долото під кутом 30-35° до поверхні кістки, легким постукуванням молотка знімають кістку шар за шаром до оголення або області зуба, або кореня. Після цього, користуючись більш вузькими пласкими та жолобоватими 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 кістки, що його закривала, захоплюють щипцями і після вивиху видаляють.

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

Техніка видалення ретенуваних зубів на нижній щелепі має деякі особливості. Тут видалення проводиться завжди з боку переддвір'я порожнини рота. Особливо це стосується зубів мудрості. При видаленні ретенуваного нижнього зуба мудрості проводять розріз слизової оболонки і окістя, починаючи його на 2-2,5см вище від жувальної поверхні моляра по передньому краю гілки, зверху вниз. Далі розріз продовжують вперед по внутрішній поверхні гребеня альвеолярного краю до другого моляра, після чого розріз проводять поперек альвеолярного краю на зовнішню поверхню нижньої щелепи, а потім вперед і вниз на 3см. Распатором відшаровують слизово-окісний клапоть, відводять його гачками назовні, трепанують й видаляють оголену зовнішню частину альвеолярного відростка і переднього краю гілки нижньої щелепи біля її основи. При глибокому заляганні зуба необхідна більш велика трепанація кістки, особливо при неправильному положенні і глибокому розміщенні, а також при аномаліях числа та 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 уламків, слизово-окисний клапот кладуть на місце і закріплюють кетгуттовими вузлуватими швами.

У разі необхідності видалення верхівки кореня, розміщеної в глибині лунки, наповненою кістковою тканиною, а також при атиповому видаленні ретенowanego зуба, який лежить майже горизонтально на рівні верхівок коренів, зручніше викроювати клапот поблизу перехідної складки відповідно до проекції ретенowanego зуба або області кореня, який залишився.

При атиповому видаленні коренів нижніх молярів видалення долотом товстої компактної 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 пласким долотом перетинають кісткові містки між отворами, які зроблені бором.

Таким шляхом вдається легко видалити кісткову ділянку зовнішньої стінки альвеолярного відростка потрібних розмірів. Оголивши корені нижніх молярів, поділяють перегородку, що сполучає їх, за допомогою долота або фіссурного бору, і вивихують елеватором один з коренів. Після цього долотом видаляють міжкореневу перетинку, і вивихують другий корінь. Потім кусачками та долотом згладжують всі виступаючі ділянки по краях кісткової рани. Невеликою гострою хірургічною ложкою вискоблюють грануляції та видаляють вільно розміщені кісткові осколки. Після цього клапот 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 використовувати операційний підхід з боку передвер'я порожнини рота. При цьому, видаливши щічний корінь премоляра (або щічні корені моляра), видаляють кісткову перегородку, яка закриває з зовнішньої (щічної) сторони піднебінний корінь. Достатньо 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 всі корені, а, головне, їх верхівки. Тому все, 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 й вилучають з лунки. У тих випадках, коли при огляді видаленого зуба або кореня на його верхівці виявляється видалена разом з ним гранульома, вишкрібання верхівкової частини лунки робити не слід. Однак, здебільшого в області трохи резорбованої верхівки кореня можна виявити лише незначні шматочки капсули гранулеми та грануляційної тканини – все інше залишається в глибині альвеоли.

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

У 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 обстежити ці ділянки слизової оболонки і видалити всі осколки.

При випадкових пошкодженнях ясен, завданих під час операції, відшарування ділянки слід покласти на місце, а при необхідності зміцнити швом; сильно пошкоджені і розтрощені краї краще відрізати.

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

Безпосередньо після операції видалення зуба, полоскань рота зазвичай не дозволяють, тому, що це заважає виповненню лунки згустком. Винятком 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 антисептика.

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 (репонують) краї лунки, що зменшує зяяння рани. Після формування згустку на устя лунки пишно накладають на кілька хвилин марлеву кульку так, щоби пацієнт міг прикусити її, і тим притиснути до країв рани альвеолярного відростка, щоб запобігти попаданню в неї слини. Тампон видаляється хворим з порожнини рота через 10-15 хв.

Невелика кровотеча, яка виникла в результаті розриву судин ясен навколо зуба та періодонта, 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 курити впродовж двох годин. В день видалення зуба пацієнту не слід приймати гарячу їжу, вживати алкоголь.

Загоєння рани після видалення зуба.

При нормальних умовах лунка видаленого зуба заповнюється кров'яним згустком. Весь подальший процес загоєння відбувається під цим природним покривом і проходить по типу вторинного натягу. 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.

Уже через 3-4 дня після видалення зуба по краях рани з боку м'яких тканин ясен розвивається грануляційна тканина і розростається епітелій. В 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. В 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 вустя лунки відрізняється за своєю будовою від навколишньої кісткової тканини.

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

Під захистом епітелію кров'яний тромб організується в сполучну тканину. Слідом за видаленням зуба порушується кровообіг, який існував раніше. Тому альвеолярний край разом з окістям і яснами починають недостатньо жити. 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, тоншає альвеолярний відросток на цій ділянці. Вважають, що висота і діаметр альвеолярного відростка зменшуються приблизно на одну третину.

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

При виникненні запального процесу, особливо при переході його з лунки на навколишню кісткову тканину, збільшується тривалість загоєння лунки залежно від перебігу процесу.

Ускладнення під час і після операції видалення зуба

Всі ускладнення операції видалення зуба умовно поділяють на ті, які виникають під час видалення і 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 (устаткування операційної, а також травма, яка завдається при операції) викликають цілий ряд загальних явищ, головним чином з боку судинної і нервової систем. Іноді виникають значні загальні розлади, що загрожують життю хворого, що залежать від характеру пошкодження, а також від ходу оперативного втручання.

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

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

Непритомність зазвичай не настає раптово – їй 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 незначно. Непритомність здебільшого проходить протягом 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 треба звільнити тулуб від одягу, який заважає. З цією ж метою дають вдихати пари нашатирного спирту, який викликає рефлекторне збудження, впливаючи на рецептори верхніх дихальних шляхів.

У важких випадках доведеться ввести підшкірно 1-2 мл 10% розчину кофеїну. Продовжувати розпочате оперативне втручання слід лише після виходу хворого зі 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 бромом і барбітуратами.

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

Зазвичай, раптово з'являється значна синюшність і блідість обличчя, 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 весь 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: впорскування під шкіру розчину кофеїну, підшкірне або внутрішньовенне введення 0,9% розчину хлористого натрію або внутрішньовенне введення 40% розчину глюкози в кількості 50 мл. Можна ввести внутрішньом'язево 1 мл 1% розчину мезатону. При відсутності ефекту внутрішньовенно вводять 0,5-1,0 мл 0,06% розчину корглікона або 0,05% розчину строфантину в 10-20 мл 40% розчину глюкози. Проведення оперативних втручань при колапсі, крім невідкладних (зупинка кровотечі), протипоказано.

Шок. Шок являє собою різке зниження всіх життєвих функцій, в першу чергу кровообігу і дихання, в результаті перероздратування центральної нервової системи при пошкодженнях 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 збережено, але знижуються всі 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 подразнень різко знижені.

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

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

Для боротьби з шоком, який розвинувся, необхідно не тільки активізувати діяльність серця шляхом введення розчину кофеїну, але також знизити сприйняття больових подразнень, для чого здійснюють впорскування морфіну. Треба створити спокій хворому, зігріти його грілками. Добре діють при боротьбі з шоком внутрішньовенні вливання 400-500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду, 5% розчину глюкози (або 40% розчину глюкози в кількості 50 мл), а особливо 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 праву легеню), викликаючи обтурацію його просвіту. У хворого виникає кашель. Однак порушення зовнішнього дихання не настільки виражені, щоб становити безпосередню загрозу для життя хворого. При підозрі на потрапляння зуба або його частини в дихальні шляхи необхідно терміново направити хворого на рентгенологічне дослідження, проконсультувати його у пульмонолога, так як наявність в просвіті бронха інфікованого чужорідного тіла, яким є зуб, призводить до розвитку абсцедуючої 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. Відлам невеликих ділянок кісткової тканини.
5. Відлам заднього відділу альвеолярного відростка верхньої щелепи, іноді з бугром верхньої щелепи і з ділянкою dna гайморової пазухи.
6. Перелом нижньої щелепи.
7. Порушення цілісності dna гайморової порожнини.
8. Попадання кореня в верхньощелепну пазуху.
9. Вивих нижньої щелепи.
10. Розрив слизової оболонки.
11. Порушення чутливості (парестезії, гіпестезія).
12. Кровотеча.

Найчастіше операція видалення зуба ускладнюється переломом його коронки або кореня, який може бути пов'язаний як із значним руйнуванням зуба патологічним процесом, так і з особливостями будови кореня і навколишньої кісткової тканини. Однак, певні порушення техніки оперативного втручання чималою 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 т.д.

Вивих і перелом сусідніх зубів, які були опорою для елеватора, можна пояснити в 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 (попередньо слід ретроградно запломбувати канал кореня), закріплення зуба шиною. Для профілактики подібних ускладнень не можна використовувати в якості опори для елеватора

поодинокі зуби. Під час вивиху зуба елеватором великий або вказівний палець слід накласти на жувальну поверхню зуба, який видаляється, 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 нижніх молярів. 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. Однак, патологічні процеси в періодонті іноді призводять до заміщення його в окремих ділянках кісткою, в результаті чого корінь зуба щільно зрощується 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 видаляються разом з ним. Коли ж рухливі ділянки альвеолярної стіни не видаляються разом з коренем, їх слід видалити, обережно відокремивши від м'яких тканин. Скушують і наявні навколо кісткові виступи.

Відлам заднього відділу альвеолярного відростка верхньої щелепи, іноді з бугром верхньої щелепи і з ділянкою dna 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 приживлення відламаного фрагмента не доведеться, його слід видалити, а рану вшити наглухо. Надалі не виключена можливість виникнення запального процесу в верхньощелепному синусі, а також утворення на місці вилученої ділянки кістки норичевого 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, хронічних остеомієлітах тощо.

Порушення цілісності dna верхньощелепного синуса є одним з частих ускладнень при видаленні верхнього моляра, другого, а іноді і першого премоляра. Це пов'язано з тим, що іноді корені зазначених 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 dna верхньощелепного синуса, яка покриває верхівку кореня. Після цього тканини запального вогнища біля

верхівки кореня вже безпосередньо контактують зі слизовою оболонкою верхньощелепної пазухи і зрощуються з нею. При видаленні одного з таких зубів слизова оболонка розривається, в результаті чого з'являється сполучення між порожниною рота і верхньощелепної пазухою.

У деяких випадках слизова оболонка дна верхньощелепної пазухи пошкоджується хірургічної ложкою при недбалій обробці лунки, а саме тоді, коли при її вишкрібанні інструмент з силою просувають вгору.

Пошкодження дна гайморової порожнини виявляють на підставі проходження повітря, з невеликим свистом, з порожнини рота в порожнину носа при надування 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. Найімовірніше в таких випадках затампонувати згорнутої смужкою йодоформної марлі тільки вустя лунки, скріпивши цей тампон дротяної лігатурою, укріпленої на сусідніх зубах, або наклавши над ним вузлуваті шви. Тампон не виймати по можливості 5-7 днів. За цей час згусток, що наповнює верхні відділи лунки, вже починає організовуватися, тобто проростати грануляціями. Крім того, зближуються 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 можуть бути ознакою запального процесу в верхньощелепній пазусі, а також наявності радикулярної кісти, тампонувати лунку не слід: її залишають відкритою. Подальше лікування проводять в залежності від характеру процесу (гайморит або кіста).

Попадання кореня в верхньощелепної синус може спостерігатися при видаленні верхнього моляра або рідше премоляра. Це пояснюється в першу чергу близькістю верхньощелепного синуса і руйнуванням, під впливом періапикального патологічного процесу, кісткової тканини в ділянці дна пазухи настільки, що при стисканні ручок щипців корінь, який вислизнув, з щічок, які охоплюють його, проштовхується в верхньощелепний синус. Найчастіше корінь виявляється зміщеним в 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 виведення кореня, який потрапив в верхньощелепної 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 вустя лунки, щоб сприяти зрощенню сполучення з порожниною рота. Видалення кореня з пазухи, яке не є невідкладною операцією, слід проводити через трепанаційний отвір в ділянці іклової ямки (по типу радикальної гайморотомії) в умовах стаціонару. За деякими даними, видалення оперативним шляхом в перші 1-2 дня кореня, що потрапив в верхньощелепну пазуху, і введення після цієї операції

антибіотиків і ушивання пазухи наглухо дають хороші результати. При цьому, в разі відсутності змін слизової оболонки, немає необхідності видаляти її та з'єднувати верхньощелепну пазуху з нижнім носовим ходом.

Вивих нижньої щелепи. Таке ускладнення може виникнути в тому випадку, коли видалення зуба на нижній щелепі проводиться при максимальному 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 головка щелепи прощупується попереду від звичайного свого положення. Рентгенівський знімок, якщо в ньому є необхідність, підтверджує перебування головки щелепи поза суглобової ямки.

При двосторонньому вивиху вся щелепа зміщується вперед без зміщення по середній лінії. Прощупуються обидві головки 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 упора крісло або на низький стілець. Голова фіксується в підголовнику 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 прикушування пальців) у порожнину рота, і накладає їх на жувальні поверхні нижніх великих кореневих зубів, а за їх відсутності – на альвеолярні відростки попереду від гілок нижньої щелепи. Рештою пальців охоплює нижню щелепу ззовні і знизу. Поступово посилюючи тиск великими пальцями на моляри, лікар одночасно іншими пальцями здійснює тиск на підборіддя знизу вгору (піднімає її передній відділ). Таким чином, гілки нижньої щелепи зміщуються вниз, а суглобові головки опускаються нижче суглобових горбків. Тиском долонь (спереду назад) на підборіддя, роблять зміщення суглобових головок в суглобові ямки, тобто суглобова головка ковзає по задньому скату суглобового горбка і входить в суглобову западину. У цей момент великі пальці потрібно зміщувати в передвер'я порожнини рота, щоб не перешкоджати змиканню щелеп. Вправлення головок супроводжується характерним хрускотом, швидким і щільним змиканням 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 протягом 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 в момент просування щипців одна з щічок ковзає, в результаті чого травмується тверде піднебіння. При пошкодженні під'язикової області може розвинутися 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 відшарування 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 язикового боку). На пошкоджені 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 при нормальних умовах через кілька хвилин, завдяки згортанню крові, лунка наповнюється кров'яним згустком і кровотеча припиняється.

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

Місцеві причини. Сила кровотечі, яка виникає після операції видалення зуба, залежить від обсягу і ступеня пошкодження 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 травми частини альвеоли або міжкореневої перетинки. Оточені кістковими стінками, ці артерії не скорочуються в тій же мірі, що і судини м'яких тканин, тому кровоточать.

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 продовжуючи його дію. Однак 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 пошкодженням аномалійно розташованої судини, яка проходить в кістковій тканині альвеолярного відростка або ж в м'яких тканинах, що його 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, лейкемії, деякі інфекційні захворювання – висипний тиф, септичний ендокардит, скарлатина та ін.

При гемофілії та 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, пошкодження твердого піднебіння – нерідко дають кровотечі артеріального типу. При пошкодженні м'яких тканин зупинка кровотечі найкраще досягається перев'язкою або прошиванням судини, а також накладанням швів. При пораненнях щічками щипців твердого піднебіння накладання швів може бути технічно неможливим. У цих випадках рану слід туго затампонувати смужкою йодоформної марлі, а її краї коагулювати. Хороші результати, дає накладання на ділянку м'яких тканин, що кровоточить, невеликого марлевого тампона з подрібненими кристалами марганцевокислого калію.

При кровотечі з кісткової стінки, найчастіше межкореневої або міжкоміркової перегородки, слід за допомогою щипців здавити цю ділянку кістки, спресувати його, попередньо відсепарувавши слизову оболонку. Найкраще для цієї мети застосовувати щипці зі 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 надходить з глибини лунки. У цих випадках показана тампонада лунки. Попередньо 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 притискаючи марлю, наповнюють альвеолу до країв. Надлишок марлевої смужки відрізають ножицями. В результаті цього вся ранова 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 -амінокапронової кислоти.

Якщо при тампонаді лунки віддавлюється в сторону слизова оболонка альвеолярного відростка, доцільно поверх тампона накласти шви і, пов'язавши їх, зблизити краї рани. Щоб запобігти прорізуванню вколювати швів, голку слід вколювати, відступивши, не менш ніж на 0,5-0,75см 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. При відсутності кровотечі хворого можна відпустити. Якщо ж кровотеча продовжується, слід видалити всі 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 вилучення тампона.

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

Більшість кровотеч, які виникають після видалення зуба, пов'язано 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 -амінокапронової кислоти. При тривалій кровотечі ці речовини вводять повторно. Крім того, аскорбінову кислоту дають всередину 3 рази на день по 0,1г.

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

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

Запобігання кровотеч. У разі потреби видалення зуба хворому із захворюваннями системи згортання крові, йому попередньо слід провести відповідне обстеження (загальний аналіз крові, кількість тромбоцитів, швидкість осідання, тривалість кровотечі) і проконсультуватися з лікарем-гематологом. Перед оперативним втручанням в 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, прийнявши всі заходи для запобігання кровотечі й її зупинки. Таким хворим не слід видаляти кілька зубів одночасно.

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

Порушення чутливості (парестезії, гіперстезія) в ділянці нижнього альвеолярного нерва іноді виникає в зв'язку з його пошкодженням при провідниковому знеболюванні. Однак, в деяких випадках таке ускладнення виникає після видалення першого, рідше другого моляра. Найчастіше це спостерігається при вивиху елеватором залишків коренів з глибоких відділів альвеоли і травмуванні нервового стовбура. Цьому сприяють як анатомічні особливості (близькість судинно-нервового пучка до верхівок коренів зубів, які видаляються), 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 (в ділянці розгалуження підборіддя нерва), зникають лише протягом кількох 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, фарадізація, масаж тощо).

Альвеоліт (луночковий біль) – запальне ускладнення, що виникає в лунці видаленого зуба і супроводжується вираженим больовим синдромом.

Синонімами його є: постекстракційний альвеолоневрит, луночковий післяопераційний біль, остеомієліт лунки.

Альвеоліт становить 24-35% від числа випадків всіх ускладнень, які зустрічаються у хворих після видалення зубів.

На верхній щелепі альвеоліт 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 альвеолітів на верхній і нижній щелепах пояснюється особливостями їх анатомічної будови.

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

До причин виникнення альвеоліту 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 бактеріальної мікрофлори частота альвеолітів (особливо при видаленні нижніх зубів) знижується.

2. Гострі і оголені краї лунки, які залишаються після видалення кореня зуба, сприяють появі в післяопераційному періоді посттравматичного невриту і розвитку на його тлі альвеоліта.

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 весь альвеолярний сегмент видаленого зуба.

3. Відсутність кров'яного згустку в лунці видаленого зуба. У літературі є вказівки на існування факторів, 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 Шенлейна-Геноха, застосування антикоагулянтів у хворих з інфарктом міокарда, 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 великої кількості "сухих лунок", яке може бути також причиною розвитку альвеоліту.

4. Виникненню альвеоліту, можуть сприяти недостатнє відшаровування зубоясеневі зв'язки, неправильний вибір інструменту для проведення операції, аномалія розташування зубів і 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 вогнищ інфекції викликає сенсibiliзацію організму хворого, що призводить до зміни імунологічної реактивності організму. Сенсibiliзація, в свою чергу, призводить до ослаблення захисних реакцій, а повторне інфікування лунки викликає розвиток запалення в ній.

У хворих альвеолітом, при різній тяжкості перебігу патологічного процесу, зареєстровано зниження показників фагоцитарної активності нейтрофілів крові, активності лізоциму в сироватці крові і слині, а також ослаблення бактерицидних властивостей шкіри, тобто зниження неспецифічної реактивності організму.

За клінічним перебігом альвеоліт розділяється на гострий і хронічний. В клінічній картині гострого альвеоліту виділяють три форми запалення: серозне, гнійне і гнійно-некротичні (обмежений остеомієліт лунки). Кожна клінічна форма захворювання характеризується особливостями клінічного прояву і патологічного 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 прийому їжі (мабуть, вона зумовлена 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. У деяких випадках лунка зуба може бути заповнена залишками кров'яного згустку, на поверхні якого знаходяться залишки їжі. В інших же випадках в лунці може перебувати кров'яний згусток, який розпався, залишки їжі і слина. Регіональні лімфатичні вузли не збільшені. Серозний альвеоліт триває близько 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, нездужання. 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. Відкривання 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 гинути та розтрощеними м'якими тканинами і тромбом, що гинуть. В такому випадку тромб в альвеолі стає неживою органічною речовиною, що є гарним живильним 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, безперервний, пульсуючий біль, що не вщухає, який при локалізації процесу на нижній щелепі іррадіює в 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-окісний край рани, залежно від області та ступеня їх пошкодження, мають брудний зелено-коричневий відтінок. Згусток крові в лунці відсутній, дно і її стінки вкриті брудно-сірою масою зі смердючим запахом. Слизова оболонка, що оточує лунку, червоніє, набрякає, окістя інфільтрується і потовщується. 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 в наслідок 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 зі 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 зі зниженим вмістом солей темніше, їх структура розмита. Навпаки, ділянки кісткової тканини з нормальним вмістом солей більш світлі та мають структуру здорової тканини.

Хронічний гіпертрофічний (гнійний) альвеоліт (хронічний обмежений остеомієліт лунки). Для хронічного гіпертрофічного (гнійного) альвеоліта, що настає через 3-4 тижні, домінуючим симптомом є розростання грануляційної тканини, яке починається з дна лунки. Між краями рани грануляційна тканина часто розростається у вигляді цвітної капусти. При натисканні на неї, з грануляцій виділяється рідкий гнійний ексудат. Слизова оболонка альвеолярного відростка має синюшний колір, набрякла, гіперемована. При інструментальному обстеженні між кістковою стінкою альвеоли та гіпертрофічними розростаннями можна виявити щілинний простір, а також дрібні секвестри (зазвичай до кінця 3-го тижня вони рухливі). Перебіг хронічної форми гнійного альвеоліту 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 пацієнта не оперували, то кісткові секвестри можуть відходити протягом 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 ледь помітну структуру.

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

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 уламків зубів. Для цього під місцевою провідниковою або термінальною анестезією, лунку видаленого зуба промивають теплими розчинами антисептиків (фурациліну 0,02%, хлоргексидину біглюконату 0,5%, діоксидіна 0,5%, перекису водню 3%, калію перманганату 0,1-0,5 %,

хлораміну 0,5-1%), антибіотиків (лінкоміцину гідрохлориду 30%, Мікроцид, гентаміцину сульфату 4%), ферментів (трипсину, хімотрипсину, хімопсину, терілітину).

Якщо після промивання в лунці залишаються залишки кров'яного згустку, фрагменти кісткової тканини та 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 пошкодити новоутвореного грануляційного валу на стінках лунки.

На клінічний перебіг альвеолітів нижньої щелепи сприятливо впливає регіональна новокаїнова блокада нижньощелепного нерва та його гілок. Дія новокаїнової блокади подвійна: в 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. Перед тим, як 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 чи інших препаратів залежить від фази запального процесу.

Для лікування альвеолітів можна вводити в лунку зуба турунду, просочену 10-20% камфорним маслом з анестетиків (анестезином).

З метою лікування цього патологічного процесу застосовують протеолітичні ферменти – трипсин, хімотрипсин, хімопсін. Їх розчиняють у фізіологічному розчині натрію хлориду або 0,25% розчині новокаїну (10 мг 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, Мікроцид, риванолу, фурациліну, хімопсину і ін.

При лікуванні гострих альвеолітів також промивають лунки зубів теплим розчином фурациліну і трипсину (хімотрипсину) з наступним заповненням їх антибактеріальною ензімо-анестезуючою пастою, приготовленою 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 частини сульфаніламідів, 5 мг трипсину (хімотрипсину) і 0,25 частини анестезину.

Для лікування альвеоліту застосовують антистафілококкову 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 антистафілококковою 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 (венапіолін-1), який має знеболюючу і протизапальну

дію. Його вводять під слизову оболонку перехідної складки, в ділянці видаленого зуба, в 1-у добу в кількості 0,3 мл, на 2-у – 0,5 мл, на 3-ю – 0,8 мл. Ефект від застосування препарату настає на 2-3-й день 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 ОД 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, надає протизапальний, протинабряковий, некролітичний, бактеріостатичний та гіпосенсибілізуючий ефекти.

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

У хворих на альвеоліт після знеболювання та ревізії лунки зуба, її можна заповнювати турундою, змоченою ектерицидом або 50% розчином димексиду з оксациліна натрієвої сіллю (40% лінімент димексиду). Встановлено, що ектерицид має активність по відношенню 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, левонорсін тощо.

Розроблено лікарську форму 5% хлорацетофосову мазь, яка виготовлена на касторово-ланоліновій основі, що дозволяє вводити її на турунці в лунку зуба.

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

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

Рекомендовано використовувати для лікування альвеолітів магнітофорів, є джерелом постійного магнітного поля. Вони виготовляються з еластичної медичної гуми з додаванням магнітного порошку, зокрема ферриту барію. Їх можна кип'ятити, стерилізувати в автоклаві.

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

В останні роки стали широко застосовувати голковколвання, що надає беззаспокійливу дію, підвищує загальну реактивність організму і створює своєрідний фон для сприятливого перебігу захворювання та швидшого одужання.

Всі маніпуляції при лікуванні альвеоліту, на думку А. А. Тимофєєва, потрібно проводити під місцевою провідниковою анестезією, яка крім знеболюючого ефекту сприятливо впливає на хід запального процесу. Перша заміна тампона здійснюється через 1 добу, а в подальшому - через 3-4 дні (до зникнення болю).

У гнійно-некротичній фазі гострого альвеоліту хворому призначають антибіотики (гентаміцину сульфат, лінкоміцину гідрохлорид, фузидин-натрій), гіпосенсибілізуючі (димедрол, піпольфен, супрастин, діазолін, тавегіл, задитен), протизапальні (ацетилсаліцилова кислота і її похідні, бутадіон, парацетамол, кислота мефенамова).

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

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

На відміну від болю, який спостерігається у випадках розпаду згустку, за наявності гострих країв, загоєння лунки не порушується. Запальних явищ в ділянці альвеолярного відростка і болісності лімфатичних вузлів немає. Пальпація пальцем країв лунки дозволяє визначити болісну ділянку.

Згодом ці кісткові виступи розсмоктуються, однак, 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 в напрямку перехідної складці роблять два розрізи, формуючи трапецієподібний слизово-окісний клапоть. Відокремивши клапоть распатором від кістки, і оголивши кісткові виступи, видаляють їх кістковими кусачками або долотом. На рану накладають вузлуваті шви.

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

I ступінь – товщина кісткової тканини від коронки ретензованого зуба до альвеолярного краю щелепи (рентгенологічно) не перевищує 1 мм.

II ступінь - товщина кісткової тканини над ретенваним зубом від 1 до 3 мм.

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

Полуретенція – неповне прорізування зуба через кісткову тканину щелепи або слизову оболонку.

Дістопія – неправильне положення зуба, що прорізувався, в зубному ряду, або аномалійне 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. Дістопія на верхній щелепі відзначається в вестибулярну сторону, тверде піднебіння, власне в порожнину рота, в сторону передньої стінки і виличного відростка верхньощелепної кістки. На нижній щелепі – в сторону передвер'я порожнини рота, в тіло, кут і гілку нижньої щелепи.

Причини затримки прорізування зубів остаточно не з'ясовані, проте, клінічні спостереження спонукають дослідників пов'язувати ретенцію з такими основними групами факторів :

- обмінні фактори і інфекція;
- флогенетичні чинники;
- місцеві чинники.

До числа факторів першої групи відносять: ендокринні порушення (особливо щитоподібної і паращитоподібної залоз), рахіт, сифіліс, гіповітамінози тощо. 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 фактор: в процесі філогенезу людини відбувається поступове зменшення розміру щелеп; при цьому число зубів і їх розміри залишаються практично стабільними. В результаті зазначеної диспропорції зубам, які прорізуються, частіше за все не вистачає місця в зубному ряду. Завдяки 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 поширюється на внутрішню поверхню гілки нижньої щелепи, де неможливе прорізування зуба мудрості (третього моляра).

До факторів місцевого характеру відносять:

- інтоксикація зачатка постійного зуба продуктами запалення навколо молочного зуба;
- затримка молочного зуба в лунці та перекриття їм шляху для прорізування постійного зуба;
- зрощення затриманого зуба з коренем сусіднього зуба, який прорізується;
- дуже рання втрата молочного зуба і пов'язане з цим утворення щільного рубця на альвеолярному гребені;
- конвергенція коронок двох зубів, які межують з передчасно віддаленим молочним зубом; постійний зуб, який прорізується йому на зміну зустрічає

на своєму шляху дві перешкоди у вигляді нахилених один до одного коронок зубів (в цих випадках зазвичай має місце полуретенція постійного зуба);

- патологічні розростання на корені зуба (цементома, кісткові відкладення);
- наявність викривлення кореня зуба;
- розміщення зубного зачатка занадто глибоко в тілі щелепи;
- наявність щільних рубців на яснах (в результаті перенесеного запалення в молочних зубах або травми);
- розвиток навколо зубного зачатка так званої фолікулярної кісти, вміст якої тисне на зачаток зуба;
- запалення зубного зачатка і навколишніх тканин;
- збільшення обсягу зубного зачатка у вигляді емалевих крапель або дентинних острівців.

Крім перерахованих причин ретенції зубів надають велике значення інтоксикації фолікула постійного зуба продуктами запалення, яке розвинулося навколо гангренозних коренів молочних зубів; вважається, що інтоксикація може позбавити зачаток постійного зуба, котрий вже розвинувся, можливості подальшого прорізування.

Механізм розвитку фолікулярної кісти навколо дистопованих зубів можна уявити собі так: в зачаток ретенованого зуба, розташованого в неповноцінних тканинах, проникає гематогенним або лімфогенним шляхом інфекція; не виключається також можливість проникнення інфекції з сусіднього, гангренозного зуба, що раніше прорізувався. Запалення, яке виникло в зубному зачатку, призводить до подразнення та ушкодження зовнішнього епітелію емалевого органу. В результаті починається неправильне і надмірно прискорене розмноження клітин епітелію, які утворюють кістозну оболонку.

У клініці спостерігаються випадки, коли ретенований зуб знаходиться в товщі щелепи і не пов'язаний через перфораційні 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 іммунобіологічному плані дещо більш чутливими, ніж інші тканини. Сам факт ретенції вже є свідченням якихось трофічних порушень в них.

Залежно від розташування напівретенованого або ретенованого 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;
- язично-косе (язичне) – вісь зуба мудрості нахилена в язиковий бік;
- щічно-косе (щічне) – вісь зуба мудрості нахилена в щічну сторону;
- комбіноване – комбінація попередніх положень.

Клінічні прояви затримки прорізування зубів можуть бути відсутні повністю, 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 чи внутрішній поверхні тіла або альвеолярного відростка щелепи; рухливість сусідніх зубів без зовнішньо 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 поруч з ним видно фолікулярну кістку або одонтогенну пухлину – адамантіному.

Затримка прорізування може ускладнитися такими запальними захворюваннями: пульпітом у ретенваному або сусідньому з ним зубі, який прорізувався, запаленням періодонта ретенваного або сусіднього зуба, остеомієліт щелепи, перікороніт, періоститом, абсцесом, флегмоною або їх поєднанням.

Запалення в періодонті, щелепі, періості і лімфовузлах спостерігається зазвичай при напівретенції, коли невелика ділянка зуба, який прорізувався, створює в слизовій оболонці рота своєрідні осередки для проникнення інфекції в періодонт, кістку. Найчастіше запальні ускладнення мають місце при неповному, або так званому утрудненому 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 прорізувався (шляхом ортодонтичних переміщень зубів, що прорізувалися), або створюються умови для функціонального подразнення ясен; під його впливом в зубі, який затримався збуджується потенція до прискорення прорізування.

Хірургічне лікування застосовується більшістю лікарів лише в тих випадках, коли неможливо використовувати консервативні методи, або ж затримка прорізування ускладнилася якимось неврологічним або запальним ускладненням. Лікування невеликих ускладнень зазвичай зводиться до видалення зуба разом з патологічним вогнищем – новоутворенням або запаленою ділянкою (кістка, ділянка кістки, що секвеструвалася, капюшон при перікороніті, грануляційна тканина).

Деякі автори вважають, що видалення ретенваного зуба, який не викликав якихось місцевих або загальних патологічних змін, не повинно проводитися. На противагу їм існує думка, згідно з якою ретенваний зуб підлягає, як правило, видаленню.

Методика лікування хворих із затримкою прорізування зубів повинна визначатися не тільки наявністю або відсутністю запальних й інших

ускладнень, але також і ступенем складності та безпеки самого методу хірургічного втручання. При відсутності будь-яких ускладнень немає показань для видалення зуба, особливо при глибокому його розташуванні в товщі тіла нижньої щелепи. Видалення такого зуба буває іноді важким і тривалим оперативним втручанням, здатним викликати ряд найближчих чи віддалених стійких ускладнень (кровотеча з нижньоальвеолярної артерії, парестезії, невралгії трійчастого нерва, травматичний остеомієліт щелепи).

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

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

Матеріали для самоконтролю:

А. Завдання для самоконтролю (таблиці, схеми, малюнки, графіка):

Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою по темі: «Утруднене прорізування зубів «мудрості». Перикороніт, клініка, діагностика, лікування, ускладнення, їх профілактика. Показання до видалення зуба "мудрості", методика атипового видалення».

Основні показання	Вказівки	Відповіді
Вивчити: Етіологію	Перерахувати основні етіологічні фактори	Запалення капюшона над 3.8, 4.8 Несприятливі топографо-анатомічні взаємовідносини цих зубів з навколишніми тканинами. Утворення патологічної кістково-ясенної кишені позаду коронки 3. і 4.8 – кишені Вужгайма
Клініку	Скласти класифікацію клінічних проявів	Перикороніт в області 3.8 і 4.8 зубів, гострі серозні, гострі гнійні
Діагностику	Перерахувати основні методи діагностики	Обстеження хворого: клінічне, рентгендіагностика
Диференціальну діагностику	Заповнити таблицю диференційної діагностики	Диференціальна діагностика: гострих, серозних і гнійних перикоронітів, ретромолярних періоститів, паратонзиллярного абсцесу, гострого періоститу, альвеолярного відростка нижньої щелепи.
Лікування	Скласти типову схему лікування при гострому серозному гнійному перикороніті (причина в капюшоні)	А) при серозному перикороніті – висічення капюшона над 3.8, 4.8 зубом Б) при гнійному перикороніті – розсічення (поздовжньо) капюшона з подальшим дрениванням рани йодоформною турундою В) медикаментозне лікування: протизапальна терапія:

		дезінтоксикаційна терапія: стимулююча терапія: симптоматична терапія:
--	--	--

Структурно-логічна схема змісту заняття

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;		- дезінтоксикаційна терапія;	
- дренажування.		- стимулююча терапія;	
		- симптоматична терапія.	
фізіотерапія			
УВЧ	УФО	ультразвук	електрофорез

Б. Задачі для самоконтролю.

1. Пацієнтові був видалений зуб 3.7 з приводу загострення хронічного періодонтиту. Але через три дні цей пацієнт повторно звернувся до лікаря із скаргами на постійний ниючий біль в області видаленого зуба. Інтенсивність болю постійно зростає. Під час огляду встановлено: слизова оболонка альвеолярного відростка в області зуба 3.7 значно гіперемована, болісна. Лунка видаленого зуба 3.7 вкрита сіруватим нальотом. З рота пацієнта відчувається неприємний запах. Регіонарні лімфатичні вузли збільшені, болісні під час пальпації. Який найвірогідніший діагноз можна встановити?

Варіанти відповіді:

- A. Гострий остеомієліт нижньої щелепи.
- B. Гострий періостит.
- C. Альвеоліт.
- D. Гострий лімфаденіт.
- E. Перикороніт.

Правильна відповідь:

- C. Альвеоліт.

Алгоритм рішення:

Для встановлення діагнозу слід звернути увагу на скарги пацієнта (на постійний ниючий біль в області видаленого зуба, інтенсивність болю

постійно зростає), дані анамнезу (три дні тому був видалений зуб 3.7 з приводу загострення хронічного періодонтиту), дані об'єктивного обстеження (слизова оболонка альвеолярного відростка в області зуба 3.7 значно гіперемована, болісна; лунка видаленого зуба 3.7 вкрита сіруватим нальотом; з рота пацієнта відчувається неприємний запах; регіонарні лімфатичні вузли збільшені, болісні під час пальпації). Таким чином, встановлюємо діагноз – альвеоліт.

2. Чоловік звернувся в поліклініку з приводу видалення 1.7 зуба. Під час операції видалення зуба один з коренів потрапив у верхньощелепну пазуху. Яка тактика лікаря в цій ситуації?

Варіанти відповіді:

- A. Провести рентгенологічне обстеження і направити пацієнта в стаціонар.
- B. Провести операцію гайморотомії.
- C. Не починати ніяких дій.
- D. Видалити корінь через перфораційний отвір, який утворився.
- E. Ушити лунку видаленого зуба.

Правильна відповідь:

- A. Провести рентгенологічне обстеження і направити пацієнта в стаціонар.

Алгоритм рішення:

Потрапляння коренів зубів верхньої щелепи до верхньощелепної пазухи – досить часте ускладнення, яке виникає при видаленні молярів та премолярів (рідше ікла) верхньої щелепи. Існує певний протокол, як діяти в такий ситуації. Слід обов'язково провести променеву діагностику (рентгенограма, КПКТ) для топічної діагностики розташування кореня та направити пацієнта в стаціонар для оперативного лікування (радикальна гайморотомія) для видалення стороннього тіла з верхньощелепної пазухи.

3. Пацієнт звернувся до хірурга-стоматолога зі скаргами на підвищення температури тіла до 37,6°C, припухлість м'яких тканин, біль в 3.7 зубі на нижній щелепі зліва, що посилюється при дотику зубом-антагоністом. При огляді спостерігається гіперемія і згладжена перехідна складка альвеолярного відростка з вестибулярного боку в області зруйнованого 3.7 зуба. Який найвірогідніший діагноз?

Варіанти відповіді:

- A. Гострий серозний періодонтит.
- B. Хронічний періодонтит в стадії загострення.
- C. Гострий одонтогенний остеомієліт.
- D. Гострий одонтогенний гнійний періостит.
- E. Пародонтальний абсцес.

Правильна відповідь:

- D. Гострий одонтогенний гнійний періостит.

Алгоритм рішення:

Для встановлення діагнозу слід звернути увагу на скарги пацієнта (підвищення температури тіла до 37,6°C, припухлість м'яких тканин, біль в 3.7 зубі на нижній щелепі зліва, що посилюється при дотику зубом-антагоністом) та дані об'єктивного обстеження (підвищення температури тіла до 37,6°C, припухлість м'яких тканин, біль в 3.7 зубі на нижній щелепі зліва, що посилюється при дотику зубом-антагоністом) та дані об'єктивного обстеження (гіперемія і згладжена перехідна складка альвеолярного відростка з вестибулярного боку в області зруйнованого 3.7 зуба) можемо встановити діагноз гострий одонтогенний гнійний періостит нижньої щелепи зліва в області 3.7 зуба.

Задача 4.

Пацієнт, 54 років, звернувся зі скаргами на біль та припухлість зі сторони піднебіння в області 2.6 зуба. Три місяці тому в нього був інфаркт міокарда. Місцево: коронкова частина 2.6 зуба зруйнована більше ніж на 3/4, слизова оболонка з боку піднебіння гіперемована, набрякла, визначається зона флуктуації, пальпація інфільтрату різко болісна.

1. Встановіть діагноз.
2. Складіть план лікування.

Алгоритм рішення:

1. Абсцес піднебіння зліва в області 2.6 зуба, загострення хронічного періодонтиту 2.6 зуба.
2. Враховуючи, що три місяці тому у пацієнта був інфаркт міокарда, видалення 2.6 зуба та розкриття абсцесу піднебіння слід проводити в умовах відділення щелепно-лицевої хірургії.

Задача 5.

Пацієнтка, 40 років, звернулася з прохання зберегти 2.6 зуб, тому що він є опорою мостоподібного протезу від 2.3 до 2.6 зуба. Об'єктивно: на слизовій оболонці на рівні медіального щічного кореня 2.6 зуба – функціонуюча нориця з гнійними виділеннями. При рентгенологічному дослідженні 2.6 зуба є тіні пломбувального матеріалу у піднебінному та дистальному щічному коренях на всю довжину коренів, у медіального щічного кореня – лише у гирла каналу, а в області верхівки кореня – розрідження кісткової тканини без чітких меж, розміром 0,3x0,2 см.

1. Встановіть діагноз.
2. Яким хірургічним методом можливо збереження 2.6?

Алгоритм рішення:

1. Діагноз: хронічний грануломатозний періодонтиту 2.6 зуба.
2. Враховуючи необхідність збереження зуба 2.6 зуба, можливо провести операцію – ампутацію медіального щічного кореня. З цією метою після анестезії викроюють трапецієподібний клапоть по краю альвеолярного відростку на рівні 2.5-2.7, резектується корінь та видаляється. Клапоть мобілізується та ушивається узлукватими швами.

1. Явище, за якого нормально розвинений зуб не прорізався у відповідний час на тому місці в зубному ряду, де він мав прорізатися, має назву:

Варіанти відповіді:

- Інклюзія .
- А. Дистопія.
- В. Ретенція.
- С. Тортоаномалія.
- Д. Надкомплектний зуб.
- Е. Інклюзія.

Правильна відповідь:

В. Ретенція

2. Під час видалення кореня зуба 3.8 елеватором Леклюза лікар прощтовхнув корінь в прищелепні м'які тканини. Корінь розташувався під слизовою оболонкою альвеолярної частини щелепи і чітко пальпується пальцем. Яку тактику повинен обрати лікар в цьому випадку?

Варіанти відповіді:

- А. Спробувати видалити корінь через лунку зуба.
- В. Видалити корінь через підщелепний оперативний доступ.
- С. Подальші дії лікар повинен визначити тільки після рентгенологічного обстеження хворого.
- Д. Розріз м'яких тканин над коренем і видалення кореня.
- Е. Залишити корінь в м'яких тканинах.

Правильна відповідь:

Д. Розріз м'яких тканин над коренем і видалення кореня.

3. У пацієнта, 37 років, був видалений медіальний корінь 3.6, а дистальний корінь зуба зламався в середній третині. Який інструмент Ви застосуєте для видалення кореня?

Варіанти відповіді:

- А. Прямий елеватор.
- В. Елеватор під кутом наліво.
- С. Елеватор під кутом направо.
- Д. Дзьобоподібні щипці зі щічками, що не сходяться.
- Е. Дзьобоподібні щипці зі щічками, що сходяться.

Правильна відповідь:

С. Елеватор під кутом направо.

4. До лікаря звернувся чоловік з метою санації порожнини рота. Після огляду і проведення клінічного обстеження встановлено, що необхідно видалити зуб 3.1, корінь якого оголений на 1/2, рухливість його III ступеню. Діагноз: локалізований пародонтит зуба 3.1. Виберіть щипці, якими треба провести видалення зуба 3.1.

Варіанти відповіді:

- A. Дзьобоподібні зі шпильками на щічках.
- B. Дзьобоподібні зі щічками, що не сходяться.
- C. Дзьобоподібні зі щічками, що сходяться.
- D. Зігнуті по площині.
- E. Байонети.

Правильна відповідь:

- C. Дзьобоподібні зі щічками, що сходяться.

5. Пацієнт, 35 років, звернувся для видалення зуба 1.4 з приводу загострення хронічного періодонтиту після безуспішного терапевтичного лікування. Який Ваш вибір інструментарію для видалення?

Варіанти відповіді:

- A. Прямі щипці.
- B. Багнетоподібні коронкові щипці.
- C. S-подібні щипці.
- D. S-подібні праві щипці
- E. Багнетоподібні кореневі щипці.

Правильна відповідь:

- C. S-подібні щипці.

6. Чоловік, 28 років, звернувся до хірурга-стоматолога для видалення зуба 3.8. Які щипці необхідно вибрати для видалення цього зуба?

Варіанти відповіді:

- A. Дзьобоподібні щипці зі щічками, що не сходяться.
- B. Дзьобоподібні щипці зі щічками, що сходяться.
- C. Дзьобоподібні щипці, зігнуті по площині.
- D. Дзьобоподібні щипці з шипами.
- E. Байонети кореневі.

Правильна відповідь:

- C. Дзьобоподібні щипці, зігнуті по площині

7. Після атипового видалення зуба на нижній щелепі справа, на 3-й день у пацієнта з'явився гострий біль в області лунки видаленого зуба. Біль поширювався на вухо, скроню і половину голови. Температура тіла 37,2°C. При об'єктивному обстеженні збільшені і болісні при пальпації лімфовузли в підщелепному трикутнику. Лунка видаленого 4.6 зуба частково заповнена некротичним згустком. З рота неприємний запах. Слизова оболонка в області лунки набрякла, гіперемована, пальпація болісна. Який діагноз найвірогідніший

Варіанти відповіді:

- A. Періостит альвеолярного відростка.
- B. Альвеоліт після видалення 4.6 зуба.
- C. Лімфаденіт підщелепного трикутника.
- D. Остеомієліт лунки 4.6 зуба.
- E. Абсцес щелепно-язикового жолобка.

Правильна відповідь:

В. Альвеоліт після видалення 4.6 зуба

8. Пацієнтка, 48 років, після безуспішного лікування у терапевта-стоматолога з приводу хронічного гранульоматозного періодонтиту 3.7 зуба звернулася для його видалення. Ваш вибір інструментарію:

Варіанти відповіді:

- А. Прямий елеватор.
- В. Дзьобоподібні щипці, зігнуті по площині.
- С. Дзьобоподібні щипці з шипами.
- Д. Дзьобоподібні щипці з щічками, що не сходяться.
- Е. Дзьобоподібні щипці з щічками, що сходяться.

Правильна відповідь:

С. Дзьобоподібні щипці з шипами.

9. Після видалення 2.7 зуба у хірурга-стоматолога виникла підозра на перфорацію гайморової пазухи. Для уточнення діагнозу лікар вирішив провести носо-ротову пробу. Які дії треба виконати пацієнту?

Варіанти відповіді:

- А. Закрити пальцями ніс і видихнути повітря через рот, стежачи за лункою 2.7 зуба.
- В. Вдихнути повітря через ніс, стежачи за лункою 2.7 зуба.
- С. Зробити вдих через ніс і видихнути через рот, закривши при цьому ніс.
- Д. Вдихнути повітря через рот, стежачи за лункою 2.7 зуба.
- Е. Закрити пальцями ніс і намагатися видихнути повітря через ніс, при цьому стежити за лункою 2.7 зуба.

Правильна відповідь:

Е. Закрити пальцями ніс і намагатися видихнути повітря через ніс, при цьому стежити за лункою 2.7 зуба.

10. Пацієнт, 60 років, скаржиться на рухливість зуба 2.1. Зуб раніше не лікований. Об'єктивно: зуб 2.1 рухливий, корінь оголений на 1/3. Діагноз: локалізований пародонтит зуба 2.1. Який інструмент потрібний для видалення зуба 2.1?

Варіанти відповіді:

- Прямі щипці.
- S-подібні щипці.
- Багнетоподібні щипці.
- Прямий елеватор.
- S-подібні щипці з шипами.

Правильна відповідь:

Прямі щипці.

Ситуаційні задачі

1. Пацієнтові був видалений зуб 3.7 з приводу загострення хронічного періодонтиту. Але через три дні цей пацієнт повторно звернувся до лікаря із

скаргами на постійний ниючий біль в області видаленого зуба. Інтенсивність болю постійно зростає. Під час огляду встановлено: слизова оболонка альвеолярного відростка в області зуба 3.7 значно гіперемована, болісна. Лунка видаленого зуба 3.7 вкрита сіруватим нальотом. З рота пацієнта відчувається неприємний запах. Регіонарні лімфатичні вузли збільшені, болісні під час пальпації. Який найвірогідніший діагноз можна встановити?

Варіанти відповіді:

- A. Гострий остеомієліт нижньої щелепи.
- B. Гострий періостит.
- C. Альвеоліт.
- D. Гострий лімфаденіт.
- E. Перикороніт.

Правильна відповідь:

- C. Альвеоліт.

Алгоритм рішення:

Для встановлення діагнозу слід звернути увагу на скарги пацієнта (на постійний ниючий біль в області видаленого зуба, інтенсивність болю постійно зростає), дані анамнезу (три дні тому був видалений зуб 3.7 з приводу загострення хронічного періодонтиту), дані об'єктивного обстеження (слизова оболонка альвеолярного відростка в області зуба 3.7 значно гіперемована, болісна; лунка видаленого зуба 3.7 вкрита сіруватим нальотом; з рота пацієнта відчувається неприємний запах; регіонарні лімфатичні вузли збільшені, болісні під час пальпації). Таким чином, встановлюємо діагноз – альвеоліт.

2. Чоловік звернувся в поліклініку з приводу видалення 1.7 зуба. Під час операції видалення зуба один з коренів потрапив у верхньощелепну пазуху. Яка тактика лікаря в цій ситуації?

Варіанти відповіді:

- A. Провести рентгенологічне обстеження і направити пацієнта в стаціонар.
- B. Провести операцію гайморотомії.
- C. Не починати ніяких дій.
- D. Видалити корінь через перфораційний отвір, який утворився.
- E. Ушити лунку видаленого зуба.

Правильна відповідь:

- A. Провести рентгенологічне обстеження і направити пацієнта в стаціонар.

Алгоритм рішення:

Потрапляння коренів зубів верхньої щелепи до верхньощелепної пазухи – досить часте ускладнення, яке виникає при видаленні молярів та премолярів (рідше ікла) верхньої щелепи. Існує певний протокол, як діяти в такий ситуації. Слід обов'язково провести променеву діагностику (рентгенограма, КПКТ) для точної діагностики розташування кореня та направити пацієнта в стаціонар для оперативного лікування (радикальна гайморотомія) для видалення стороннього тіла з верхньощелепної пазухи.

3. Пацієнт звернувся до хірурга-стоматолога зі скаргами на підвищення температури тіла до 37,6°C, припухлість м'яких тканин, біль в 3.7 зубі на нижній щелепі зліва, що посилюється при дотику зубом-антагоністом. При огляді спостерігається гіперемія і згладжена перехідна складка альвеолярного відростка з вестибулярного боку в області зруйнованого 3.7 зуба. Який найвірогідніший діагноз?

Варіанти відповіді:

- A. Гострий серозний періодонтит.
- B. Хронічний періодонтит в стадії загострення.
- C. Гострий одонтогенний остеомієліт.
- D. Гострий одонтогенний гнійний періостит.
- E. Пародонтальний абсцес.

Правильна відповідь:

- D. Гострий одонтогенний гнійний періостит.

Алгоритм рішення:

Для встановлення діагнозу слід звернути увагу на скарги пацієнта (підвищення температури тіла до 37,6°C, припухлість м'яких тканин, біль в 3.7 зубі на нижній щелепі зліва, що посилюється при дотику зубом-антагоністом) та підвищення температури тіла до 37,6°C, припухлість м'яких тканин, біль в 3.7 зубі на нижній щелепі зліва, що посилюється при дотику зубом-антагоністом) та дані об'єктивного обстеження (гіперемія і згладжена перехідна складка альвеолярного відростка з вестибулярного боку в області зруйнованого 3.7 зуба) можемо встановити діагноз гострий одонтогенний гнійний періостит нижньої щелепи зліва в області 3.7 зуба.

4.

Пацієнт, 54 років, звернувся зі скаргами на біль та припухлість зі сторони піднебіння в області 2.6 зуба. Три місяці тому в нього був інфаркт міокарда. Місцево: коронкова частина 2.6 зуба зруйнована більше ніж на 3/4, слизова оболонка з боку піднебіння гіперемована, набрякла, визначається зона флуктуації, пальпація інфільтрату різко болісна.

- 3. Встановіть діагноз.
- 4. Складіть план лікування.

Алгоритм рішення:

- 3. Абсцес піднебіння зліва в області 2.6 зуба, загострення хронічного періодонтиту 2.6 зуба.
- 4. Враховуючи, що три місяці тому у пацієнта був інфаркт міокарда, видалення 2.6 зуба та розкриття абсцесу піднебіння слід проводити в умовах відділення щелепно-лицевої хірургії.

5.

Пацієнтка, 40 років, звернулася з прохання зберегти 2.6 зуб, тому що він є опорою мостоподібного протезу від 2.3 до 2.6 зуба. Об'єктивно: на слизовій

оболонці на рівні медіального щічного кореня 2.6 зуба – функціонуюча нориця з гнійними виділеннями. При рентгенологічному дослідженні 2.6 зуба є тіні пломбувального матеріалу у піднебінному та дистальному щічному коренях на всю довжину коренів, у медіального щічного кореня – лише у гирла каналу, а в області верхівки кореня – розрідження кісткової тканини без чітких меж, розміром 0,3x0,2 см.

3. Встановіть діагноз.

4. Яким хірургічним методом можливо збереження 2.6?

Алгоритм рішення:

3. Діагноз: хронічний грануломатозний періодонтиту 2.6 зуба.

4. Враховуючи необхідність збереження зуба 2.6 зуба, можливо провести операцію – ампутацію медіального щічного кореню. З цією метою після анестезії викроюють трапецієподібний клапоть по краю альвеолярного відростку на рівні 2.5-2.7, резектується корінь та видаляється. Клапоть мобілізується та ушивається узлукватими швами.

ЛІТЕРАТУРА:

ОСНОВНА:

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник / [В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін.] — К. : ЛОГОС, 2011. У 2 т. — Т. 1. — 669 с.
2. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник / [В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін.] — К. : ЛОГОС, 2011. У 2 т. — Т. 2. — 606 с.
3. Бернадський Ю. Й. Основи щелепно-лицевої хірургії і хірургічної стоматології : навчальний посібник / Ю. Й. Бернадський. — К : «Спалах», 2003. — 512 с.
4. Бернадський Ю. І. Травматологія і відновна хірургія черепно-щелепно-лицевої ділянки: [навч. посіб. 3-е изд., Перераб. і доп.] / Ю. І. Бернадський. - М.: Медицина, 2003. - 456 с
5. Тимофєєв О. О. Щелепно-лицева хірургія: підручник / О. О. Тимофєєв. - К.: ВСВ "Медицина", 2011. - 752 с. + 40 с. кольор. вкл.

ДОДАТКОВА:

1. Клінічна оперативна щелепно-лицьова хірургія: Керівництво для лікарів / За ред. проф. В. Н. Баліна і проф. Н. М. Александрова. 4-е изд., Доп. і испр. - СПб. : СпецЛит, 2005. - 221 с.

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

ЗАТВЕРДЖЕНО
на засіданні кафедри хірургічної стоматології
та клінічних дисциплін
Завідувач кафедри
к. мед. н., доц. Гема-Багіна Н. М.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

Курс V; Факультет Стоматологічний

Навчальна дисципліна: Хірургічна стоматологія

Субординатура

Тема № 4. Остеомієліт щелеп: етіологія, патогенез, класифікація, клініка, діагностика, диференціальна діагностика, консервативні і хірургічні методи лікування. Одонтогенний гайморит: етіологія, патогенез, класифікація, клініка, діагностика, диференціальна діагностика, консервативні і хірургічні методи лікування. Усунення ороантрального співустя.

1. Актуальність теми: На сьогоднішній день не знижується поширеність уражень верхньощелепних пазух одонтогенного походження. Незважаючи на успіхи, досягнуті в лікуванні хворих одонтогенним гайморитом і одонтогенним перфоративним гайморитом, кількість пацієнтів з цією патологією, які звертаються за спеціалізованою допомогою, не має тенденції до зменшення.

Знання різних клінічних форм одонтогенного остеомієліту щелеп необхідно при проведенні диференціальної діагностики з такими захворюваннями, як актиномікоз, туберкульоз, злоякісні пухлини щелепно-лицевої ділянки. Увага студентів має бути спрямована на те, що при хронічному остеомієліті на тлі уявного загального благополуччя і поліпшення самопочуття хворого можуть бути зміни в нирках, печінці, міокарді та інших органах, як наслідок наявності хронічних вогнищ запалення в періодонті зубів і кісткової тканини щелеп.

2. Конкретні цілі:

1. Аналізувати поширеність остеомієліту щелеп і причини його виникнення.
2. Пояснювати план обстеження та лікування хворих з остеомієлітом щелеп.
3. Запропонувати дані рентгенологічних і патоморфологічних досліджень при остеомієліті щелеп.
4. Класифікувати одонтогенний гайморит.
5. Трактувати дані рентгенологічних та інших додаткових методів
6. Малювати схему причини й поширеність одонтогенного гаймориту.
7. Проаналізувати ускладнення, наслідки та прогноз при різних формах остеомієліту щелеп.
8. Скласти план обстеження та лікування хворих з одонтогенним гайморитом.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1	2
1. Анатомія людини.	Знати особливості іннервації та кровопостачання щелеп.
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 уявити етіопатогенетичний ланцюг розвитку остеомієлітичного процесу в щелепах.
4. Загальна хірургія.	Знати методи обробки рук хірурга. Вміти

	накладати шви на тканини.
--	---------------------------

1	2
5.Топографічна анатомія.	Знати топографію, вікові особливості будови верхньощелепного синуса. Визначити на муляжі (череп) проекцію верхньощелепного синуса.
6. ЛОР-хвороби.	Знати методики оперативного втручання на верхньощелепній пазусі.
7. Рентгенологія.	Знати основні укладання для рентгендіагностики придаткових пазух носа.

4. Завдання для самостійної роботи при підготовці до заняття.

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
1. Остеомієліт	Це інфекційно-алергійний гнійно-некротичний процес, який розвивається в кістці під впливом зовнішніх або внутрішніх факторів.
2. Секвестр	Некротизована і відмежована від здорової тканини ділянка щелепної кістки.
3. Секвестрєктомія.	Оперативне втручання з приводу видалення секвестру щелепної кістки.
4. Гайморит.	Запальний процес в верхньощелепній пазусі.
5. Одонтогенний гайморит.	Запальний процес в верхньощелепній пазусі, причини якого пов'язані з патологією зубів верхньої щелепи.
6.Ороантральне співустя.	Співустя верхньощелепного синуса з ротовою порожниною через лунку зуба, яке вистелене епітелієм.
7. Радикальна гайморотомія.	Оперативне втручання, метою якого є розкриття гайморової пазухи і проведення маніпуляцій безпосередньо в верхньощелепному синусі.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Етіологія і патогенез остеомієліту щелеп.
2. Класифікація остеомієліту щелеп.
3. Клінічна картина остеомієліту щелеп.
4. Діагностика і диференціальна діагностика остеомієліту щелеп.
5. Лікування остеомієліту щелеп.
6. Етіологія і патогенез одонтогенного гаймориту.
7. Причини і механізм виникнення ороантральних співусть.
8. Класифікація одонтогенного гаймориту.
9. Клінічна картина одонтогенного гаймориту і ороантрального співустя.
10. Діагностика і диференціальна діагностика одонтогенного гаймориту і ороантрального співустя.
- 11.Комплексне лікування одонтогенного гаймориту.

12. Методика пластичного закриття ороантрального співустя.

4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Провести курацію хворих з різними формами остеомієліту щелеп (рольовий і ситуаційний тренінг, нетипові клінічні завдання).
2. Скласти план комплексного лікування хворих з різними формами остеомієліту щелеп (індивідуальні та командні завдання).
3. Підібрати інструментарій для проведення оперативного втручання секвестрєктомії, вибрати оптимальний спосіб знеболєння в різних клінічних ситуаціях.
4. Провести курацію хворих з різними формами одонтогенного гаймориту, перфоративного гаймориту, ороантрального співустя (рольовий і ситуаційний тренінг, нетипові клінічні завдання).
5. Скласти план комплексного лікування хворих з патологією верхньощелепного синуса одонтогенного походження (індивідуальні та командні завдання).
6. Підібрати інструментарій для проведення оперативних втручань: пункція гайморової пазухи; усунєння співустя, нориці, ороантрального співустя верхньощелепного синуса; радикальна гайморотомія. Вибрати й обґрунтувати оптимальний метод знеболєння при кожному з цих оперативних втручань.

Зміст теми:

Остеомієліт щелеп – інфекційний гнійно-некротичний процес, який розвивається в кістці та оточуючих тканинах під впливом агресивних чинників фізичної, хімічної або біологічної природи на тлі попередньої сенсibilізації і нейрогуморальних порушень, які передують розвитку захворювання. І.І. Єрмолаєв (1977) підкрєлює, що остеомієлітом можна вважати не будь-яке гнійне запалєння кістки, а лише такий процес, при якому виражений некротичний компонент.

Остеомієліти щелеп можуть бути одонтогенними (стоматогенними), травматичними, гематогенними та специфічними. Найчастіше зустрічаються одонтогенні остеомієліти. Розрізняють три фази захворювання: гостру, підгостру та хронічну. Залежно від протяжності процесу, остеомієліт може бути обмеженим, вогнищевим і розлитим (дифузійним).

При обмеженому остеомієліті патологічний процес локалізований в межах пародонту двох-трьох зубів. При вогнищєвому остеомієліті разом з ураженням альвеолярного відростка в зазначених межах інфекційно-запальний процес поширюється на частину щелепи – тіло чи гілка. Дифузійний остеомієліт характеризується ознаками тотального ураження половини або всієї щелепи.

В останні роки в клініці спостєрігають атипичний перебіг остеомієліту, для яких характерні млявий клінічний перебіг без лихоманки і утворєння нориць, незначна дєструкція кісткової тканини. Такі форми остеомієліту протікають по типу первинно хронічного захворювання.

Найдетальнішу класифікацію одонтогенних остеомієлітів, засновану на клініко-рентгенологічних даних, запропонував в 1969 р М. М. Соловйов. В цій класифікації подані нозологічні форми і фази захворювання, поширеність 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 званим абортивним остеомієлітом, в підгострій фазі якого клінічні прояви інфекційно-запального процесу поступово вщухають і повністю зникають.

Поряд з запально-некротичними і дистрофічними змінами в кістковій тканині при остеомієліті відбуваються і репаративні процеси, які характеризуються заміщенням ділянок некрозу молодою кістковою тканиною.

Статистика. Дані про частоту одонтогенного остеомієліту, які зазвичай наводяться в підручниках і періодичній пресі, в значній мірі застаріли і не відповідають сучасному розумінню цього захворювання. Дані літератури свідчать, що одонтогенні остеомієліти щелеп спостерігаються у всіх вікових групах, однак найчастіше вони зустрічаються у віці 20-40 років. Більшість авторів відзначають, що чоловіки хворіють остеомієлітами частіше, ніж жінки, пояснюючи це тим, що жінки більше піклуються про збереження з убів. Нижня щелепа уражається остеомієліт приблизно в 3 рази частіше, ніж 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 прищелепні м'які тканини, в яких формуються абсцеси та флегмони. Прищелепні флегмони, які супроводжують остеомієліт, називають остеофлегмоною.

Від одонтогенного періоститу патоморфологічно остеомієліт відрізняється великим об'ємом 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. Характеризується набряком, повнокров'ям і лейкоцитарною інфільтрацією кісткового мозку, вмісту поживних каналів кістки і каналів остеона, окістя з м'якими тканинами, які прилягають до неї. Судини розширені, повнокровні. Стінки їх набрякли, гомогенізовані, з вогнищами некрозу внутрішніх прошарків. Спостерігаються тромбоз і крововилив в навколишні судини і тканини. В кістковому мозку зустрічаються зони крововиливу, множинні осередки гнійної інфільтрації з некрозом в центрі, які можуть носити розлитий характер. Окістя набрякле, розволокнене та відшароване від кістки за рахунок скупчення гнійного ексудату.

За даними В.В. Панікаровського і А.С. Григорян при остеомієліті досить рано проявляється реакція з боку кісткових структур, переважно у вигляді резорбції основної речовини кістки, як в кістковомозкових 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 просвіту поживних каналів і каналів остеона, утворення лакун в компактному прошарку щелепи. У міру стихання гострих запальних явищ в підгострій фазі захворювання спостерігається обмеження зони поширення інфекційно-запального процесу в щелепі та м'яких тканинах, які прилягають до неї, з формуванням по межі осередку ураження вала з грануляційної тканини.

У хронічній фазі одонтогенного остеомієліту добре проявляються осередки остеонекрозу, що прилягають до здорової кістки, навколо яких відбувається розсмоктування, за типом так званої гладкої та пазушної резорбції. Ділянки навколо некротизованого кісткового мозку заміщаються багато васкуляризованою грануляційною тканиною. Посилюється проліферативна реакція як в періості, у вигляді періостальних нашарувань остеїдної тканини, так і в ендості, де спостерігається формування балок з молодого кісткової тканини.

У терміни від 1 до 2 місяців зазвичай завершується формування секвестрів (повне відділення ділянок остеонекрозу від неушкодженої кістки). Розмір і форма секвестрів різноманітні. В одних випадках це поодинокі або множинні дрібні секвестри (міліарні), в інших – великі ділянки щелепи на всю її товщу. Дефект щелепи, який виникає в результаті формування секвестру, заповнюється новоствореною кістковою та грануляційною тканиною. Такий дефект, або секвестральна порожнина, має норицевий хід, вистелений грануляційною тканиною, який відкривається на шкірі або на слизовій оболонці порожнини рота.

Дрібні секвестри можуть повністю розсмоктуватися. При великих секвестрах подібний вихід теоретично можливий, але для цього потрібно багато місяців і навіть років.

Після хірургічного видалення або мимовільного відходження секвестру, секвестральна порожнина спочатку заповнюється сполучною тканиною, а потім новоствореною кістковою тканиною. Норицевий хід рубцюється.

Величезна роль у виникненні і розвитку хронічних остеомієлітів щелеп належить автоімунним процесам. У ряді випадків запалення на такий імунній основі може набувати рис патологічної реакції. При цьому автоантитіла виявляють агресивні властивості та можуть стосуватися не тільки денатурованої, але й неушкодженої кісткової тканини, впливаючи тим самим на тривалий перебіг захворювання, ураження все нових і нових кісткових структур.

Клінічна картина одонтогенних остеомієлітів визначається рядом причин: вірулентністю мікробів, які викликали захворювання, станом імунологічної реактивності і неспецифічних факторів захисту, віком хворого, видом ураженої щелепи. У кожній фазі одонтогенного остеомієліту

поширеність патологічного процесу характеризується відповідними проявами клінічної картини.

У гострій фазі захворювання пацієнти спочатку зазвичай скаржаться на біль в області одного зуба, який є джерелом інфекції. Однак незабаром до цього приєднуються ознаки запалення періодонту й інших, поруч розташованих зубів. Біль посилюється, набуває рвучого характеру, іррадіює з гілок трійчастого нерва в орбіту, скроневу область, вухо.

Однією з характерних скарг при остеомієліті нижньої щелепи є порушення поверхневої чутливості червоної облямівки нижньої губи, слизової оболонки переддвер'я порожнини рота, підборіддя відповідної сторони (оніміння, відчуття повзання мурашок) – симптом Венсана. У випадках розвитку гнійно-запального процесу в м'яких тканинах біль як би переміщається за межі щелепи, з'являються скарги, характерні для прищелепної флегмони (набряклість, зведення щелеп, біль при ковтанні, жуванні). У більшості випадків спостерігається головний біль, загальна слабкість, підвищення температури тіла, порушення апетиту і сну.

При опитуванні хворого вдається з'ясувати, що одонтогенному остеомієліту передувало гострий апікальний, маргінальний періодонтит або загострення хронічного періодонтиту. Нерідко захворювання виникає після консервативного лікування ускладненого карієсу зубів, видалення зубів з приводу загострення хронічного періодонтиту, нераціонального зубного протезування, яке призвело до травми кругової зв'язки зуба та періодонту. У ряді випадків хворі пов'язують виникнення одонтогенного остеомієліту з переохолодженням, гострими інфекційними захворюваннями (ГРЗ). Хворі бліді. Пульс прискорений, в деяких випадках аритмічний. В області ураженої щелепи визначаються інфільтрація і набряклість м'яких тканин. Визначається смердючий запах з рота. «Причинний» зуб спочатку нерухомий, але незабаром він розхитується. Стають рухливими і поруч розташовані зуби: перкусія їх болюча. Десна і слизова оболонка перехідної складки в області зубів, залучених в гнійно-запальний процес, набряклі, гіперемовані. Пальпація їх різко болісна. Під окістями альвеолярного відростка і тіла щелепи накопичується гній. Потім гній з'являється в пародонтальних кишнях. У ряді випадків утворюються під ясенні абсцеси. При проникненні гною в клітковинні простори виникають абсцеси і флегмони прищелепних тканин. У таких випадках спостерігається інфільтрація тканин щільної консистенції з гіперемією шкірних покривів. Над інфільтратом з'являється різко виражений колатеральний набряк м'яких тканин. Ознакою запальної реакції при остеомієліті може бути також регіонарний лімфаденіт. Інфільтрація м'яких тканин нерідко поширюється на жувальні м'язи, що веде до контрактури жувальних м'язів.

Найчастіше постійними і ранніми симптомами при остеомієліті нижньої щелепи є потовщення її країв, порушення поверхневої чутливості червоної облямівки нижньої губи і шкіри підборіддя, зміна електрозбудливості зубів. Морфологічним субстратом

останнього симптому є ураження нижнього альвеолярного нерва, який 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. Інтотоксикація продуктами розпаду тканин і життєдіяльності мікробів найбільше виражена при розлитих, дифузних остеомієлітах, гіперергічному типі запальної реакції. Ознаки інтоксикації значною мірою відображені у скаргах хворих.

Загальна реакція організму проявляється лихоманкою, збільшенням частоти пульсу і дихання, ознобом, особливо вечорами, змінами в крові і сечі. Іноді дифузний остеомієліт протікає при субфебрильній температурі тіла.

Гостра фаза остеомієліту щелеп супроводжується нейтрофільним лейкоцитозом ($12-15 \cdot 10^9 / \text{л}$) з появою молодих форм нейтрофільних лейкоцитів (паличкоядерні, юні, мієлоцити), еозіно- та лімфопенією. Лише при розлитому ураженні кістки та прищелепних тканин, а також у ослаблених хворих зменшується число еритроцитів і знижується вміст гемоглобіну. ШОЕ підвищена до 40-60 мм / год. Співвідношення альбумінів і глобулінів змінюється в сторону переваги останніх. У гострій фазі остеомієліту щелеп, в результаті інтоксикації, в сечі виявляються сліди білка, циліндри, еритроцити.

Гостра фаза остеомієліту верхньої щелепи характеризується легшим перебігом, зменшеною тривалістю 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 – хорошою васкуляризацією, наявністю великої кількості отворів в кортикальному шарі, що сприяє швидкій евакуації гнійного ексудату під окістя або під слизову оболонку. До верхньої щелепи не прилягають м'язові масиви, значні клітковинні простори, тому розлиті флегмони, гнійні затьокі при остеомієліті цієї кістки виникають рідко.

У той же час при локалізації ураження кісткової тканини в області горба верхньої щелепи, гній може поширитися в крилопіднебінну ямку, а потім через ніжньоорбітальну щілину на клітковину орбіти. У таких випадках спочатку виникає набряклість повік і підочної ділянки, потім їх інфільтрація. Гній може проникнути в підскроневої ямку і криловіднощелепний простір, обумовивши важкий клінічний перебіг захворювання. При одонтогенному остеомієліті верхньої щелепи в ряді випадків в запальний процес втягується верхньощелепна пазуха.

Диференціальна діагностика. Гостру фазу одонтогенного остеомієліту необхідно диференціювати з такими захворюваннями:

1. гострий (або загострення хронічного) періодонтит;
2. гострий гнійний періостит;

3. ізольований запальний процес м'яких тканин обличчя (абсцеси, флегмони);
4. кісти щелепно-лицевої локалізації, що нагноювалися (одонтогенні, дермоїдні, епідермоїдні).

Відсутність ознак ураження периоста щелепи і м'яких тканин, 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, болісні при пальпації. Перкусія та тиск на уражений зуб викликає біль; зуб стає рухомим. Стан хворого істотно не погіршується. При своєчасному лікуванні настає одужання. У ряді випадків процес набуває хронічного перебігу.

Гострий гнійний періостит супроводжується порушенням загального стану хворого, субфебрильною температурою, помірними змінами з боку крові. Осередок запалення при періоститі локалізована на поверхні альвеолярного відростка. В процес втягнуті окістя та м'які тканини, що, як правило, призводить до колатерального набряку та формування підокісних гнійників. При своєчасному оперативному втручанні (видалення зуба, розтин гнійника) і раціональної медикаментозної і фізичної терапії процес купірується протягом 3-5 днів.

У хворих на гострий одонтогенний остеомієліт чіткіше, ніж у хворих на періостит, виражена загальна реакція організму, включаючи і зміни з боку крові. Щелепа потовщена, мають місце рухливість декількох зубів, неврологічні розлади м'яких тканин і порушення електрозбудливості зубів.

Абсцеси і флегмони обличчя і шиї неодонтогенного походження, а також ті, що виникли в результаті нагноєння регіонарних лімфатичних вузлів відрізняються від остеофлегмон характерним початком. Аденофлегмоні передують запальний процес в лімфатичних вузлах. Неодонтогенні флегмони розвиваються за наявності сторонніх тіл, в разі ускладнення слинокам'яної хвороби, «злюкисного» перебігу фурункулів і карбункулів. Для флегмон не характерна виражена запальна реакція періосту.

Кісти щелепно-лицевої локалізації в міру зростання викликають деформацію м'яких тканин або щелеп. Нагноєння з характерними ознаками гострого гнійного процесу виникає в наступний раз.

Підгостра фаза остеомієліту, на думку С.М. Деріжанова (1940), «... нагадує місце після перенесеного урагану, де мобілізуються всі сили і засоби, щоб відновити загибле». Підгостра, або перехідна, фаза остеомієліту щелеп непостійна, короткочасна, але частіше вона триває 1-1,5-2 тижні. Її тривалість визначається декількома факторами, 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, зменшується гноєтеча та

набряклість. Зуби, розташовані в зоні запального вогнища, 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. У міру переходу остеомієліту щелепи в цю фазу стихає біль в ділянці щелепи, зменшується інфільтрація м'яких тканин. У місцях розтинів або інших ділянках шкіри, слизової оболонки порожнини рота з'являються нориці, з яких виділяється гній. Відторгнення секвестрів супроводжується появою грануляцій з норицевих ходів. В ділянці остеомієлітичного вогнища щелепа потовщена, зуби зазвичай рухливі. Зондування нориці дозволяє виявити нерівні контури кістки, що секвеструється.

Утворення секвестрів при остеомієліті нижньої щелепи визначається як особливостями зміни її інтраоссального кровообігу, так і локалізацією абсцесу або флегмони в навколишніх м'яких тканинах, які є причиною порушення екстраоссального кровообігу.

Простежується певна залежність характеру 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 служить моляр, разом з ураженням альвеолярного відростка і тіла щелепи, в запальні процеси втягуються кут і гілка нижньої щелепи.

При остеомієліті гілки нижньої щелепи нориці локалізуються в піднижньощелепній, защелепній та привушній ділянках, іноді на ший в області переднього краю груднино-ключично-соскоподібного м'яза. Досить часто при локалізації остеомієлітичного процесу в області тіла нижньої щелепи секвеструються лише ділянки кістки, які прилягають до «причинного» зуба. Край щелепи залишається неураженим. Через порушення екстраоссального кровообігу при несвоєчасному розкритті прищелепних абсцесів і флегмон утворюються кортикальні секвестри і лакунарні порожнини. Такі остеомієлітичні осередки А.І. Варшавський (1970) називає повторними.

В результаті затримки виділення ексудату через нориці і утворення гнійних затьоків можуть виникнути загострення запального процесу. Знову інфільтруються м'які тканини, з'являються ознаки гнійно-резорбтивної лихоманки.

У окремих пацієнтів репаративні процеси протікають дуже активно, іноді переважаючи над деструкцією кістки. У цих випадках розвиваються так звані, гіперостозні форми (частіше уражається область кута або гілки щелепи). Тривалість захворювання від 3 місяців до 1 року 4 місяців. При цих формах остеомієліту нориці можуть бути відсутні.

В. І. Лук'яненко (1968) описав так звану повзучу форму хронічного остеомієліту при якому, незважаючи на радикальні оперативні втручання, з'являються нові вогнища. Захворювання може тривати місяцями і навіть роками.

Досить тривалий перебіг так званих гніздних дрібновогнищевих уражень кісткової тканини. Вогнища деструкції розташовуються не суцільним масивом, а чергуючись зі здоровими ділянками кісткової тканини, нагадуючи рентгенологічно багатокамерну кістку.

Важливе місце в діагностиці хронічного остеомієліту щелеп належить рентгенологічному дослідженню. Оскільки остеомієлітичний процес супроводжується спочатку переважно ураженням губчастої кістки, рентгенологічно через суперпозицію щільного кортикального шару деструкція не завжди проявляється. Лише при швидкому прогресі захворювання, руйнується і кортикальний шар кістки, який проявляється рентгенологічно. До 10-14 днів захворювання (підгостра фаза) відзначається осередкове або дифузне просвітлення, остеопороз. Потім зазначається один або кілька вогнищ деструкції неправильної форми. Вогнища руйнування чергуються з вогнищами остеосклерозу. Кістка приймає строкатий грубоволокнистий малюнок. Однак, більше діагностичне значення при остеомієліті має секвестрація, характерна для хронічної фази захворювання. Рентгенологічно симптомом секвестру служить підвищена інтенсивність його тіні. Тінь секвестру різко виділяється на тлі більш прозорих оточуючих кісткових елементів. Іноді рентгенологічно визначається зона демаркації. При остеомієліті нижньої щелепи секвестрація визначається лише в кінці 3-4 тижня. Анатомо-топографічні особливості верхньої щелепи 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 зі специфічними ураженнями щелеп (актиномікоз, туберкульоз, сифіліс), доброякісними и злоякісними пухлинами.

Актиномікоз. Захворювання може бути первинним і вторинним. Повторні ураження кістки виникають в результаті поширення специфічної інфекції з боку інфільтрованих прищелепних м'яких тканин. Інфільтрат зазвичай щільний. Згодом утворюються множинні нориці з крошковатим гнієм. Значно складніше диференціювати з остеомієлітом, особливо його гіперостозною формою, первинний актиномікоз щелеп. Кістка при актиномікозі роздута, має вигляд щільної веретеноподібної пухлини, всередині якої виявляються кістковидні простори зі слідами серозно-гнійного ексудату.

Для туберкульозного ураження кістки характерний повільний перебіг (місяці, роки), різка болісність, виражений лімфаденіт. У патологічний процес втягуються інші кістки, утворюються втягнуті рубці.

Сифіліс щелеп виникає в результаті гумозного ураження кістки або окістя. У випадках переходу процесу з м'яких тканин на щелепу діагностика не має труднощів. Більш часто при сифілісі уражаються кістки носа, центральна частина піднебінних відростків верхньої щелепи, альвеолярний відросток в ділянці фронтальних зубів. Для сифілітичного ураження кісток

характерно утворення вогнищ специфічного розм'якшення (некротична форма) і осифікуючого періоститу (гіперпластична форма). Після відторгнення секвестру на твердому піднебінні виникає сполучення між порожниною рота і носом або верхньощелепною пазухою. В результаті секвестрації перегородки носа і носових кісток утворюється характерна деформація – сідлоподібний ніс. При диференційній діагностиці специфічних уражень кістки велике значення належить лабораторним дослідженням. При підозрі на сифіліс використовуються серологічні осадкові реакції, хоча відомо, що при сифілітичному ураженні кісток реакція Вассермана позитивна тільки в 60-65% випадків.

Хронічний остеомієліт щелепи варто диференціювати від доброякісних пухлин і пухлиноподібних захворювань (одонтогенна кіста, що нагноїлася, остеобластокластома, остеоїд-остеома, еозинофільна гранульома тощо), а також злоякісних новоутворень. Зростання доброякісних і злоякісних пухлин зазвичай безболісне, не супроводжується гострими запальними явищами, симптомами гнійно-резорбтивної лихоманки, особливо на початку захворювання. Для новоутворення не характерно періодичне збільшення або зменшення його обсягу. Винятком є саркома Юінга, яка виходить з ретикулярної тканини кісткового мозку. Ця пухлина має симптоми, подібні остеомієліту (підвищення температури тіла, лейкоцитоз, локальна болісність кістки, набряк м'яких тканин, іноді гіперемія шкіри). Саркома Юінга спочатку розвивається повільно, потім швидко прогресує. Для пухлини, на відміну від остеомієліту, не характерний гострий, підгострий та хронічний перебіг, утворення секвестрів.

Велике місце в диференціальній діагностиці хронічного остеомієліту щелепи приділяється рентгенографії, томографії, цитологічному дослідженню, а за необхідності – біопсії.

Ускладнення, при одонтогенному остеомієліті щелеп, можна умовно розділити на дві групи: а) виникають в гострій фазі; б) виникають в підгострій і хронічній фазах.

Ускладнення першої групи найчастіше пов'язані з поширенням інфекційно-запального процесу на прилеглі тканини та анатомічні утворення, генералізацією інфекції. До ускладнень, які виникають в гострій фазі остеомієліту щелеп, можна віднести флегмони і абсцеси віддалених від остеомієлітичного вогнища ділянок обличчя та шиї, тромбоз синусів твердої мозкової оболонки, менінгоенцефаліт, медіастиніт, сепсис, артрит скронево-нижньощелепного суглобу, гнійний отит.

Ускладнення другої групи є наслідком незворотних змін з боку тканин щелепно-лицевої ділянки та життєво важливих органів і систем. До них належать загальний амілоїдоз, який проявляється найчастіше порушенням функції нирок, абсцес головного мозку, патологічний перелом і утворення несправжнього суглоба нижньої щелепи, деформацію кісток обличчя, анкілоз скронево-нижньощелепного суглоба (частіше у дітей).

Лікування. В основі лікування хворих на одонтогенний остеомієліт в гострій фазі по суті лежать принципи, розроблені в 1925 р.

Т.П. Краснобаєвим при лікуванні хворих на гострий гематогенний остеомієліт: 1) безпосередній вплив на збудника захворювання; 2) підвищення резистентності організму до інфекційного фактору; 3) лікування місцевого осередку.

Лікування одонтогенного остеомієліту щелеп в гострій фазі має бути направлено на ліквідацію гнійно-запального вогнища в кістці та в навколишніх м'яких тканинах, проведення заходів по боротьбі з інфекцією і усунення порушення функцій організму, викликаних основним захворюванням. Зниження вірулентності інфекційного фактору досягається активним хірургічним втручанням з метою дренивання інфекційного вогнища і включає: видалення «причинного» зуба, розсічення м'яких тканин при прищелепних 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 з гноем з внутрішньокісткового вогнища видаляються вірулентні мікроорганізми, їх токсини та продукти тканинного розпаду, видалення так званого причинного зуба може бути певною мірою ототожене з декомпресійною остеоперфорацією, яка застосовується хірургами при гематогенних остеомиєлітах трубчастих кісток. Це оперативне втручання, крім дренивання гнійника, призводить до зниження внутрішньокісткового тиску, яке сприяє поліпшенню кровообігу, попередженню незворотних змін в кістці, пов'язаних з порушенням мікроциркуляції.

З метою зменшення реакції організму на операційну травму, пов'язану з видаленням «причинного» зуба, Н.А. Груздевим (1978) запропонована схема медикаментозної підготовки. Разом з антибактеріальними, гіпосенсибілізуючими та дезінтоксикаційними препаратами використовуються антикоагулянти, фібринолітичні та седативні засоби, що створює на перші 2-3 доби після видалення зуба нормергічний або легкий гіпоергічний фон.

У ряді випадків через зведення щелеп, неправильне розташування зубів, їх гіперцементоз, доводиться відкладати видалення «причинного» зуба на кілька днів, обмежитися розкриттям прищелепних абсцесів і флегмон, і проведенням комплексної інтенсивної протизапальної терапії.

Всі оперативні втручання при гострих остеомиєлітах щелеп потребують надійного місцевого або загального знеболення.

Оперативне лікування хворих в гострій фазі остеомієліту доповнюється цілеспрямованою антибактеріальною терапією, основою якої, як і раніше, є антибіотики, незважаючи на зростаючу стійкість до них гноєтворної мікрофлори. Ефективність антибіотикотерапії багато в чому визначається вибором показань до неї. Вона повинна носити суворо спрямований характер залежно від результатів бактеріологічного дослідження і чутливості збудника захворювання до того чи іншого антибіотика. При неможливості проведення подібних досліджень, а також до

отримання даних бактеріологічного дослідження призначають лікування відповідно до загальних принципів антибактеріальної терапії.

У гострій фазі одонтогенного остеомієліту лікування проводиться переважно антибіотиками, які мають тропизм до кісткової тканини (лінкоміцин, кліндаміцин, гарамицин, морфоцилін, вибрамицин, фузидин тощо). Антибіотикотерапію проводять довготривало до стійкої нормалізації температури тіла хворого, після чого продовжують ще 7-10 днів. Кожні 5-7 днів необхідно визначати чутливість до антибіотиків, мікрофлору, що висівають з вогнища запалення.

Практика показує, що при лікуванні одонтогенного остеомієліту щелеп ефективніше комбінувати та чергувати різноманітні антибіотики (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 вогнища запалення досягаються за допомогою декомпресійної трепанації (видалення «причинного» зуба), декортікації, призначення антикоагулянтів прямої дії (гепарин, внутрішньовенне введення реосорбілакту, реополіглюкіну, 5% розчину глюкози, розчину Рінгера-Лока), вживання великої кількості рідини.

Для гіпосенсибілізації організму і зниження проникності судинної стінки застосовують 10% розчин хлориду кальцію, антигістамінні препарати (димедрол, супрастин, діазолін).

З метою протизапальної терапії призначають анаболічні гормони, вплив поля УВЧ, СВЧ. У разі недостатності кори надниркових залоз і гіперергічного перебігу запалення показані кортикостероїди. Підвищення неспецифічних факторів захисту досягається вітамінотерапією (А, група В, С), призначенням молочно-рослинної їжі, препаратів так званої групи адаптогенів (дибазол, пантокрин тощо). За необхідності призначають лікарські препарати, які 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 збереження мікроциркуляції для попередження некрозу кістки в нових ділянках і прискорення формування секвестрів. З цією метою призначають засоби, які стимулюють обмін в тканинах: анаболічні гормони, метацил, пентоксил, протеолітичні ферменти, переливання крові і кровозамінників, аутогемотерапію, мікробні полісахариди (пірогенал, продігіозан), фізіотерапію (УФО, УВЧ, СВЧ).

У хронічній фазі остеомієліту щелепи, у випадках загострення запального процесу, продовжують антибактеріальну, протизапальну

терапію. Роблять секвестректомію. Терміни оперативного втручання визначають індивідуально, враховуючи вік хворих, можливість розвитку загального амілоїдозу, при завершенні формування секвестрів і їх відторгнення. У той же час, беручи до уваги дані літератури, секвестри на верхній щелепі зазвичай видаляють через 3-4 тижні від початку захворювання, на нижній – через 5-8 тижнів.

При обмежених остеомиелитах верхньої щелепи і альвеолярного відростка нижньої щелепи секвестректомію зазвичай роблять з боку порожнини рота. Секвестректомія на нижній щелепі (особливо при локалізації процесу в ділянці кута і нижнього його краю) потребує позаротового доступу. У всіх випадках доступ до вогнища ураження повинен бути достатнім для візуального обстеження секвестральної порожнини та повного видалення некротичних тканин. У той же час при секвестректомії щелеп навряд чи виправданий занадто великий радикалізм, який супроводжується широким відшаруванням окістя і видаленням неураженої кістки.

Під надійним знеболенням розтинають і відшаровують м'які тканини. Кістку трепанують в межах секвестральної порожнини. Значні секвестри видаляють пінцетом, дрібні секвестри і грануляції видаляють при вишкрібанні секвестральної порожнини кістковою ложкою до здорових шарів кістки. Таким же чином вишкрібають норицеві ходи. При процесах, які мають тривалий перебіг, нориці висікають. Лікування невеликих порожнин проводять під кров'яним згустком. Порожнина може бути також заповнена гемостатичною губкою з сухим антибіотиком. Рану зашивають з залишенням випускника. При великих порожнинах запропоновані різноманітні методи «пломбування» подрібненим м'язом, консервованою очеревиною великої рогатої худоби, «щебенем» з аллогенної 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 остеомиеліті є остеопластика м'язовим клаптом на ніжці. У тих випадках, коли хірург переконаний в повному видаленні некротизованих тканин, в порожнину можна вводити кісткові трансплантати. Первинна або відстрочена кісткова пластика особливо показана в тих випадках, коли в результаті секвестректомії виникають функціональні й естетичні порушення, а також хворим зі зніженою неспецифічною або імунологічною реактивністю.

У сумнівних випадках, коли немає впевненості в повному видаленні некротизованої тканини, порожнину пухко заповнюють тампоном, просоченим йодоформною емульсією. У міру виповнення порожнини сполучною тканиною тампон підтягають і змінюють кожні 4-5 днів. Надалі на рану накладають вторинні шви.

При секвестректомії дрібновогнищевих (гніздових) форм хронічного остеомиеліту нижньої щелепи дотримуються ощадливої тактики. З

порожнини кістковою ложкою видаляють грануляції, дрібні секвестри і розм'ягшену кістку. Розташовані між остеомієлітичними вогнищами значні ділянки кісткової тканини зберігають. Тонкі перегородки, як правило, зберігаються. Сполучення між окремими порожнинами і нижньощелепним каналом є показанням до видалення цих перетинок і формуванню однієї порожнини.

Секвестректомія на нижній щелепі, за показаннями, повинно передувати шинувannya. Зуби з омертвілої пульпою трепанують і проводять консервативну терапію, а якщо вона неможлива, то видаляють.

У стадії стабілізації хронічної фази одонтогенного остеомієліту в разі превалювання репаративної регенерації вживають заходів щодо попередження загострення запального процесу, підвищують імунологічну реактивність і підсилюють неспецифічні фактори захисту шляхом проведення імунотерапії, призначення мікробних полісахаридів (пірогенал, продігіозан), полівітамінів, солей кальцію і фосфору. За свідченнями застосовують також анаболічні гормони (ретаболіл, неробол).

Запалення верхньощелепної пазухи розвивається найчастіше при гострому риніті, інфекційних захворюваннях, особливо респіраторних. Гайморити, які виникають в результаті інфікування пазухи з боку зубів, відносять до одонтогенних. Думки про частоту запалення верхньощелепної пазухи одонтогенного походження не однозначні.

Одонтогенні гайморити, як і риногенні, викликаються гноєтворною інфекцією. Найчастіше збудниками захворювання є золотистий і епідермальний стафілокок, стрептокок, кишкова паличка й інші мікроорганізми.

Щодо частого інфікування верхньощелепної пазухи з боку пародонтальних патогенних вогнищ обумовлено анатомо-топографічними особливостями цієї ділянки. У зв'язку з цим деякі автори називають такі гайморити стоматогенними. При низькому розташуванні верхньощелепної пазухи верхівки коренів премолярів і молярів відокремлені від неї тільки тонкою кістковою платівкою. У випадках виникнення періапикальних вогнищ ця платівка може резорбуватися.

Щодо частоти пошкоджень та інфікування верхньощелепної пазухи при хірургічному і консервативному лікуванні малих і великих корінних зубів верхньої щелепи пояснюються їх анатомічними особливостями. За даними В.М. Уварова (1962), понад 50% одонтогенних гайморитів розвиваються в результаті перфорації верхньощелепної пазухи під час операції видалення зубів верхньої щелепи. Перфорацію дна верхньощелепної пазухи автор пояснює не тільки анатомо-топографічними особливостями цієї ділянки, а й помилками в техніці видалення зубів.

Запальні процеси в пародонтальних тканинах зубів, які прилягають до дна пазухи, різноманітні оперативні втручання в області цих зубів і альвеолярного відростка верхньої щелепи, ендодонтичні маніпуляції можуть бути джерелом інфікування верхньощелепної пазухи.

Довготривалий патологічний процес в періапикальних тканинах і пародонті зубів верхньої щелепи, прилеглих до дна верхньощелепної пазухи, у більшості випадків теж не викликає гайморит, хоча при цьому верхньощелепна пазуха безсумнівно інфікується в результаті контакту або поширення процесу по лімфатичних судинах.

Патогістологічні дослідження слизової оболонки верхньощелепної пазухи після прориву її дна, проведені Г.П. Махраковою (1967), свідчили про наявність в ній грубих дистрофічних змін, які не могли розвинутися відразу ж після видалення зуба і виникнення перфораційного отвору. На думку автора, часті загострення запального процесу в ділянці періапикальних вогнищ зубів, що прилягають до дна верхньощелепної пазухи, викликають зміни слизової оболонки, що її вистилає, як би готуючи останню до виникнення в ній запалення.

У патогенезі гострого, і особливо хронічного, гаймориту істотну роль відіграють загальний стан хворого, недавно перенесені захворювання, які виснажують організм і змінюють його реактивність. При хронічних одонтогенних гайморитах склад інфільтрату з лімфоїдних і плазматичних клітин в слизовій оболонці верхньощелепної пазухи, а також домішка еозинофілів, свідчать про місцеві імунні процеси.

Важливе значення мають питання класифікації гайморитів, особливо при їх діагностиці і виборі оптимального способу лікування. Для практичного використання необхідна класифікація, яка найбільш повно відображала б основні клінічні ознаки захворювання. Цим вимогам відповідає клініко-морфологічна класифікація параназальних синуситів, запропонована Д.І. Тарасовим і В.П. Биковою (1979). Автори розрізняють гострі і хронічні синусити, а останні поділяють на нормергічні і гіперергічні (алергічні). Гострі синусити можуть бути серозними, катаральними, фіброзно-гнійними, геморагічними. У хронічних синуситах виділяють дві основні групи – пристінно-гіперпластичні та поліпозні. У ці групи входять такі підгрупи: серозні, катаральні, гнійні (псевдогнійні). Форма і вид запальної реакції визначаються характером ексудату. Запалення бактеріальної природи, до якого відносять одонтогенний гайморит, часто протікає як гнійне. Запалення вірусної природи зазвичай серозне, катаральне або геморагічне.

Гострий одонтогенний гайморит. Захворювання спочатку супроводжується відчуттям тиску і напруги в області ураженої пазухи, одностороннім «закладанням» носа. У важких випадках з'являються різкі болі відповідно розташуванню верхньощелепної пазухи, що іррадіюють по розгалуженням трійчастого нерва в лоб, скроню, око, зуби верхньої щелепи. Одонталгія виникають в результаті залучення в запальний процес альвеолярних гілок верхньощелепного нерва, які проходять в області передньо- і заднебоковій стінок пазухи. Захворювання протікає при підвищеній температурі тіла, з'являються загальна слабкість, іноді безсоння.

Частими симптомами гострого одонтогенного гаймориту є головний біль, гнійні виділення з відповідної половини носа, які підсилюються при

нахилі голови, болісність при пальпації ілюкової ямки, а також при перкусії зубів, розташованих в області дна ураженої верхньощелепної пазухи. У ряді випадків з'являється припухлість щоки.

При передній риноскопії визначається набряклість слизової оболонки носа, слизисто-гнійні або гнійні виділення з середнього носового ходу. Рентгенологічно гострий гайморит характеризується дифузним або пристінковим зниженням прозорості верхньощелепної пазухи.

В останні роки, гострий одонтогенний гайморит став нерідко ускладнюватися набряком, флегмоною орбіти, тромбозом мозкових синусів.

Діагноз ставлять на підставі клінічного і рентгенологічного дослідження. У разі підозри на одонтогенний гайморит старанно досліджують порожнину рота та зуби, проводять рентгенографію альвеолярного відростка в області дна верхньощелепної пазухи, електрооднотометрію. Якщо цих даних недостатньо для встановлення діагнозу, вдаються до проколу стінки верхньощелепної пазухи, зазвичай через нижній носовий хід, і до наступного її промивання. Прокол верхньощелепної пазухи роблять після апплікаційної анестезії слизової оболонки порожнини носа 10 % розчином лидокаїну гідрохлоріда. Голку Куликівського, спеціальний троакар або товсту пункційну голку вводять в пазуху під нижньою носовою раковиною, на 1-1,5 см до заду від її переднього кінця. Після деякого опору відчувається раптової «провал» голки в верхньощелепну пазуху. Легкими рычагоподібними рухами перевіряють, вільний кінець голки в пазусі, після чого намагаються відсмоктати її вміст. Не варто занадто енергійно робити відсмоктування і вводити повітря зі шприца в пазуху. Після відсмоктування ексудату верхньощелепну пазуху під слабким тиском промивають розчином антисептика в кількості 150-200мл.

Для діагностики гаймориту в останні роки разом з традиційними методами використовують ехографію за допомогою вітчизняних ультразвукових апаратів «Ехо-11», «Ехо-12». Лікування гострого одонтогенного гаймориту має бути комплексним. Обов'язково видаляють зуб, який є джерелом інфікування пазухи. У випадках гострого гаймориту, який ускладнює перебіг періоститу, остеомієліту або кісти верхньої щелепи, що нагноїлася, додатково розсікають тканини в області верхнього склепіння переддвер'я рота і дренують гнійне вогнище.

При тяжкому перебігу захворювання, вираженої інтоксикації організму протягом 7-9 діб проводять лікування антибіотиками в вікових дозах. Призначають також гіпосенсібілізуючі засоби (димедрол, супрастин, піпільфен, глюконат кальцію), жарознижуючі й анальгетики, фізіотерапію (УВЧ, СВЧ). Для поліпшення відтоку ексудату в ніс вводять судинозвужувальні препарати (5% розчин ефедрину гідрохлоріда, санорин, нафтізин). Однак, немає впевненості в тому, що при такій терапії увесь вміст евакується з пазухи. Особливе значення при лікуванні гострого гаймориту надається проколу верхньощелепної пазухи через нижній носовий хід з наступним її промиванням лікувальними розчинами

(розчин риванолу 1: 1000, розчин фурациліну 1: 5000, калію перманганату 1-2 рази на добу).

Хронічний одонтогенний гайморит іноді виникає в результаті неповного лікування гострого процесу. Однак частіше захворювання розвивається без попередніх гострих явищ. Воно проявляється такими основними симптомами: гнійними виділеннями з відповідної половини носа нерідко зі смердючим запахом, порушенням носового дихання, одностороннім головним болем і відчуттям важкості в голові, парестезіями і болем в області розгалужень верхньощелепного нерва. Деякі з цих симптомів можуть бути менш виражені або відсутні. При гнійних формах захворювання, а також норицях верхньощелепних пазух, виділень з носа зазвичай немає.

На рентгенограмі відзначається зниження прозорості пазухи, при гнійної формі гаймориту затемнення стає інтенсивним і однорідним. При поліпозній формі відзначається пристінкова «вуаль» і тіні нерівномірного розміру. У цих випадках велику інформацію дає контрастна рентгенографія. Вона дозволяє не тільки уточнити діагноз захворювання, але також встановити протяжність і точну локалізацію патологічного процесу.

Гаймороскопія повинна проводитися в тих випадках, коли є дані клінічного та рентгенологічного обстеження, які є взаємовиключаючими, а також для контролю процесів загоєння пазух після операції, і при вирішенні питання про повторну операцію.

Хронічний гайморит варто диференціювати від навколореневи́х кіст та злоякісних пухлин верхньої щелепи.

В наслідок вrostання навколореневи́х кіст у верхньощелепну пазуху різко деформуються її стінки. Надалі відбувається їх витончення і навіть резорбція, які клінічно проявляються симптомами пергаментного хрускоту та флюктуації. Найчастіше вражаються передньо-зовнішня і нижня стінки пазухи. Кіста, яка виникла в результаті гранулематозного періодонтиту фронтальних зубів верхньої щелепи, зростає в бік грушоподібного отвору. У цих випадках відзначається випинання у нижньому носовому ході (валик Гербера). При локалізації кісти в області нижніх відділів верхньощелепної пазухи відбувається деформація, вибухання альвеолярного відростка верхньої щелепи, в разі розташування кісти в середніх відділах – вибухання в області іклової ямки.

Нерідко з'являються відчуття важкості, розпирання в підочній області, біль, що іррадіює по гілках трійчастого нерва, головний біль. При нагноєнні кісти з'являються загальні і місцеві симптоми гострого або загострення гаймориту. Для кісти верхньої щелепи, пророслої в верхньощелепну пазуху, характерною рентгенологічною ознакою є куполоподібний контур меж і порушення її прозорості. Більш інформативна в цих випадках контрастна рентгенографія.

Лікування. Хронічний одонтогенний гайморит лікують консервативними і хірургічними методами. Лікування полягає у видаленні патологічного вмісту з пазухи, відновлення її дренажної функції, проведенні загальної та місцевої етіотропної і патогенетичної терапії.

Консервативно виліковуються серозні, катаральні, гнійні, а в ряді випадків і пристінкові гіперпластичні форми хронічного гаймориту, особливо при невеликих термінах захворювання.

Як консервативне, так і хірургічне лікування хронічних гайморитів починають з усунення одонтогенного запального вогнища. Потім консервативне лікування захворювання здійснюють за допомогою дренивання верхньощелепної пазухи поліетиленовою або поліхлорвініловою трубкою протягом 1-2 тижнів. Дренажну трубку вводять при проколі голкою медіальної стінки пазухи. Тривала катетеризація дозволяє уникнути ряду ускладнень, які можуть виникнути при повторних пункціях пазух.

Перед введенням антибіотиків, верхньощелепну пазуху промивають антисептичним розчином (йодинол, риванол, фурацилін). Через наявність в пазусі рясного гною, фібринових плівок, густого слизу, лікарські речовини, які вводяться, мають малий контакт зі слизовою оболонкою, а отже, лікувальний ефект виявиться недостатнім. Результати місцевої терапії значно поліпшуються після попереднього введення в пазуху ферментних препаратів (трипсин, хімопсін, хімотрипсин), які мають виражену муколітичну, фібринолітичну, протинабрякову і протизапальну дію. Ферменти вводять одночасно з антибактеріальними препаратами або останні вливаються через 30 хв після промивання пазухи. Відмінні результати отримані після місцевого лікування хронічних гайморитів 10% спирто-олійною емульсією прополісу. Для досягнення терапевтичного ефекту при односторонньому гаймориті в середньому проводили 3-4 пункції. Клінічне одужання відбувалось на 9-17-у добу. Місцеве лікування, доповнюють фізіотерапією (УВЧ, СВЧ). Однак досвід багатьох стоматологічних клінік свідчить про те, що лікування консервативними методами хронічних одонтогенних гайморитів, особливо з поліпозним синдромом і пристінково-гіперпластичних форм, настає рідко. При таких різновидах захворювання показано оперативне втручання на верхньощелепній пазусі за Колдуеллом-Люком.

Операції на верхньощелепних пазухах роблять під місцевою інфільтраційної і провідникової анестезією. При склеротичному типі верхньощелепної пазухи доцільно блокувати верхньощелепний нерв в крилоподібній ямці. З метою седативного ефекту і потенціювання місцевої анестезії в передопераційному періоді застосовують різноманітні медикаментозні суміші, які включають безсаспокійливі, снодійні та нейролептичні препарати. У разі індивідуальної непереносимості місцевих анестетиків, підвищеної збудливості та емоційної лабільності хворого, радикальну операцію на верхньощелепній пазусі проводять під ендотрахеальним знеболенням.

Основними етапами операції Колдуелл-Люку є: резекція передньобічної стінки, видалення з верхньощелепної пазухи гною, поліпів, слизової оболонки і створення широкого співустя пазухи з нижнім носовим ходом. При операції по Колдуелл-Люку розсікають слизову оболонку і окістя передвер'я рота нижче перехідної складки від ікла до другого моляра. У випадках ревізії альвеолярного відростка, а також одночасного проведення секвестретомиї формують трапецієподібний клапоть по В ідману-Нейману-Заславському.

В даний час не прийнято видаляти всю слизову оболонку верхньощелепної пазухи на відміну від методики Колдуелл-Люка, тому що оголена кістка спочатку покривається грануляційною, пізніше грубої сполучною тканиною, яка нерідко веде до хвороби пазухи, що оперується. Видаляють лише полипозно - змінену частину слизової оболонки, намагаючись при цьому не оголювати саму кістку.

Навіть одонтогенні гайморити, що мають обмежений перебіг, можуть супроводжуватися реактивними явищами з боку інших навколоносових пазух (гратчастої, лобової і основної). Хірургічне втручання повинно доповнюватися медикаментозним і фізіотерапевтичним лікуванням.

Анатомічні особливості премолярів і молярів верхньої щелепи є однією з основних причин виникнення прориву дна верхньощелепної пазухи під час оперативних втручань в області альвеолярного відростка. Саме існування прориву створює умови, які сприяють виникненню хронічного гаймориту. Найбільш сприятливим варто вважати прорив дна верхньощелепної пазухи, котрий діагностується відразу після втручання за відсутності в верхньощелепній пазусі запальних явищ і сторонніх тіл. У таких випадках є абсолютні показання до негайного усунення перфорації хірургічним шляхом. Найефективніша первинна пластика перфораційного отвору слизово-окісного клаптя. Розсічення слизової оболонки проводять від бокового різця по перехідній складці переддвер'я рота, а потім вниз до альвеолярного відростка відповідно до місця прориву верхньощелепної пазухи. Сформований клапоть отсепаровивають і зміщують до перфорації. Для кращої мобілізації клаптя на рівні бічного різця роблять додатково так зване розсічення у вигляді кочерги, довжина якого повинна дорівнювати половині ширини перфораційного отвору. Цей отвір може бути також усунуто за допомогою трапецієподібного щічно-ясенного клаптя.

При відсутності в хірургічному кабінеті умов або наявності протипоказань до оперативного усунення прориву над вустям лунки поміщають згорнутий шматочок йодоформної марлі, і закріплюють швом або лігатурним дротом до сусідніх зубів. Кров'яний згусток, який створюється на дні лунки, поступово заміщується сполучною тканиною.

Наявність у верхньощелепній пазусі стороннього тіла і перфораційного отвору є показанням до операції по Колдуелл-Люку з одночасним усуненням перфораційного отвору. У таких випадках доцільно робити трапецієподібний розріз. Закриття перфораційного отвору здійснюється

частіше щічно-ясенним, рідше піднебінним клаптом. При невеликому перфораційному отворі достатньо «освіжити» його краї, мобілізувати тканини з вестибулярної і піднебінної сторін, накласти вузлові шви. При значному розмірі прориву і тривалому співусті між верхньощелепною пазухою і порожниною рота викроюють слизисто-окісні клапти з боку переддвер'я рота або твердого піднебіння. При особливо несприятливих умовах для пластики (повторне втручання), мобілизують трапецієподібний щічно-ясенний клапоть. Одночасно викроюють на твердому піднебіння язикоподібний слизово-окісний клапоть з основою в області м'якого піднебіння, котрі розгортають під прямим кутом до дефекту. Після зближення клаптів накладають вузлові шви.

Неодмінною умовою усунення нориці між порожниною рота і верхньощелепною пазухою є елімінація з її патологічно змінених тканин і гнійного ексудату, а також відсутність натягнення сформованих клаптів. Тампонаду верхньощелепної пазухи в цих випадках роблять йодоформним тампоном на 6-7 днів. Мета тампонади – створення умов для збереження і організації кров'яних згустків. Ранову поверхню закривають марлевым тампоном, насиченим йодоформом. Для утримання і найкращого прилягання марлевого тампона, а також захисту рани поверхні під час їжі накладають захисну пластинку, виготовлену з пластмаси. Першу заміну тампона проводять через 6-7 днів. Після першої перев'язки і видалення тампона, верхнечелюстною пазуху протягом декількох днів промивають 0,02% розчином фурациліну.

Матеріали для самоконтролю:

А.Завдання для самоконтролю

1. Пацієнт, 35 років, госпіталізований в щелепно-лицеве відділення зі скаргами на рухомість зубів 3.8, 3.7, 3.6, наявність норицевого хода в області лунки видаленого зуба 3.5. Хворіє більше трьох місяців. При введенні жолобуватого зонда через норицю, визначається оголена, шорстка область кістки, яка легко зміщується при надавлюванні. На рентгенограмі нижньої щелепи визначається осередок деструкції кісткової тканини, в центрі якого розташована область ущільненої кісткової тканини 0,5x0,3 см. Встановіть діагноз.

Варіанти відповіді:

- A. Хронічний остеомієліт.
- B. Гострий остеомієліт.
- C. Загострення хронічного остеомієліту.
- D. Хронічний періостит.
- E. Актиномікоз.

Правильна відповідь:

Хронічний остеомієліт.

2. Після переохолодження пацієнт, 42 років, скаржиться на головний біль в лівій лобній області і лівій верхній щелепі. Об'єктивно: обличчя симетричне, утруднене дихання через лівий носовий хід, серозно-гнійне виділення з

нього, незначний біль при пальпації підочної області і по перехідній складці в проекції зубів 2.4, 2.5. Перкусія цих зубів безболісна. В зубі 2.4 – пломба. Слизова оболонка альвеолярного відростка без видимих змін. На рентгенограмі визначається зниження пневматизації лівої верхньощелепної пазухи. Встановіть попередній діагноз.

Варіанти відповіді:

- A. Гострий періодонтит зуба 2.4.
- B. Загострення хронічного періодонтиту зуба 2.4.
- C. Загострення хронічного одонтогенного гаймориту.
- D. Гострий риногенний гайморит.
- E. Гострий серозний періостит лівої верхньої щелепи.

Правильна відповідь:

- C. Загострення хронічного одонтогенного гаймориту.

3. Пацієнту, 27 років, був встановлений попередній діагноз: гострий гнійний одонтогенний синусит верхньощелепної пазухи. Який з променеви методів дослідження слід вважати найінформативнішим для даної клінічної ситуації?

Варіанти відповіді:

- A. Рентгенографія.
- B. Панорамний знімок.
- C. Прицільний знімок.
- D. Комп'ютерна томографія.
- E. Позаротовий знімок.

Правильна відповідь:

- D. Комп'ютерна томографія.

4. Чоловік, 25 років, звернувся зі скаргами на біль, почуття тяжкості у лівій верхній щелепі. Раніше видалено 2.5 зуб, але поліпшення не наступило. З'явилося гнійне відокремлюване з лівого носового ходу. Був поставлений діагноз гострий одонтогенний гайморит зліва. Як правильно провести пункцію верхньощелепної пазухи?

Варіанти відповіді:

- A. Через верхній носовий хід.
- B. Через середній носовий хід.
- C. Через верхній та нижній носовий хід.
- D. Через нижній носовий хід.
- E. Через середній та нижній носовий хід

Правильна відповідь:

- D. Через нижній носовий хід.

5. У чоловіка, 40 років, майже 6 місяців тому, після видалення 2.6 зуба з'явилися сполучення між порожниною рота та верхньощелепною пазухою та перші ознаки гаймориту. Яке хірургічне лікування необхідно провести?

Варіанти відповіді:

- A. Гайморотомія за Колдуелом-Люком .

- В. Ушивання нориці.
- С. Гайморотомія з одночасною пластикою нориці.
- Д. Тампонада нориці йодоформною турундою.
- Е. Остеотомія альвеолярного відростка.

Правильна відповідь:

- С. Гайморотомія з одночасною пластикою нориці.

6. Пацієнтка, 36 років, звернулася зі скаргами на гострий постійний біль в зубах верхньої щелепи, підвищену температуру тіла. Лікар виявив, що 2.6 зуб неодноразово лікований, інші зуби інтактні. Після рентгенологічного обстеження встановлений діагноз: гострий гайморит. Вкажіть найефективніший метод лікування.

Варіанти відповіді:

- А. Гайморотомія по Колдуелу-Люку.
- В. Пункція гайморової порожнини і медикаментозна терапія.
- С. Видалення причинного зуба і медикаментозна терапія.
- Д. Медикаментозна терапія.
- Е. Медикаментозне і фізіотерапевтичне лікування.

Правильна відповідь:

- С. Видалення причинного зуба і медикаментозна терапія.

7. Пацієнт звернувся зі скаргами на біль і важкість в правій половині обличчя, виділення слизу з носа. Під час огляду встановлено: набряк правої щоки, зруйнований зуб 1.6. Перкусія його різко болісна. На R-грамі визначається затемнення правої верхньощелепної пазухи. Якому захворюванню відповідає така клінічна картина?

Варіанти відповіді:

- А. Гострий етмоїдит.
- В. Гострий риногенний правобічний гайморит.
- С. Хронічний одонтогенний гайморит.
- Д. Гострий одонтогенний правобічний гайморит.
- Е. Кіста правої верхньощелепної пазухи.

Правильна відповідь:

- Д. Гострий одонтогенний правобічний гайморит.

8. У пацієнта, 36 років, з'явилися симптоми характерні для хронічного гаймориту: головний біль, наявність співустя в області видаленого п'ять місяців тому зуба 2.7. Яке лікування необхідно провести?

Варіанти відповіді:

- А. Ушивання співустя.
- В. Тампонада співустя йодоформною турундою.
- С. Консервативна терапія.
- Д. Гайморотомія з одночасною пластикою співустя.
- Е. Гайморотомія.

Правильна відповідь:

Д. Гайморитомія з одночасною пластикою співустя.

9. Пацієнт, 46 років, скаржиться на рухливість зубів 1.4, 1.6, 1.7, виділення гною з лунки видаленого зуба 1.5. Півтора місяці тому зроблений розріз і видалений зуб 1.5. Об'єктивно: в правій підочно-ямковій області – припухлість м'яких тканин. Носове дихання вільне. Слизова оболонка альвеолярного відростка в області зубів 1.4, 1.6, 1.7 набрякла, синюшного кольору. По перехідній складці – нориця з вибухаючими грануляціями. З лунки видаленого зуба 1.5 – гнійні грануляції. Якому захворюванню відповідає ця клінічна картина?

Варіанти відповіді:

- А. Хронічний дифузний остеомієліт.
- В. Загострення локалізованого пародонтиту.
- С. Загострення хронічного гаймориту.
- Д. Альвеоліт.
- Е. Хронічний обмежений остеомієліт.

Правильна відповідь:

- Е. Хронічний обмежений остеомієліт.

10. У пацієнта упродовж декількох днів відзначалися болі в зубі 3.6. До лікаря не звертався. Підвищилася температура тіла до $38,9^{\circ}\text{C}$, з'явилася загальна слабкість, припухлість тканин підщелепної області і щоки, відчуття оніміння шкіри нижньої губи і підборіддя зліва. Про яке захворювання можна думати?

Варіанти відповіді:

- А. Хронічний одонтогенний остеомієліт.
- В. Гострий гнійний одонтогенний періостит.
- С. Гострий одонтогенний остеомієліт.
- Д. Гострий гнійний періодонтит.
- Е. Гострий гнійний лімфаденіт.

Правильна відповідь:

- С. Гострий одонтогенний остеомієліт.

Б. Ситуаційні завдання.

Задача 1.

Пацієнт, 42 років, скаржиться на болі в 2.6 зубі, які підсилюються при стисненні щелеп, слабкість, розбитість, підвищення температури тіла до 38°C , головний біль, почуття тиску в лівій половині обличчя. Ліва половина носу 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 ділянки. Слизова оболонка лівої половини носової порожнини гіперемована. Відкривання рота вільне. Слизова оболонка по перехідній складці в області 2.6 зуба гіперемована. Коронкова частина 2.6 зруйнована на 2/3. Перкусія різко болісна. Який найімовірніший діагноз?

Варіанти відповіді:

- A. Гострий гнійний періодонтит 2.6.
- B. Гострий гнійний періостит від 2.6.
- C. Гострий одонтогенний гайморит.
- D. Одонтогенна флегмона підочної ділянки.
- E. Одонтогенний гострий лімфаденіт щоки.

Правильна відповідь:

- C. Гострий одонтогенний гайморит.

Алгоритм рішення:

Для встановлення діагнозу слід звернути увагу на скарги пацієнта (на болі в 2.6 зубі, які підсилюються при стисненні щелеп, слабкість, розбитість, підвищення температури тіла до 38⁰С, головний біль, почуття тиску в лівій половині обличчя; ліва половина носу закладена, з лівої ніздрі виділяється слизова рідина) та на дані об'єктивного дослідження (асиметрія обличчя за рахунок набряку м'яких тканин лівої підочної ділянки; слизова оболонка лівої половини носової порожнини гіперемована; відкривання рота вільне; слизова оболонка по перехідній складці в області 2.6 зуба гіперемована; коронкова частина 2.6 зруйнована на 2/3, перкусія різко болісна). Таким чином, можемо встановити діагноз: Гострий одонтогенний лівобічний гайморит.

Задача 2.

Пацієнт, 34 років, звернувся до лікаря зі скаргами на наявність набряку м'яких тканин нижньої щелепи зліва та нориці в піднижньощелепній області. 3.6, 3.7 зуби зруйновані. На їх рівні слизова оболонка альвеолярного відростку набрякла, гіперемована. При рентгенологічному дослідженні: наявність секвестрів у тілі щелепи зліва. Який метод лікування необхідно обрати?

Варіанти відповіді:

- A. Видалення 3.6, 3.7 зубів і секвестрэктомія нижньої щелепи.
- B. Видалення 3.6, 3.7 зубів.
- C. Секвестрэктомія нижньої щелепи.
- D. Пункція запального процесу.
- E. Антибактеріальна терапія.

Правильна відповідь:

- A. Видалення 3.6, 3.7 зубів і секвестрэктомія нижньої щелепи.

Алгоритм рішення:

Виходячи зі скарг пацієнта (на наявність набряку м'яких тканин нижньої щелепи зліва та нориці в піднижньощелепній області), даних об'єктивного обстеження (3.6, 3.7 зуби зруйновані, на їх рівні слизова оболонка альвеолярного відростку набрякла, гіперемована) та даних рентгенографії (наявність секвестрів у тілі щелепи зліва) можна встановити діагноз: хронічний одонтогенний остеомієліт нижньої щелепи зліва.

Найоптимальніший метод лікування у даному випадку – видалення 3.6, 3.7 зубів і секвестрэктомія нижньої щелепи

Задача 3.

Пацієнт, 19 років, впродовж трьох днів скаржиться на біль і набряклість м'яких тканин в області нижньої щелепи зліва, підвищення температури тіла до $39,0^{\circ}\text{C}$, озноб. Об'єктивно: перкусія зуба 3.6 і інтактних зубів 3.5 і 3.7 різко болісна. Слизова оболонка альвеолярного відростка на рівні вказаних зубів набрякла, гіперемована з обох боків. Позитивний симптом Венсана. Визначте попередній діагноз.

Варіанти відповіді:

- A. Загострення хронічного періодонтиту зуба 3.6.
- B. Гострий одонтогенний остеомієліт нижньої щелепи.
- C. Одонтогенна флегмона лівої піднижньощелепної області.
- D. Гострий гнійний періостит нижньої щелепи від зуба 3.6.
- E. Хронічний одонтогенний остеомієліт.

Правильна відповідь:

B. Гострий одонтогенний остеомієліт нижньої щелепи.

Алгоритм рішення:

Попередній діагноз у даному випадку визначити нескладно – в умові зазначена тріада патогномонічних ознак гострого гнійного одонтогенного остеомієліту – перкусія зуба 3.6 і інтактних зубів 3.5 і 3.7 різко болісна (множинний періодонтит), слизова оболонка альвеолярного відростка позитивний на рівні вказаних зубів набрякла, гіперемована з обох боків (муфтоподібний інфільтрат) та позитивний симптом Венсана.

Задача 4.

Пацієнт, 20 років, госпіталізований зі скаргами на сильний біль в підпідборідній області, які почалися ранком та супроводжуються ознобом, підвищенням температури тіла до 40°C . При госпіталізації :температура тіла $39,5^{\circ}\text{C}$. Стан важкий. Набряк м'яких тканин нижньої губи та підпідборідній області. Шкіра цієї області в кольорі не змінена, збирається в складку. Пальпація безболісна. Піднижньощелепні лімфовузли збільшені з обох боків, пальпація їх болісна. В порожнині рота є колатеральний набряк навколощелепних м'яких тканин з язикової та вестибулярної сторін альвеолярного відростку в підборідному відділі нижньої щелепи. На слизовій оболонці червоної кайми нижньої губи справа є утворення округлої форми, що підвищується над червоною каймою, синюшного кольору, м'яке, безболісне. Пацієнта не турбує, зростає повільно.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Які додаткові відомості необхідні для встановлення остаточного діагнозу?
3. Складіть план лікування.
4. Які відомості є не важливими? Чи мають вони значення для складання плану лікування?

Алгоритм рішення:

1. Попередній діагноз: гострий одонтогенний остеомієліт нижньої щелепи в області підборіддя.
2. Для встановлення остаточного діагнозу слід визначити стан зубів в осередкові запалення: болісність при перкусії, рухомість, наявність каріозних порожнин, стан навколощелепних м'яких тканин, колір, при пальпації слід визначити наявність болісності та осередків флуктуації, загальний аналіз крові та сечі.
3. План лікування: видалення причинних зруйнованих зубів в області запалення, розкриття абсцесів з вестибулярної та язикової сторони альвеолярного відростку нижньої щелепи зліва з дренаванням ран. Госпіталізація в стаціонар. Лікування комплексне. Призначається протизапальна, дезінтоксикаційна, дегідратаційна терапія, вітамінотерапія, симптоматичне лікування, ФТЛ та ГБО.
4. Несуттєвою ознакою є новоутворення на слизовій оболонці червоної облямівки нижньої губи справа. Для складання плану лікування пацієнта воно значення не має.

Задача 5.

Пацієнтка, 30 років, звернулася зі скаргами на рухомість 2.1, 2.3 та 2.4 зубів, наявність норицевих ходів з гнійними виділеннями, субфебрильну температуру. Зі слів пацієнтки, місяць тому після переохолодження з'явився сильний біль в області лівої верхньої щелепи та значне підвищення температури тіла. Звернулася в поліклініку за місцем проживання, де було зроблено розріз по перехідній складці лівої верхньої щелепи та видалений 2.2 зуб, було призначено антибіотики. Самопочуття покращилося. Біль зменшився. В подальшому до лікаря не зверталася, норицеві ходи в області 2.1, 2.2, 2.3, 2.4 зубів появились два тижні тому. Стан задовільний. Температура тіла 37,1°С. при пальпації ліві піднижньощелепні лімфовузли незначно збільшені та слабо болісні. В порожнині рота – 2.1, 2.3, 2.4 зуби – II-III ступеню рухомості. Слизова оболонка в цій області незначно гіперемована, пухка, по перехідній складці відповідно 2.1, 2.2, 2.3, 2.4. зубам визначаються два норицевих хода з гнійним вмістом.

1. Поставте діагноз.
2. Які додаткові відомості потрібні для встановлення остаточного діагнозу? Яке додаткове обстеження слід провести?

Алгоритм рішення:

1. Діагноз : хронічний одонтогенний остеомієліт лівої верхньої щелепи.
2. Слід провести ЕОД 2.1,2.3, 2.4 зубів та рентгенологічне обстеження в області 2.1,2.3, 2.4 зубів для визначення стану кісткової тканини та наявності секвестрів.

ЛІТЕРАТУРА:

ОСНОВНА:

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник / [В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін.] — К. : ЛОГОС, 2011. У 2 т. — Т. 1. — 669 с.
2. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник / [В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін.] — К. : ЛОГОС, 2011. У 2 т. — Т. 2. — 606 с.
3. Бернадський Ю. Й. Основи щелепно-лицевої хірургії і хірургічної стоматології : навчальний посібник / Ю. Й. Бернадський. — К : «Спалах», 2003. — 512 с.
4. Бернадський Ю. І. Травматологія і відновна хірургія черепно-щелепно-лицевої ділянки: [навч. посіб. 3-є изд., Перераб. і доп.] / Ю. І. Бернадський. - М.: Медицина, 2003. - 456 с
5. Тимофєєв О. О. Щелепно-лицева хірургія: підручник / О. О. Тимофєєв. - К.: ВСВ "Медицина", 2011. - 752 с. + 40 с. кольор. вкл.

ДОДАТКОВА:

1. Клінічна оперативна щелепно-лицьова хірургія: Керівництво для лікарів / За ред. проф. В. Н. Баліна і проф. Н. М. Александрова. 4-є изд., Доп. і испр. - СПб. : СпецЛит, 2005. - 221 с.
2. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: Національне керівництво / За ред. А. А. Кулакова, Т. Г. Робустовой, А. І. Неробеева. - М.: Медицина, 2010. - 982 с.
3. Стоматологія питань надзвичайних ситуацій з курсом військової стоматології: [підруч. для студентів ВМНЗ III-IV рівнів акредитації] / Г. П. Рузін, В. П. Голик, О. В. Рибалов, С. Г. Демянік. - Харків: Торнадо, 2006. - 264 с.
4. Сабо Д. Хірургія порожнини рота і щелепно-лицевої ділянки / Д. Сабо. - К: Книга плюс, 2005. - 302 с
5. Мілерян В. Є. Методичні основи підготовки и проведення Навчальних зайняти в медичний вузах: [методичний посібник] / В. Є. Мілерян - К.: «Хрещатик», 2004. - 80 с
6. Ломніцькій І. Я. Алгоритми практичних навичок з хірургічної стоматології / І. Я. Ломніцькій, А. В. Нетлюх, О. Я. Мокрик. - Львів: «ГалДент», 2011. - 152 с.
7. Методичні рекомендації для підготовки до складання ліцензійних інтегрованого іспитів "Крок 1", "Крок 2", "Крок 3" / [Б. С. Зіменковській, М. Р. Гжегоцькій, І. І. Солонинко, Р. З. Огоновський, Р. Б. Лесик та ін.] - Львів: Друкарня ЛНМУ ім. Данила Галицького, 2013. - 96 с

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

ЗАТВЕРДЖЕНО
на засіданні кафедри хірургічної стоматології
та клінічних дисциплін
Завідувач кафедри
к. мед. н., доц. Гема-Багіна Н. М.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

Курс V; Факультет Стоматологічний

Навчальна дисципліна: Хірургічна стоматологія

Субординатура

Тема № 5. Специфічні захворювання – актиномікоз, туберкульоз, сифіліс, СНІД: етіопатогенез, класифікація, клініка, діагностика, диференціальна діагностика, консервативні і хірургічні методи лікування.

1.Актуальність теми:

У клініці щелепно-лицевої хірургії особливу групу складають запальні захворювання, викликані специфічними збудниками: променистим грибом, блідою трепонемою, мікобактеріями туберкульозу. Захворювання, викликані цими збудниками (актиномікоз, сифіліс, туберкульоз), прийнято виділяти в групу специфічних запальних процесів.

2.Конкретні цілі:

1. Аналізувати поширеність актиномікоза, туберкульозу та сифілісу в цілому та його проявів в ЩЛД; прояви СНІДу в порожнині рота і ЩЛД.
- 2 Пояснювати причини та шляхи зараження актиномікозом, туберкульозом, сифілісом і СНІДом.
3. Запропонувати нові підходи в діагностиці специфічних захворювань і СНІДу.
4. Класифікувати специфічні захворювання.
5. Трактувати дані рентгенологічних, патоморфологічних, серологічних досліджень при специфічних захворюваннях і СНІДі.
6. Малювати схему обстеження пацієнтів зі специфічними захворюваннями ЩЛД.
7. Проаналізувати ускладнення, наслідки та прогноз специфічних захворювань ЩЛД і СНІДу.
8. Скласти план обстеження та лікування хворих зі специфічними захворюваннями ЩЛД.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1	2
1. Анатомія людини.	Знати анатомію щелепно-лицевої ділянки, кровопостачання і іннервацію м'язів голови і шиї. Вміти визначити анатомічну область щелепно-лицевої локалізації.
2. Патоморфологія з секційним курсом.	Знати гістологічну будову і 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 уявити етіопатогенетичний ланцюг розвитку специфічних захворювань і СНІДу.
4. Мікробіологія, вірусологія та імунологія.	Знати біологію збудників специфічних захворювань і СНІДу. Вміти трактувати дані серологічних реакцій при цій

	патології.
5. Шкірні та венеричні хвороби.	Знати шляхи інфікування сифілісом і клінічні прояви, заходи профілактики. Вміти діагностувати сифіліс на різних періодах перебігу захворювання.

1	2
6. Фтизіатрія.	Знати шляхи інфікування туберкульозом та клінічні прояви, групи ризику, методи профілактики. Вміти діагностувати туберкульоз на різних стадіях перебігу захворювання.
7. Інфекційні хвороби з епідеміологією.	Знати шляхи інфікування вірусом імунодефіциту людини і перші клінічні прояви, групи ризику, методи профілактики. Вміти діагностувати прояви ВІЛ-СНІДу в порожнині рота і ЩЛД на різних стадіях перебігу захворювання.

4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття.

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

термін	визначення
1. Специфічні запальні захворювання.	За захворювання, які викликані специфічними збудниками: променистим грибом, блідою трепонемой, мікобактеріями туберкульозу та утворюють специфічну гранульому.
2. Специфічна гранульома.	Це різновид гранулематозного запалення при якому за його морфологією можна визначити характер збудника, який викликав це запалення. До специфічних гранульом відносять гранульоми при туберкульозі, сифілісі, лепрі та склеромі.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Етіологія і патогенез актиномікозу, туберкульозу та сифілісу ЩЛД, СНІДу.
2. Класифікація специфічних захворювань ЩЛД.
3. Клінічна картина актиномікозу, туберкульозу та сифілісу ЩЛД, прояви СНІДу в порожнині рота і ЩЛД.
4. Діагностика і диференціальна діагностика специфічних захворювань ЩЛД, ВІЛ-СНІДу.
5. Комплексне лікування актиномікозу, туберкульозу та сифілісу ЩЛД.
6. Заходи профілактики специфічних захворювань і ВІЛ-СНІДу.

4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Провести курацію хворих зі специфічними запальними процесами щелепно-лицевої ділянки (рольовий і ситуаційний тренінг, нетипові клінічні задачі).

2. Скласти план комплексного лікування хворих зі специфічними запальними процесами щелепно-лицевої ділянки (індивідуальні та командні завдання).
3. Розробити плани профілактики щодо зниження поширеності специфічних запальних процесів щелепно-лицевої ділянки (актиномікоз, туберкульоз, сифіліс) і ВІЛ-СНІДу.

Зміст теми:

Актиномікоз. Загальні відомості. Хворі з актиномікозом щелепно-лицевої ділянки (обличчя, порожнини рота, щелеп) і шиї становлять близько 60-80% загального числа хворих, які страждають на це захворювання.

За даними Т. Г. Робустової і В. В. Рогінського (1976), актиномікоз серед запальних процесів щелепно-лицевої ділянки становить від 6 до 8%, за даними Л. А. Луцик, Е. В. Гоцко і І. Я. Ломніцкого (1980), - 7,8%. Чоловіки хворіють приблизно в 2-3 рази частіше, ніж жінки. Вік хворих буває різним (від 3 до 83 років), але найчастіше хворіють люди у віці 40-50 років. Раніше вважали, що найчастіше хворіють актиномікозом жителі сільської місцевості, пов'язані з сільськогосподарськими (польовими) роботами. В даний час встановлено, що ця захворюваність не пов'язана ні з родом занять хворих, ні з місцем проживання.

Етіологія і патогенез. Відкрито збудник актиномікозу в 1877 р Боллінджером у тварин, а в 1878 р Ізраель вперше виявив в запальних пухлинах людини аналогічні утвори, назвавши їх «променистим грибком людини». Ці гриби постійно вегетують в порожнині рота людини, в його верхніх дихальних шляхах, травному каналі. У порожнині рота людини збудник можна знайти близько шийок зубів, в ясенних кишнях, в ретромолярних капюшонах, у каріозних зубах. Для стоматолога важливо знати, що в зіскрібках з зубів здорових (щодо актиномікоза) людей можна регулярно виділяти аеробні променисті гриби, серед яких виявляються культури, які мають здатність до лізису, аналогічного лізису променистих грибів, які виділяються при актиномікозі. Це свідчить про потенційне значення анаеробних променистих грибів порожнини рота в етіології актиномікоза. Разом з тим слід враховувати і факт наявності актиноміцетів на колосі злаків і стеблах трав, звідки вони можуть легко проникати в організм людини.

Раніше вважалось, що зараження відбувається головним чином екзогенним шляхом. Тепер встановлено, що зараження щелепно-лицевої ділянки та шиї актиноміцетами відбувається зазвичай ендогенно, а іноді й екзогенно – з порожнини рота (через капюшон над зубом мудрості, гангренозні зуби, ясенні кишні, розриви слизової оболонки, операційні розрізи в порожнині рота) або через ушкоджену шкіру.

Одноразового попадання променистих грибів в тканини недостатньо для виникнення захворювання. Тільки після повторного проникнення їх, коли розвивається стан сенсibiliзації, виникає картина актиномікозу. Інкубаційний період триває 1-3 тижні після впровадження актиноміцетів. Іноді променисті гриби, потрапивши в щелепно-лицеву або іншу область, проростають в стінку кровоносних судин і розсіюються по всьому організму – в нирки, легені, головний мозок, шкіру, кістки, суглоби тощо,

викликаючи картину генералізованого актиномикоза. Постійна присутність актиноміцетів в порожнині рота людини і відносна рідкість захворювання актиномикозом пояснюються вродженим імунітетом до переважної більшості мікробів, які живуть на шкірі та слизових оболонках, який, однак, може порушуватися в залежності від таких місцевих несприятливих факторів, як запалення і травма, а головним чином – від загальних причин, які знижують реактивність організму, і підвищують його чутливість до збудника. У зв'язку з цим слід завжди насторожено ставитися до банального хронічного одонтогенного запального процесу, який дуже довго триває і викликає як місцеві, так і загальні зміни. До банального запалення може приєднатися актиномікотичне. Значення як специфічної, так й неспецифічної сенсibiliзації доведено в досліджах на тваринах Т. Г. Робустовою.

Шляхами поширення інфекції при актиномікозі є: контактний, лімфогенний і гематогенний. Поширюючись контактним шляхом, актиномікотичні друзи проникають в пухку клітковину і сполучнотканинні прошарки органів і тканин; утворюючи специфічні гранульоми, вражають прилеглі тканини та руйнують їх.

Особливо велике значення має лімфогенний шлях поширення друз. Менше значення має гематогенний шлях, однак, можливість проростання променистих грибів в стінку судини і метастазування їх в інші органи по кровоносному руслу повністю достовірна.

Патологічна анатомія. Розрізняють дві форми морфологічного прояву актиномикозу: гнійно-некротичну і фіброзну. На місці впровадження променистого гриба з'являються характерні щільні, малорухомі або зовсім нерухомі гранульоми й інфільтрати, запальні пухлини. У центрі їх містяться друзи грибів – кулясті сплетення безлічі окремих грибів-актиноміцетів, що утворюють щільні крупинки жовтувато-сірого кольору, розміром з просяне зерно і менше. Навколо друз скупчуються лімфоцити або плазматичні клітини, а також ксантомні клітини, тобто сполучнотканинні клітини, в протоплазмі яких є крапельки жиру, – ліпоїдів. Специфічні гранульоми-вузли з часом піддаються некробіозу та розплавленню, але поруч з ними з'являються нові гранульоми; гранульоми, що розплавилися, руйнують шкіру та утворюють норицю на шкірі або слизовій оболонці. Якщо периферичний шар гранульом, що складається зі сполучної тканини, розростається, тоді щільний, запальний інфільтрат набуває дерев'янисту щільність (фіброзна форма).

Описано дві морфологічних форми (гнійно-некротична і фіброзна), які в різних поєднаннях зустрічаються у людини, тому клінічні прояви актиномикозу відрізняються великою різноманітністю.

Класифікація актиномикоза голови і шиї. Актиномікоз голови і шиї поділяють на три групи залежно від глибини ураження: 1) глибока, або м'язова форма, яка локалізується в товщі м'язів і міжм'язової клітковині, 2) підшкірна форма – локалізується в підшкірній основі; 3) шкірна форма – захоплює тільки шкіру. К. І. Бердіган (1958) класифікував актиномікоз

щелепно-лицевої ділянки та шиї таким чином: 1) шкірна форма; 2) шкірно-м'язова форма; 3) кістково-м'язова, яка в свою чергу ділиться на: а) деструктивну і б) неопластичну; 4) генералізована форма, яка захоплює шкіру, м'язи, кістку, слизову оболонку порожнини рота.

Найбільш повною слід визнати класифікацію, запропоновану Т. Г. Робустовою (1992): шкірна форма (зустрічається в 0,3% хворих актиномикозом щелепно-лицевої ділянки), підшкірна – (в 16,9%), підслизова оболонка – (0,6%), слизова оболонка – (0,3%), одонтогенна актиномікотична гранульома, що локалізується в шкірі і підшкірній клітковині, підслизовій тканині і підокісно (8,9%), підшкірном'язова (28,9%), актиномікоз лімфатичних вузлів (30,7%), актиномікоз періоста щелепи (0,9%), актиномікоз кістки щелепи (6,9%), актиномікоз органів порожнини рота і інших відділів щелепно-лицевої області (язик, слинні залози, мигдалики, верхньощелепні пазухи, придатки очей) – 36,5%. Ця класифікація передбачає виділення серед шкірних форм – пустулезної, бугоркової та змішаної, а серед підшкірних форм - абсцедируючої, гуммозної та змішаної.

До ускладнень підшкірно-міжм'язової форми актиномікозу відносять: вторинне актиномікотичне ураження кісток лицевого скелета, а також метастазування та генералізацію актиномікотичного процесу.

Клініка. За клінічним перебігом слід розрізняти актиномікоз, неускладнений вторинною інфекцією, і актиномікоз, ускладнений вторинною інфекцією. Крім того, залежно від вираженості клінічних симптомів і їх тяжкості, потрібно розрізняти легку, середню і важку форми актиномікозу.

Клініка неускладненого актиномікоза. Найчастіше в м'яких тканинах ретромоллярного трикутника, обличчя, шиї, підщелепної області з'являється безболісний або малоболісний інфільтрат, в межах 1-2 лімфовузлів. Спочатку він має вигляд обмеженого вузла, щільного, рухомого, що не спаяний з навколишніми тканинами. У більш пізній стадії процес не має різких меж, стаючи розлитим, що не контурує. Пальпаторно виявляється «дерев'янистої» щільності інфільтрат, безболісний або малоболісний при пальпації. Локалізуючись в привушній, защелепній області, ретромоллярному трикутнику, запальний процес поширюється на жувальну мускулатуру і викликає порівняно ранній симптом – безболісну контрактуру щелеп; пізніше з'являється набряклість половини обличчя, повік, порушення мимічної мускулатури. Значний інфільтрат шиї ускладнює повороти голови. Спроба відкрити рот не викликає, як правило, больової реакції. Температура тіла субфебрильна, загальний стан хворого задовільний, але поступово хворі худнуть через неможливість нормально харчуватися. Через різні терміни від моменту появи інфільтрату настає розм'якшення його, а шкіра над ним набуває червоно-синюшно-фіолетового відтінку, з'являються множинні шкірні та внутрішньоротові нориці, через які назвні або в порожнину рота виділяється своєрідний гній з крупинками друз. Шкіра навколо нориць стоншена. Кількість гною то значна, то мізерна, то абсолютно зникає, після чого нортці закриваються, але через деякий час вони рецидивують, виникаючи поруч. Якщо процес локалізується під шкірою

і не залучає жувальну мускулатуру, контрактура відсутня, але підшкірні округлі інфільтрати швидше розм'якшуються і швидше ускладнюються норицями.

Клініка ускладненого актиномікоза. Якщо до актиномікозу приєднується вторинна інфекція, захворювання протікає важче, з високою температурою тіла й інтоксикацією. Після проведення розрізів, або мимовільного розтину абсцесів і флегмон залишаються незагоєні стійкі нориці. Ускладненою формою актиномікозу слід вважати і таку, при якій в процес втягуються щелепи, кістки орбіти, вилична кістка, скроневі і лобові кістки, а також більш віддалені області організму, тобто коли настає генералізація процесу (актиномікозний сепсис). З 1970 року почастишали випадки метастазування актиномікоза в мозок і органи черевної порожнини.

Важким і грізним ускладненням актиномікозу щелепно-лищевої ділянки та шиї є амілоїдоз внутрішніх органів, який розвивається зазвичай на тлі тяжких супутніх захворювань; вочевидь, актиномікоз та зниження імунобіологічної опірності цих хворих обумовлюють постійне всмоктування в їх організм продуктів тканинного розпаду, який тягне за собою глибокі порушення обміну речовин в організмі, а перш за все – білкового. Отже, навіть без приєднання вторинної інфекції, вони є дуже важкими хронічними захворюваннями.

Діагноз і диференційний діагноз. Тільки близько 8% хворих актиномікозом встановлюється правильний діагноз поза клінікою. Це пояснюється тим, що багато лікарів помилково уявляють собі актиномікоз, як захворювання, яке починається і закінчується однотипно. Однак, актиномікоз проявляється досить різноманітно, виходячи далеко за межі трафаретних уявлень, звичайних для практичного лікаря. Тому кожен практичний лікар зобов'язаний навчитися відрізняти актиномікоз від банальних (неспецифічних) запальних процесів – ретромоллярного периостита в зв'язку з утрудненим прорізуванням нижнього зуба мудрості, гострого та хронічного одонтогенного остеомієліту, одонтогенної підшкірної мігруючої гранульоми, туберкульозу щелепи, язика, лімфовузлів, верхньощелепних пазух і ін.

Для цього слід, перш за все, завжди твердо пам'ятати, що всі гострі одонтогенні процеси відрізняються особливим анамнезом, наявністю гангренозного зуба, високою температурою тіла, болем, змінами картини крові, швидко йдуть на спад після операції і медикаментозного лікування.

Для хронічного остеомієліту щелепи характерні наступні симптоми: поодинокі нориці, наявність остеопорозу та секвестрів або грануляцій, що випирають з нориці; шкіра не має синюшного відтінку, а інфільтрат не має дерев'янистої щільності і безлічі нориць. Секвестральної і кюретаж призводять до одужання.

Одонтогенна підшкірна гранульома завжди має тяж, що веде до «причинного» – гангренозного зуба, видалення якого призводить, як правило, до одужання.

Туберкульоз щелепи також характеризується рядом специфічних симптомів, як і ураження лімфовузлів.

Незважаючи на досить певну чіткість клінічної симптоматики перерахованих захворювань, у багатьох випадках точне обґрунтування діагнозу актиномікоза являє значні труднощі, а тому лікарю доведеться вдаватися до ряду спеціальних досліджень (мікробіологічних, імунологічних, гістологічних та ін.).

Дані мікроскопії. Якщо є нориця, в гної можна виявити друзи актиноміцетів; якщо ж ще немає нориці, отримують гній за допомогою пункції або через розріз. У гної видно зернятка жовтувато-сірого кольору. Їх кладуть на предметне скло, притискають покривним склом; під предметне скло опускають 1-2 краплі 5% розчину їдкою калію, який розчиняє білі і червоні кров'яні тільця, або дистильованої води (Т. Г. Робустова, 1958). Під мікроскопом видно друзи, тобто колонії грибів; вони округлої форми, безструктурні в центрі і розлого радіальні по периферії. Під великим збільшенням в центрі колонії видно тонкі розгалужені нитки міцелію у вигляді повстяного клубка, від якого відходять булавоподібні утвори з колбовидним здуттям на кінцях.

Досвідчене око може відзначити і характерні для актиномікоза ксантомні клітини. При цьому необхідно враховувати, що в окремих випадках виявлення променистого гриба не є підставою для встановлення діагнозу актиномікоза, оскільки у деяких хворих з наявністю в щелепній кістці хронічного остеомієліту, раку та інших захворювань іноді можна виявити окремі актиномікозні друзи. У цих випадках наявність гриба слід розглядати як вторинну інфекцію.

Дані біопсії: під мікроскопом визначаються характерні актиномікозні гранульоми.

Серологічна або імунологічна реакція проводиться з полівалентним актінолізатом (як антиген) і сироваткою крові хворого. Ця реакція вперше запропонована в 1922 р., а потім розроблена С. Ф. Дмитрієвим, М. Ф. Фірюковою, Р. О. Сутєєвою і ін. Оцінка результату цієї реакції зв'язування комплекменту відбувається негайно після настання гемолізу в контрольній пробірці. Значні і точні дані ця реакція дає в 92-80% випадків актиномікозу. Найбільша кількість позитивних серологічних реакцій можна отримати у хворих зі значною давністю актиномікозу, який характеризує цю реакцію як особливо цінну для діагностики запущених форм даного захворювання. Шкірно-алергічна реакція у цих хворих часто буває негативною, а мікробіологічна діагностика утрудненою.

Отже, ідеально точної проби на актиномікоз поки ще немає. Тому необхідно в ряді випадків вдаватися до серії діагностичних способів: імунодіагностичної шкірної проби, серологічної реакції з актінолізатом (як антиген), до посіву патологічного матеріалу (гній, харкотиння) на відповідні поживні середовища. За допомогою такого комплексу досліджень можна встановити діагноз актиномікозу навіть в ранніх, прихованих і стертих його формах.

Лікування актиномікозу має бути комбінованим, тобто необхідно поєднувати такі консервативні і хірургічні заходи.

Внутрішкірна актінолізатотерапія по Леніну. 20-25 ін'єкцій з інтервалами в 2-3 дня. Під час першої ін'єкції (виконується, як і наступні, через тонку голку туберкулінового шприца) вводять 0,5 мл; другий – 0,7 мл; третій – 0,9 мл актінолізата. Доза кожної наступної ін'єкції підвищується на 0,1 мл; до 14 ін'єкції вона досягає 2 мл і такою залишається до кінця лікування.

А. І. Євдокимов і Г. А. Васильєв (1959) наводять іншу, більш інтенсивну схему актінолізатотерапії. Після першого курсу – перерва 1-2 місяці.

Внутрішньошкірні ін'єкції показані при шкірній формі актиномікозу, а внутрішньом'язові і підшкірні введення актінолізата – при більш глибокому ураженні; вводять актінолізат по 3 мл 2 рази на тиждень, всього 15-20 ін'єкцій. Після клінічного одужання показаний курс профілактичного актінолізатного лікування.

Актінолізатотерапія при щелепно-лицевому актиномікозі дає хороший результат. В основі дії актінолізату лежить підвищення іммуногенної діяльності організму, чим пояснюється найбільший відсоток стійкого одужання.

Крім актінолізата, як специфічний імунотерапевтичний засіб можна застосувати й актиноміцетну полівалентну вакцину (АПВ), яка за своєю лікувальною дією не поступається актінолізату, а по скороченню термінів лікування навіть перевершує його. АПВ можна застосовувати в умовах стаціонару і поліклініки, ізольовано або в поєднанні з іншими методами лікування.

Методика АПВ. Вводять в товщу шкіри згинальних поверхонь передпліччя в зростаючих дозах: при першому введенні – 0,1 мл, при кожному наступному додають по 0,1 мл, доводячи дозу до 1 мл (в 1 мл АПВ міститься 1 млрд. мікробних тіл). Надалі цю дозу не змінюють до кінця курсу лікування. У кожную точку вводять по 0,1 мл вакцини, кожен раз – в нове місце; 10-у дозу вводять в 10 точок, віддалених одна від одної на 4-5 см (по 5 точок на кожному передпліччі). Через кілька годин на місці ін'єкції з'являється щільна папула темно-червоного кольору, яка розсмоктується протягом 4-7 днів. АПВ вводять 2 рази на тиждень (з інтервалом в 3-4 дні). Курс лікування становить 20-25 ін'єкцій. Якщо після цього лікування не настало одужання, лікування відновлюється через місяць за тією ж схемою. Досягнувши клінічного одужання проводять профілактичний курс імунотерапія АПВ (10 ін'єкцій).

Антибіотикотерапія спрямована проти вторинної інфекції і актиноміцетів. Справа в тому, що вторинна інфекція може знижувати реактивні здібності, опірність організму, а цим самим – погіршувати перебіг актиномікотичного процесу. Антибіотики впливають на вторинну інфекцію, цим мобілізуються знижені резервні сили організму для боротьби з актиноміцетами. Крім того, антибіотики широкого спектру дії здатні ще й

пригнічувати ріст актиноміцетів. Тому хірурги з успіхом проводять інтенсивну комплексну антибіотикотерапію як вторинних запальних явищ при актиномікозі, так і основного захворювання. Призначати слід антибактеріальні препарати тільки широкого спектра дії, оскільки крім актиноміцетів в рані зазвичай присутні найрізноманітніші мікроорганізми.

Призначення фтівазиду. Цей препарат зазвичай призначають при туберкульозі, однак з огляду на біологічне споріднення актиноміцетів з туберкульозною паличкою фтівазид володіє хорошою протиактиномікозною дією. Призначається він по 0,3 грама 3 рази або 0,5 грамів 2 рази на день, поступово збільшуючи дози (до 2 грамів на добу), стежачи за станом хворого. Курс лікування – від 3 до 8 місяців.

Рентгенотерапію призначають в поєднанні з імунотерапією і антибіотиками, або в поєднанні з калій йод, який вводиться за Д. І. Бердіганом, у вигляді 4-5% розчину по 1 столовій ложці 4-6 разів на день; можна призначати і натрію йодид, але внутрішньовенно – 10% розчин в висхідних дозах від 10 до 50 мл щоденно. Призначають променеве лікування (0,4-0,5 Гр.); після ліквідації гострого процесу – по 1-1,5 Гр. Загальна доза – до 15 Гр. на поле.

Стимулююча терапія проводиться у вигляді аутогемотерапії, гемотрансфузії, посиленого харчування і т.д.

УФ-опромінення показане (як гіпосенсибілізуючий, загальнозміцнюючий, протизапальний і стимулюючий засіб) на стадії формування поверхневих актиномікозних вогнищ, а також при абсцедуючому лимфаденіті поверхневих лімфатичних вузлів.

Флюктуоризація показана при підслизовій формі, одонтогенній актиномікозній гранульомі, ураженні періоста щелеп, язика та мигдаликів.

Ультразвук (5-10 процедур) щодня за стабільною методикою (імпульсний режим, інтенсивність 0,05-0,5 Вт / см² протягом 10 хв.) Доцільно використовувати для розсмоктування залишкових уповільнених інфільтратів лазером дає хороші результати при одонтогенних підшкірних гранульомах, підшкірно-міжм'язовій формі, ураженні лімфатичних вузлів і слинних залоз. Зазвичай достатньо 5-10 ультразвукових процедур по 3 хв при щільності дії 0,3 мВт / см², з використанням препаратів йоду, гідрокортизону.

Електрофорез з хлоридом кальцію, димексидом, димедролом (5-10 процедур) корисно завершувати 10-15 сеансами електрофорезу з йодом або лидазою при більшій вираженості рубцево-проліферативних змін в підшкірних і шкірних шарах, уражених актиномікозом. При гиперпластичному актиномікозному лимфаденіті кращі результати отримують після іонофорезу з хлоридом кальцію, димедролом, димексидом 5-10 сеансів), а потім йодом, лидазою або іншими ферментами. Щільні шкірні рубці, періостальні потовщення після кісткового актиномікозу у дорослих добре піддаються розсмоктуванню після 5-10 сеансів іоно- і фонофорезу з гідрокортизоном. При залишкових внутрішньокісткових осередках потрібно

поєднувати іонофорез з димексидом, лідазою (10-15 сеансів), фонофорезом з гідрокортизоном (10-15 сеансів).

Хірургічне лікування полягає в евакуації вмісту інфільтратів і абсцесів; краще це робити шляхом відсмоктування, а не розрізів, оскільки через розріз можливе приєднання вторинної інфекції. Лімфовузли щклкпно-лицевої локалізації, які нагноюються, розкривають і вишкрібають. При значному та запущеному актиномікозі голови та шиї нерідко доводиться одночасно проводити комплекс заходів, для зняття нашарування банального запального процесу, придушити основний – актиномікотичний процес, підвищити опірність і регенераторні здатності організму.

Лікувальна фізкультура показана як елемент комплексного лікування впродовж всієї хвороби, виключаючи періоди загострення на ґрунті приєднання вторинної інфекції. Методист і сам хворий повинні проводити вправи. У числі активних і активно-пасивних фізичних вправ в комплексах лікувальної гімнастики і при самостійних заняттях завдання слід систематично виконувати по 4-5 разів на день спеціальні вправи для м'язів і жувальних м'язів. Застосування спеціальних вправ для м'язів рекомендується проводити симетрично для здорової і ураженої половин обличчя. Допускається, за медичними показаннями, комплексне застосування лікувальної фізичної культури з фізіотерапією, лікувальним масажем і іншими терапевтичними методами лікування.

Профілактика актиномікоза полягає, перш за все, в санації порожнини рота і здійсненні комплексу загальнозміцнюючих заходів, гігієну порожнини рота, де завжди присутній збудник актиномікозу.

ТУБЕРКУЛЬОЗ. Патогенез. Шляхи зараження. Туберкульозні ураження щелепних кісток, слизової оболонки рота, язика, прищелепних тканин є місцевим проявом генералізованої туберкульозної інфекції. У щелепні кістки мікобактерія туберкульозу може потрапити наступними шляхами: 1) гематогенним – по кровоносних судинах 2) лімфогенним – по лімфатичних судинах, 3) по інтраканалікулярно шляхах – по дихальній і травній трубках; 4) щодо продовження – зі слизової оболонки ясен, язика.

Клініка. Слід розрізняти дві клінічні форми ураження: а) захворювання щелепи туберкульозом у дітей та підлітків, уражених первинним туберкульозним комплексом; б) ураження щелепи у дорослих хворих з активним специфічним процесом в легенях.

Перша форма (туберкульоз у дітей і підлітків). В результаті поширення інфекції з первинного туберкульозного комплексу (по лімфатичних і кровоносних судинах) в щелепній кістці зазвичай розвивається поодинокий кістковий осередок. Якщо він вражає верхню щелепу, то локалізується на передній поверхні її в області нижнього краю очниці, або на бічній поверхні - виличного відростка, або на альвеолярному відростку. На нижній щелепі туберкульоз локалізується зазвичай в області гілки щелепи або альвеолярного відростка.

Перебіг туберкульозу щелеп у дітей та підлітків в більшості випадків «доброякісний», млявий. Як правило, захворювання протікає без істотних больових відчуттів, але з вираженим хронічним лімфаденітом.

Піднижньощелепні лімфовузли, а пізніше шкірні та розташовані в шийному трикутнику, збільшуються, стають щільними, нагадуючи метастаз при злоякісному новоутворенні. Уражені туберкульозом вузли згуртовуються між собою, утворюючи малорухливі пакети. Згодом можливий казеозний (сирнистий) розпад центральних ділянок, які стають розм'якшеними. Поруч з ураженою ділянкою кістки відбувається інфільтрація прилеглих м'яких тканин, спаювання їх з ураженою кісткою. Якщо процес локалізується в області кута щелепи, інфільтрується жувальний м'яз і виникає контрактура. Інфільтрат поступово розм'якшується, шкіра в області його червоніє, потім набуває синюшного забарвлення. На місці розм'якшення інфільтрату м'яких тканин, під синюшною шкірою, утворюється «холодний» абсцес, який може мимовільно розкриватися через кілька нориць. Якщо це не відбувається, абсцес необхідно розкрити. З норицевих ходів виступають перші мляві грануляції, та виділяється білувато-зеленуватий гній рідкої консистенції з домішкою сирнистих грудочок. При зондуванні нориць, які утворилися після самовільного розкриття або розрізу, вдається виявити кістковий дефект або порожнину, стінки якої вкриті грануляціями ями, а всередині розташовуються дуже щільні, склерозовані ділянки кістки – секвестри. Часом нориці закриваються, рубцюються, але потім поруч утворюються нові. Рубці, які залишаються, – втягнуті, атрофічні, спотворюють обличчя та шию. Рентгенограми щелеп початкового періоду захворювання виявляють поступове руйнування кістки у вигляді округлого вогнища, котре не має чітких меж. Іноді в такій порожнині видно невеликий секвестр. Згодом, коли процес вщухає, навколо туберкульозного вогнища визначається зона ущільнення – склерозу кісткової тканини.

Диференціальний діагноз. У деяких випадках розм'якшення інфільтрату можна прийняти за актіномікотичне вогнище. Для уточнення необхідно провести серологічні і патогістологічні дослідження. Збільшення лімфовузлів може бути і при хронічному гнійному одонтогенном запальному процесі щелепи. Для уточнення діагнозу слід врахувати всі дані анамнезу, наявність або відсутність гангренозного зуба в області ураження, характер рентгенографічних і бактеріоскопічних даних.

Рак щелепи, для котрого характерно утворення пакета щільних лімфовузлів, відрізняється більш вираженим руйнуванням кістки, розпадом підщелепних тканин, кахексією.

Одонтогенна підшкірна гранульома багато в чому нагадує туберкульозне вогнище: в підшкірній основі щоки утворюється інфільтрат, над яким шкіра набуває синюшного відтінку. Потім інфільтрат нагноюється, і абсцес розкривається, утворюючи норицю з мізерними виділеннями. Однак одонтогенна підшкірна гранульома завжди пов'язана з хронічним періодонтитом або хронічний остеомієлітом. Зв'язок гранульоми з запальним

процесом в періодонті зуба визначається наявністю тяжа від зуба до гранульоми.

Друга форма туберкульозу щелепи, яка спостерігається у хворих з активним туберкульозом легень, виникає в зв'язку з ураженням кісткової тканини щелеп туберкульозною інфекцією по одному з наступних шляхів: по продовженню (з слизової оболонки ясен, язика, піднебіння), через канали гангренозного зуба або ясеневої кішени. В результаті розпаду туберкульозного інфільтрату та горбків на слизовій оболонці ясен утворюються поверхневі, різко болісні виразки з підритими краями. Жовтувате дно виразки має зернистий вигляд, вкрите дрібними рожевими або жовтуватими грануляціями. Виразка поступово збільшується в розмірі за рахунок розпаду сусідніх горбків на слизовій оболонці. Шийки зубів при цьому оголюються; процес поступово переходить в товщу кістки і періодонт зубів; зуби розхитуються і випадають, а на їх місці залишаються незагойні кісткові виразково-некротичні дефекти луночок. Вони заміщуються грануляцією, яка містить туберкульозні горбки.

При ураженні кістки туберкульозною інфекцією через канали гангренозних зубів або через дно ясенної кишени специфічне захворювання спочатку важко діагностувати, оскільки колір ясен при цьому довго залишається незмінним. Тільки після руйнування значних ділянок губчастої та кортикальної речовини слизова оболонка починає червоніти, припухати, а потім на ній з'являється один або кілька свищів, з яких виділяється рідкий гній з домішкою сирнистих грудок. Навколо зубів, які знаходяться в зоні туберкульозного ураження, ще до виникнення свищів, розвиваються симптоми туберкульозного періодонтиту (не різко виражений і поступово наростаючий біль, прогресуюча рухливість зубів), іноді – осифікуючий періостит, який проявляється у формі деякого потовщення періосту альвеолярного відростка. При прогресі туберкульозу щелепи та приєднання вторинного, банального, остеомієлітичного процесу, що мляво перебігає, відокремлюються секвестри, з'являються нові нориці. На верхній щелепі може виникнути з'єднання між порожниною рота і верхньощелепною пазухою або порожниною носа. На нижній щелепі описаний одонтогенно-каналікулярний туберкульозний процес альвеолярного відростка та тіла щелепи, який може перейти на її кут, а потім гілку, викликаючи тут спонтанний (патологічний) перелом. Регіонарні лімфовузли збільшуються, згуртовуються в пакети, ущільнюються.

Рентгенографічні дані. При туберкульозному ураженні альвеолярного відростка виникає вогнище деструкції кісткової тканини в області декількох зубів. Часто цей осередок має округлі контури з нерівними краями й іноді напівкруглими поглибленнями по периферії. Разом з цим можуть бути і дрібні секвестри. Якщо процес активний, прогресуючий, навколо явно вираженого обмеженого вогнища деструкції видна смуга остеопорозу. При верхушечному туберкульозному періодонтиті рентгенограма не матиме ніяких специфічних особливостей. Вона схожа з типовою картиною гранулюючого періодонтиту. На серії знімків помітний прогрес вогнища

деструкції. При маргінальному туберкульозному періодонтиті за допомогою серії рентгенограм визначається поступове зникнення компактної кісткової речовини по краю лунки, розсмоктування кісткових балок (трабекули) в області межлуночкових перегородок, остеопороз прилеглих ділянок кістки.

Для уточнення діагнозу проводять: мікроскопічні дослідження мазків гною, вмісту виразок і кісткових порожнин на предмет виявлення туберкульозних паличок; мікроскопічне дослідження біоптованого шматочка прилеглих м'яких або кісткової тканини; щеплення морським свинкам отриманого матеріалу.

Лікування включає: загальнозміцнюючі засоби, натрію парааміносаліцилат по 6-10 грамів на добу (за схемою); тубазид (фтивазид) за схемою; стрептоміцину сульфат по 250000-300000 ОД 2 рази на добу впродовж 3-4 місяців.

Оперативні втручання можна проводити тільки при наявності обмежених, кісткових вогнищ, що затухають. З числа операцій можливі наступні: видалення зубів, навколо яких періодонт вражений туберкульозним процесом, вишкрібання грануляцій і розм'якшених ділянок кістки, видалення секвестрів, ушивання або тампонування порожнин, яка утворюється, йодоформною марлею.

Прогноз залежить, головним чином, від ефективності спільних протитуберкульозних заходів.

Профілактика полягає в проведенні загальних і місцевих протитуберкульозних заходів (гарне харчування, поліпшення умов праці, профілактика карієсу, захворювань слизової оболонки порожнини рота, пародонта).

СИФІЛІС. Загальні відомості. Клініка. Первинні ураження порожнини рота сифілісом виявляються тільки на слизовій оболонці, не проникаючи в кісткову тканину. У вторинному періоді розвивається періостит, який ніколи не призводить до утворення субперіостального гнійника, як це буває при банальному одонтогенному періоститі. Сифілітичний періостит протікає мляво, дифузно, вражаючи велику ділянку періоста, який набуває тестуватої консистенцією. Після лікування на щелепі залишаються пласкі звищення. Сифіліс щелепи зазвичай розвивається тільки в третинному періоді в результаті гуммозного ураження кістки або періоста. Іноді має місце перехід процесу з м'яких тканин на щелепу. Клінічний перебіг сифілісу в третинному періоді залежить від початкової локалізації процесу і від глибини ураження. У зв'язку з цим слід розрізняти третинний сифіліс слизової оболонки ясен, периоста щелепи, тіла щелеп і їх відростків або гілок нижньої щелепи.

Ураження слизової оболонки ясен третинним сифілісом характеризується напівкольцеподібним групуванням горбкових сифілідів в межах 2-4 зубів. Слизова оболонка при цьому гіперемована, потовщена, горбиста. Горбки можуть або розсмоктуватися, або розпадатися, утворюючи виразки неправильної форми з крутими або пологими краями. Виразки вкриті сіруватим розпадом, секвестрації кістки при цьому не відбувається. У зоні

горбкового сифіліду або виразки зуби стають рухливими в результаті розвитку специфічного сифілітичного періодонтиту. При перкусії визначається больова реакція. На рентгенограмі видно дрібні вогнища остеопорозу.

Для теоретичного ураження періоста щелепи характерним є наявність дифузної, щільної, злегка болісної гуммозної припухлості. Скарги хворих можуть зводитися до нічного мимовільного болю в ділянці ураження. Периостальна гума, сягнувши 3-4см в діаметрі, розм'якшується, розкривається; на її місці з'являється виразка. На рентгенограмі цієї ділянки видно округлі дрібні (кілька міліметрів) вогнища остеопорозу, оточені вузьким вінчиком склерозованої кісткової тканини. В області періодонту визначається руйнування компактної пластинки лунок зубів по типу розлитого хронічного гранулюючого періодонтиту. Якщо периостальна гума локалізується по краях нижньої щелепи, то на рентгенограмі буде видна узура кортикальної ділянки. Іноді, навпаки, замість узури визначається бурхливе розростання періосту (результат надлишкової периостальної реакції), що дає хвилеподібну тінь по краю щелепи. По закінченню рубцювання периостальної гуми на кістці залишається валикоподібне невелике потовщення або значне новоутворення кістки – масивне потовщення щелепи.

Гуммозне ураження тіла та відростків щелеп. Улюбленим місцем локалізації гумм є тверде піднебіння. Найчастіше вони з'являються на його носовій поверхні, руйнують піднебінні відростки і призводять до перфорації піднебіння. У початковій фазі гуммозного остеомієліту скарги хворих зводяться до гострого болю, втрати чутливості в зонах розгалуження носопіднебінного, підборідного або підочноямкового нервів. При ураженні гуммою верхньої щелепи піднімається дно носової порожнини або деформуються контури пазухи; на нижній щелепі потовщується, деформується тіло або її кут, виникає контрактура. М'які тканини згуртовуються з гуммозним кістковим вогнищем, утворюючи щільний інфільтрат навколо щелепи. Шкіра набуває багряно-червоного або лілового відтінку та стоншується.

Гуммозне ураження щелепної кістки та прилеглих тканин закінчується розпадом, утворенням одного або декількох норицевих ходів і виділенням з них мутного крошкоподібного гною. Поступово розмір норниць збільшується, і вони перетворюються в виразку з навислими, щільними краями. При зондуванні норичі або дна виразки можна відчутти шорстку кісткову поверхню.

На рентгенограмі щелепи спостерігається мармурова картина, обумовлена чергуванням розкиданих вогнищ деструкції (розрідження і склерозу обмежених ділянок кістки). Якщо сифілітичне ураження розташовується в більш товстих відділах тіла щелепи, на рентгенограмі може бути ясно видно значних розмірів округлий дефект кістки, навколо якого може визначатися смуга склерозу. Ураження піднебінних відростків призводить до утворення серединного дефекту

твердого піднебіння й гнусавости. Нерідко дані рентгенограми свідчать про те, що ураження піднебіння поєднується з ураженням альвеолярного відростка.

Диференціальний діагноз представляє значні труднощі через наявність загальних схожих ознак з низкою захворювань.

Неспецифічний одонтогенний хронічний остеомієліт щелепи відрізняється наявністю одонтогенного джерела інфекції, зубного каменю, неправильно накладеної пломби. Усунення їх веде до одужання.

Актіномікотичні інфільтрати відрізняються від гуми значною щільністю і безліччю нориць.

Злоякісне новоутворення розпадається повільніше, ніж гума, а кісткове ураження при цьому виявляється на рентгенограмі як значний безформний дефект кістки, навколо якого немає зони склерозу.

Туберкульозне ураження щелеп має більш повільний перебіг, ніж сифілітичне. Туберкульоз відрізняється ще й тим, що локалізується, головним чином, в області верхніх різців та іклів, поширюючись на передній відділ твердого піднебіння.

Лікування повинно бути специфічним і поєднуватися з санацією порожнини рота. Хірургічні втручання у вигляді видалення зубів і секвестректомії можливі лише після згасання та відмежування процесу під впливом загального лікування. Видалення рухомих зубів проводиться тільки за показаннями, оскільки після консервативного лікування вони зміцнюються.

Профілактика сифілісу щелепних кісток складається з тих же заходів, що і профілактика сифілісу інших органів; щодо щелепно-лицевої області має особливе значення контактний спосіб передачі при поцілунках, користуванні загальним рушником, при голінні, лікуванні зубів і захворювань порожнини рота.

СНІД – інфекційне вірусне захворювання, яке виникає в результаті розмноження в клітинах людини лімфотропного ретровірусу та загибелі цих клітин, що призводить до втрати функціональних можливостей системи імунітету. Вірус знищує Т-хелперні клітини, хворий стає беззахисним перед умовно-патогенною мікрофлорою та неодноразово нею інфікується.

В даний час виділені 2 види вірусу - ВІЛ -1 і ВІЛ -2. Джерело інфікування – хвора людина, у якого в крові, спермі, грудному молоці, вагінальному секреті, слині, слюзах, поті, лімфовузлах, тканинах головного мозку, кістковому мозку і спинномозковій рідині може бути вірус.

Сприйнятливість людей до вірусу є різною – лише у 10-30% інфікованих за 5 років розвивається СНІД. Досить лише 0,1 мл крові або сперми з 10 000 вірусами для інфікування. Хвороба передається статевим шляхом, через медичні інструменти, препаратами крові, від матері до дитини під час вагітності, пологів, годування грудьми (висхідний шлях інфікування).

Клінічні прояви хвороби можуть бути зумовлені ендогенної або

екзогенною флорою, грибками, вірусами, найпростішими.

Розрізняють 4 стадії перебігу ВІЛ-інфекції у людини :

1. Стадія інкубації – триває від 3 тижнів до 3 міс ., в крові антитіл немає, виявляють лише віруси.
2. Стадія первинних проявів (гостра інфекція, безсимптомна інфекція , персистуюча 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 тижні. Відзначають підвищення температури тіла, збільшення лімфатичних вузлів, інтоксикацію, ангіну, висипання на шкірі, головний біль. Антитіла в крові виявляють НЕ завжди . Лікування в цій стадії ефективно. У безсимптомній стадії можливо лише збільшення лімфовузлів , антитіла в крові виявляють завжди. Далі розвивається персистуюча генералізована лімфаденопатія, яка характеризується збільшенням лімфовузлів до 1 см і більше в 2-3 суміжних анатомічних областей, що триває понад 3 місяці.

Стадія вторинних захворювань (перед-СНІД) починається через 3-5 років після зараження, коли виникають запальні захворювання верхніх дихальних шляхів, які носять тривалий, важкий характер. Згодом уражаються внутрішні органи, нервова система, виникає саркома Капоші.

Термінальна стадія (СНІД) – зміни внутрішніх органів мають незворотній характер, виникає немотивована лихоманка, тривала діарея, втрата маси тіла, злоякісні пухлини, стійкі запальні процеси (пневмонії), коли активна терапія є неефективною і хворий гине. Іноді хвороба за 2-3 роки переходить в термінальну стадію.

Існує кілька варіантів перебігу хвороби : легеневий, кишковий, церебральний, дисемінований (змішаний), недиференційований. Кожен з них характеризується клінічними проявами переважно в конкретній ділянці тіла.

Перші прояви ВІЛ-інфекції частіше за все спостерігають в порожнині рота.

1. Чітко пов'язані з ВІЛ-інфекцією.
2. Менш чітко пов'язані з ВІЛ-інфекцією.
3. Можуть бути пов'язаними з ВІЛ-інфекцією.

Серед можливих проявів хвороби частіше за все виявляють такі.

Кандидоз спостерігається у 31-91% ВІЛ-інфікованих. Найчастіше уражається 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 і шкірі обличчя, які

супроводжуються больовими відчуттями, лімфаденітом, некрозом поверхневих тканин.

Виразково-некротичний гінгівіт починається з крайового ясна та навіть за відсутності зубних відкладень і швидко переходить в гінгівостоматит, пародонтит, викликаючи запалення та секвестрацію кістки, втрату зубів.

Саркома Капоші – на твердому піднебінні з'являються червоно-сині плями, потім тут виникають виразки, процес остеоліза. На обличчі виникає частіше на підборідді. Має перебіг по типу системного захворювання, швидко призводить до летального результату. Може бути не пов'язана з ВІЛ-інфекцією.

Лімфома Ходжкіна – безболісна пухлина лімфатичних вузлів, діагноз ставлять після гістологічного дослідження.

Діагностику ВІЛ-інфекції / СНІДу проводять після клінічного обстеження хворого та 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 ошадного психологічного режиму, своєчасний початок етіотропної 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 модифікування нуклеазидами як інгібіторів зворотної транскриптази вірусу. Для цього застосовують різні препарати: азидотимидин, дідеоксінозін, дідеоксітідін, ставудін, ламівудин, невірапін, делавірдин, інвіраза, Кріксіван, Норвір, а також різні імуномодулятори. На сьогодні середня ціна довічного лікування хворого – понад 1000 доларів в місяць.

Хірургічні втручання пацієнтам з ВІЛ-інфекцією / СНІДом виконують за об'єктивними показаннями (розсічення інфільтрату, абсцесів, флегмон, секвестректомія при остеомієліті з некрозом кістки) в попередньо підготовлених умовах, з необхідним обладнанням та інструментарієм, засобами захисту медичного персоналу. Забезпечують інактивацію (знищення) вилученого патологічного і зараженого кров'ю або видаленого матеріалу.

У практиці стоматолога можливим є зараження одного пацієнта від іншого через брудні інструменти і 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 в клініці одноразового інструментарію.

Для запобігання зараження медперсоналу в стоматологічних поліклініках, особливо під час хірургічного прийому, розроблені необхідні

системні організаційні засоби захисту, зокрема організація спеціального стоматологічного кабінету, використання окремо призначеного або одноразового інструментарію тощо. У разі розриву рукавичок, попаданні інфікованого матеріалу на шкіру медичного працівника необхідно обробити її 70% етиловим спиртом, вимити руки з милом, вдруге обробити шкіру спиртом. У разі проколу шкіри – видавити кров з рани, обробити шкіру, як вище зазначено, приймати протягом 30 діб тімозід 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.

Матеріали для самоконтролю:

Тестові завдання.

1. Пацієнт, 25 років, скаржиться на набряк і гноетечу в правій піднижньощелепній області. Об'єктивно: має місце щільний дерев'янистий безболісний інфільтрат діаметром близько 2 см в правій піднижньощелепній області. У центрі інфільтрату – нориця, з якої виділяється крихтоподібний гній в невеликій кількості. Відкриття рота 4,5 см, безболісне. Слизова оболонка порожнини рота і зуби інтактні. Встановіть попередній діагноз.

Варіанти відповіді:

- A. Актиномікоз шкіри.
- B. Туберкульоз шкіри.
- C. Первинний сифіліс.
- D. Підшкірна гранульома обличчя.
- E. Аденоабсцес.

Правильна відповідь:

- A. Актиномікоз шкіри.

2. Пацієнт, 47 років, скаржиться на наявність нориць в правій привушно-жувальній області, обмежене відкриття рота. Три місяці тому видалений зуб 4.8 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 відокремлюваним. Шкіра в цій області синьо-багрового кольору. Пальпаторно визначається інфільтрат дерев'янистої щільності, помірно болісний. У окремих місцях вогнища розм'якшення. Рот відкривається на 1-1,2 см між центральними різцями. Лунка зуба 4.8 повністю зажила. Зуби 4.7, 4.6 інтактні. Який найвірогідніший діагноз?

Варіанти відповіді:

- A. Хронічний паротит.
- B. Хронічний одонтогенний остеомієліт нижньої щелепи.
- C. Актиномікоз правої привушно-жувальної області.
- D. Одонтогенна гранульома обличчя.

Е. Хронічний лімфаденіт правої привушно-жувальної області.

Правильна відповідь:

С. Актиномікоз правої привушно-жувальної області.

3. Пацієнт, 16 років, звернувся до лікаря зі скаргами на наявність збільшених лімфовузлів і нориці в підщелепній області, загальну слабкість, субфебрильну температуру. Об'єктивно: в підщелепній області, щільні, трохи болісні лімфовузли з чіткими межами. З норицевого ходу виділяється вміст, що нагадує сир. Який діагноз найдостовірніший?

Варіанти відповіді:

А. Туберкульоз лімфовузлів.

В. Актиномікоз лімфовузлів.

С. Сифілітичний лімфаденіт.

Д. Хронічний остеомієліт.

Е. Підшкірна гранульома.

Правильна відповідь:

А. Туберкульоз лімфовузлів.

4. Чоловік, 56 років, скаржиться на виразку в під'язиковій області.

Відкривання рота вільне. Пацієнт користується повним знімним протезом на нижню щелепу. В області лівого щелепно-язикового жолобка відмічається болісна виразка з підритими краями до 1,5 см, вкрита жовто-сірим нальотом. В лівій піднижньощелепній області пальпуються декілька збільшених лімфатичних вузлів. Встановіть діагноз.

Варіанти відповіді:

А. Рак слизової оболонки дна порожнини рота.

В. Декубітальна виразка дна порожнини рота.

С. Туберкульозна виразка дна порожнини рота.

Д. Третинний сифіліс (гумозна виразка).

Е. Актиномікоз дна порожнини рота.

Правильна відповідь:

С. Туберкульозна виразка дна порожнини рота.

5. До стоматолога амбулаторії звернувся пацієнт Н., 40 років, зі скаргами на болісну виразку в роті. Під час огляду в ротовій порожнині на слизовій оболонці піднебіння – різко болісна виразка 1,5x2 см, вкрита жовтуватим нальотом, з м'якими підритими краями та обідком запалення блідо-червоного кольору. Дно виразки нерівне, сірого кольору. Назвіть попередній найвірогідніший діагноз?

Варіанти відповіді:

А. Актиномікоз.

В. Туберкульозна виразка.

С. Рак слизової оболонки піднебіння.

Д. Сифілітична виразка.

Е. Виразково-некротичний стоматит

Правильна відповідь:

В. Туберкульозна виразка.

6. Пацієнт, 33 років, звернувся зі скаргами на виразку дна порожнини рота, яка розташована під язиком, на рівні від зуба 4.3 до зуба 3.3. При огляді виразка має підриті фестончаті краї, її дно неглибоке, сіро-жовтого кольору, вкрито дрібними грануляціями, які легко кровоточать. Інфільтрація виразки відсутня. Визначте клінічний діагноз хворого.

Варіанти відповіді:

- A. Декубітальна виразка дна порожнини рота.
- B. Ракова виразка дна порожнини рота.
- C. Туберкульозна виразка дна порожнини рота.
- D. Гумозна виразка дна порожнини рота.
- E. Мігруюча гранульома дна порожнини рота.

Правильна відповідь:

C. Туберкульозна виразка дна порожнини рота.

7. Після прийому пацієнта В. стало відомо, що він ВІЛ-інфікований. Як буде проводитись обробка інструментарію, що використовувався для лікування даного пацієнта?

Варіанти відповіді:

- A. Вдвічі збільшити експозицію в дезрозчині.
- B. Вдвічі збільшити час стерилізації.
- C. За спеціальною схемою.
- D. Знищити інструменти.
- E. Автоклавування протягом двох годин.

Правильна відповідь:

C. За спеціальною схемою.

8. Пацієнт, 36 років, звернувся зі скаргами на наявність виразки на нижній губі зліва. Три тижні тому на губі з'явилося незначне почервоніння округлої форми, яке з часом стало інтенсивніше, а навколо нього утворилося ущільнення, в центрі якого – виразка. 2-3 дні тому під щелепою з'явилися множинні вузлики, які не болять. Об'єктивно: на слизовій оболонці нижньої губи зліва виразка овальної форми розміром 1,2 см в діаметрі з рівними, чіткими межами, яскраво-червоним блискучим дном. Краї виразки мають вигляд валика, який плавно спускається до низу, а в її основі щільний безболісний інфільтрат. Підщелепні лімфовузли збільшені, безболісні. Шкіра над ними не змінена. Якому захворюванню відповідає клінічна картина?

Варіанти відповіді:

- A. Сифіліс (первинний період).
- B. Виразковий хейліт.
- C. Рак губи.
- D. Трофічна виразка.
- E. Червоний вовчак.

Правильна відповідь:

А. Сифіліс (первинний період).

9. Вкажіть вірні терміни інкубаційного періоду для первинного сифілісу:

Варіанти відповіді:

- А. 1-2 дні
- В. 3-4 тижні
- С. 7-8 тижнів
- Д. 1-2 місяці
- Е. Півроку

Правильна відповідь:

В. 3-4 тижні

10. Пацієнтка 22-х років звернулася до лікаря-стоматолога з метою санації. Під час об'єктивного огляду було виявлено: на піднебінних дужках, м'якому піднебінні, мигдаликах, язиці круглі безболісні папули з гіперемованим, інфільтрованим вінчиком розміром 7 мм у діаметрі. Регіонарні лімфатичні вузли збільшені, щільно-еластичної консистенції, безболісні, рухомі. Що в першу чергу повинен порекомендувати лікар даній пацієнтці?

Варіанти відповіді:

- А. Консультацію лікаря-венеролога
- В. Провести бактеріологічне дослідження
- С. Консультацію ЛОР-лікаря
- Д. Провести санацію порожнини рота
- Е. Провести цитологічне дослідження

Правильна відповідь:

А. Консультацію лікаря-венеролога

Ситуаційні завдання.

1. Пацієнт, 30 років, скаржиться на наявність слабо болісного інфільтрату правої защеlepної області, який зберігається впродовж 2-3 місяців. Прийняв призначений курс антибактеріальної терапії. Поліпшення не було. Об'єктивно: асиметрія обличчя за рахунок слабо болісного інфільтрату правої защеlepної області, дерев'янистої щільності, шкіра червоно-синюшно-фіолетового відтінку. На шкірі є нориці, з них періодично виділяється гній з крупинками і наявність щільних втягнутих рубців. Відзначається безболісна контрактура нижньої щелепи. Якому захворюванню найімовірніше відповідає описана клінічна картина?

Варіанти відповіді:

- А. Флегмона защеlepної області.
- В. Одонтогенна гранульома обличчя.
- С. Хронічний остеомієліт нижньої щелепи.
- Д. Хронічний лімфаденіт защеlepної області.
- Е. Актиномікоз защеlepної області.

Правильна відповідь:

Е. Актиномікоз защеlepної області.

Алгоритм рішення:

Для встановлення діагнозу слід звернути увагу на скарги пацієнта (на наявність слабо болісного інфільтрату правої защеlepної області, який зберігається впродовж 2-3 місяців), анамнез захворювання (прийняв призначений курс антибактеріальної терапії, поліпшення не було) дані об'єктивного обстеження (асиметрія обличчя за рахунок слабо болісного інфільтрату правої защеlepної області, дерев'янистої щільності, шкіра червоно-синюшно-фіолетового відтінку, на шкірі є нориці, з них виділяється гній з крупинками, наявність щільних втягнутих рубців, безболісна контрактура нижньої щелепи) можна встановити діагноз: Актиномікоз защеlepної області.

Задача 2.

Пацієнт, 47 років, скаржиться на наявність виразки на спинці язика. З анамнезу стало відомо, що тривалий час до появи виразки існував горбковий інфільтрат, який поступово збільшувався, потім утворилася виразка. Об'єктивно: на спинці язика неглибока подовжена виразка, болісна, оточена горбками, з підритими краями. Який діагноз?

Варіанти відповіді:

- А. Декубітальна виразка.
- В. Первинний сифіліс.
- С. Туберкульозна виразка
- Д. Актиномікоз язика.
- Е. Абсцес язика.

Правильна відповідь:

- С. Туберкульозна виразка

Алгоритм рішення:

Для встановлення діагнозу слід звернути увагу на скарги пацієнта (на наявність виразки на спинці язика), дані анамнезу (тривалий час до появи виразки існував горбковий інфільтрат, який поступово збільшувався, потім утворилася виразка) та дані об'єктивного обстеження (на спинці язика неглибока подовжена виразка, болісна, оточена горбками, з підритими краями). Таким чином, діагноз – туберкульозна виразка.

Задача 3.

Зоотехнік В., 30 років, через 4 дні після обробки шкур тварин помітив появу на шкірі підборіддя, ушкодженої під час гоління, фіолетово-червоного пухирця, заповненого темною рідиною. Впродовж наступних двох днів збільшувався набряк оточуючих тканин, пухирець покритися темним струпом. Стан хворого різко погіршився, температура 38,8-39,2°C. Вкажіть можливий діагноз.

Варіанти відповіді:

- А. Фурункул обличчя.
- В. Карбункул обличчя.

- С. Сибірка.
- Д. Гангренозна форма бешихи обличчя.
- Е. Гранульоматоз Вегенера.

Правильна відповідь:

С. Сибірка.

Алгоритм рішення:

Для встановлення діагнозу слід звернути увагу на те, що пацієнт займався обробкою шкур тварин, після чого помітив появу на шкірі підборіддя, ушкодженої під час гоління, фіолетово-червоного пухирця, заповненого темною рідиною. В продовж наступних двох діб збільшувався набряк оточуючих тканин, пухирець покритися темним струпом. Стан хворого різко погіршився, температура 38,8-39,2°C. Така клінічна картина характерна для сибірки.

Задача 4.

Пацієнт, 22 років, звернувся зі скаргами на припухлість в правій піднижньощелепній області справа і у верхньому відділі шії справа. Припухлість знайдена випадково три місяці тому. До лікарів не звертався, тому що припухлість не непокоїла. З перенесених захворювань зазначає дитячі інфекції. Останнім часом з'явилася осиплість голосу. Пацієнт курить. В правій піднижньощелепній області та у верхньобочковому відділі шії справа визначаються збільшені лімфовузли, які розташовані ланцюжком, не спаяні між собою та оточуючими тканинами, безболісні, щільні. Відкривання рота вільне. В порожнині рота виявлена верукозна лейкоплакія. Порожнина рота не санована.

1. Встановіть діагноз.
2. Складіть план лікування.
3. Визначте ознаки, які не характерні для цього захворювання та дайте їм пояснення.

Алгоритм рішення:

1. У даному випадку можна встановити діагноз сифілітичний лімфаденіт піднижньощелепних та верхньобочкових шийних лімфовузлів. Діагностика ґрунтується на співставленні даних клінічного перебігу захворювання, при цьому захворюванні лімфовузли можуть бути великих розмірів, мати хрящоподібну консистенцію за рахунок склерозування, бути безболісними та лишатися неспаяними між собою та оточуючими тканинами. Специфічні реакції Васермана, КСР – позитивні. В пунктаті знаходять бліді трепонеми.
2. Лікування хворих на сифіліс проводиться в венерологічній клініці.
3. Ознаки, які не характерні для даного захворювання – верукозна лейкоплакія слизової оболонки порожнини рота.

Задача 5.

Пацієнт, 30 років, звернувся зі скаргами на припухлість у боковому відділі шії справа, біль при ходьбі в області тазостегнового суглобу. З анамнезу

з'ясовано, що припухлість бокового відділу шиї виявлена рік тому. За цей час вона збільшилася в розмірі, стала більш розлитою, а у центрі – відкрилася нориця. Пацієнт зазначає загальну слабкість, швидку стомлюваність, пітливість, субфебрилітет та свербіж шкіри. З перенесених захворювань – часті ГРВІ, ЗЧМТ внаслідок ДТП. У боковому відділі шиї справа визначається щільний конгломерат з горбистою поверхнею, у центрі якого є нориця з підритими краями та незначним гнійним вмістом. Порожнина рота санована. У пацієнта знайдено конкременти у правій піднижньощелепній слинній залозі. При цитологічному дослідженні в гнійному вмісті знайдено гігантські клітини. На рентгенограмі тазостегнового суглоба – ділянка резорбції кісткової тканини.

1. Обґрунтуйте діагноз.
2. Складіть план лікування.
3. Визначте ознаки, які не характерні для даного захворювання.

Алгоритм рішення:

1. Вторинний туберкульозний лімфаденіт бокового відділу шиї справа. Діагностика ґрунтується на співставленні даних клініко-рентгенологічного, цитологічного та гістологічного досліджень. На фоні характерної клінічної картини: загальна слабкість, швидка стомлюваність, пітливість, субфебрилітет та свербіж шкіри, наявність щільного конгломерату з горбистою поверхнею, у центрі якого є нориця з підритими краями та незначним гнійним вмістом. При цитологічному дослідженні знайдено гігантські клітини Пирогова-Ланганса. Первинний осередок знайдено у тазостегновому суглобі.
2. Лікування хворих на туберкульоз у спеціалізованій клініці.
3. Ознаки, які не характерні для даного захворювання – свербіж шкіри та наявність слинокам'яної хвороби.

Контрольні питання.

1. Актіномікоз щелепно-лицевої ділянки: клініка, диференціальна діагностика, лікування.
2. Сіфіліс щелепно-лицевої ділянки: клініка, диференціальна діагностика, лікування.
3. Туберкулез щелепно-лицевої ділянки: клініка, диференціальна діагностика, лікування.

Практичні завдання тощо.

1. Провести опитування хворого і на його основі зробити запис в історії хвороби.
2. Провести обстеження амбулаторного хірургічного стоматологічного хворого і зробити про це запис в історії хвороби.
3. Провести обстеження периферійних лімфатичних вузлів щелепно-лицьової області, шиї і слинних залоз.
4. Встановити попередній діагноз на основі опитування хворого і його обстеження (хворого з періодонтитом, периоститом, остеомієліт щелеп і флегмоной щелепно-лицевої ділянки).

- 5.Знать схему і вміти доповідати про хворого викладачеві; обґрунтувати діагноз і скласти план лікування.
- 6.Підготувати набір інструментарію для обстеження хірургічного стоматологічного хворого.
- 7.Уметь прочитати і встановити попередній діагноз по рентгенограмах при такій патології:
 - а) вивихи скронево-нижньощелепного суглоба;
 - б) захворювання СНЩС .

ЛІТЕРАТУРА:

ОСНОВНА:

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник / [В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін.] — К. : ЛОГОС, 2011. У 2 т. — Т. 1. — 669 с.
2. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник / [В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін.] — К. : ЛОГОС, 2011. У 2 т. — Т. 2. — 606 с.
3. Бернадський Ю. Й. Основи щелепно-лицевої хірургії і хірургічної стоматології : навчальний посібник / Ю. Й. Бернадський. — К : «Спалах», 2003. — 512 с.
4. Бернадський Ю. І. Травматологія і відновна хірургія черепно-щелепно-лицевої ділянки: [навч. посіб. 3-е изд., Перераб. і доп.] / Ю. І. Бернадський. - М.: Медицина, 2003. - 456 с
5. Тимофєєв О. О. Щелепно-лицева хірургія: підручник / О. О. Тимофєєв. - К.: ВСВ "Медицина", 2011. - 752 с. + 40 с. кольор. вкл.

ДОДАТКОВА:

1. Клінічна оперативна щелепно-лицьова хірургія: Керівництво для лікарів / За ред. проф. В. Н. Баліна і проф. Н. М. Александрова. 4-е изд., Доп. і испр. - СПб. : СпецЛит, 2005. - 221 с.
2. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: Національне керівництво / За ред. А. А. Кулакова, Т. Г. Робустовой, А. І. Неробеева. - М.: Медицина, 2010. - 982 с.
3. Стоматологія питань надзвичайних ситуацій з курсом військової стоматології: [підруч. для студентів ВМНЗ III-IV рівнів акредитації] / Г. П. Рузін, В. П. Голік, О. В. Рибалов, С. Г. Демянік. - Харків: Торнадо, 2006. - 264 с.
4. Сабо Д. Хірургія порожнини рота і щелепно-лицевої ділянки / Д. Сабо. - К: Книга плюс, 2005. - 302 с
5. Мілерян В. Є. Методичні основи підготовки и проведення Навчальних зайняти в медичний вузах: [методичний посібник] / В. Є. Мілерян - К.: «Хрещатик», 2004. - 80 с

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

ЗАТВЕРДЖЕНО
на засіданні кафедри хірургічної стоматології
та клінічних дисциплін
Завідувач кафедри
к. мед. н., доц. Гема-Багіна Н. М.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

Курс V; Факультет Стоматологічний

Навчальна дисципліна: Хірургічна стоматологія

Субординатура

Тема № 6. Артрити, артрози, синдром больової дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба. Анкілози СНЩС. Пластика СНЩС. Контрактури і вивихи нижньої щелепи. Діагностика, хірургічне та фізіотерапевтичне лікування.

1. Актуальність теми:

Запально-дистрофічні захворювання СНЩС належать до числа досить поширених захворювань, достатньо своєрідних за своїм клінічним перебігом і погано підлягають лікуванню, частота яких збільшується з віком. Тому знання клініки, методів лікування і профілактики запально-дистрофічних захворювань СНЩС є на сьогодні актуальним при вивченні цієї теми.

2. Конкретні цілі:

- Аналізувати етіологію і патогенез артритів, артрозо-артритів, артрозів СНЩС.
- Пояснити основні чинники що впливають на виникнення артритів, артрозо-артритів, артрозів СНЩС.
- Запропонувати план обстеження хворого з гострим і хронічним артритом, артрозо-артритом, артрозом СНЩС.
- Класифікувати артрити, артрозо-артрити, артрози СНЩС.
- Тракувати основні клінічні ознаки гострих, хронічних артритів СНЩС, артрозо-артриту СНЩС, артрозу СНЩС.
- Малювати схеми лікування хворих з артритом, артрозо-артритом, артрозом СНЩС.
- Проаналізувати дані додаткових методів обстеження хворих з артритом, артрозо-артритом, артрозом СНЩС.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

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

4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття та на занятті.

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
Гострий артрит	Це гостре запальне захворювання суглоба.
Хронічний артрит	Це хронічне запальне захворювання суглоба, при якому чергуються періоди ремісії та загострення процесу
Артрозо-артрит	Це хронічне запально-дистрофічних захворювання суглоба
Артроз	Це хронічне дистрофічне захворювання суглоба

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Етіологія і патогенез артритів, артрозо-артритів, артрозів СНЩС.
2. План обстеження хворого з гострим і хронічним артритом, артрозо-артритом, артрозом СНЩС.
3. Класифікація артритів, артрозо-артритів, артрозів СНЩС.
4. Клінічні ознаки гострих артритів СНЩС; хронічних артритів СНЩС; артрозо-артриту СНЩС; артрозу СНЩС.
5. Схеми лікування хворих з артритом, артрозо-артритом, артрозом СНЩС.

4.3. Практичні роботи (завдання), які розбираються на занятті:

1. Провести додаткові методи діагностики запально-дистрофічних захворювань СНЩС.
2. Ведення медичної документації хворих з запально-дистрофічними захворюваннями СНЩС.
3. Методи лікування хворих з запально-дистрофічними захворюваннями СНЩС.
4. Оперативні методи лікування хворих з запально-дистрофічними захворюваннями СНЩС.
5. Механо- і фізіотерапія в комплексному лікуванні хворих з запально-дистрофічними захворюваннями СНЩС.

Зміст теми:

Артрити. Залежно від етіології захворювання розрізняють інфекційні та травматичні артрити, а за характером перебігу – гострі і хронічні.

Інфекційні артрити можуть бути неспецифічними і специфічними.

Травматичні артрити є результатом механічного пошкодження.

Гострі артрити. Гострий артрит скронево-нижньощелепного суглоба травматичної етіології виникає в результаті сильного механічного впливу: удару, надмірного відкривання рота тощо.

Хворі скаржаться на різкий біль в області суглоба в момент його пошкодження. При спробі відкривати рот виникають болі, підборіддя при цьому зміщується в бік пошкодженого суглоба. Розвивається набряк.

Пальпація суглоба різко болісна. При рентгенографічних дослідженнях, якщо немає перелому кісткових структур виросткового відростка, відхилення від норми не визначаються. Виняток становлять випадки, коли відбувається розрив зв'язкового апарату, що супроводжується крововиливом в суглоб; в таких випадках на рентгенограмі визначається розширення суглобової щілини.

Гострий артрит інфекційного походження розвивається зазвичай на тлі гострого тонзиліту, переохолодження, грипу тощо. Ревматичні та ревматоїдні артрити є результатом гематогенного інфікування або поширення інфекції по продовженню при отиті, мастоїдиті, остеомієліті гілки щелепи, гнійному паротиті тощо.

Початок захворювання – гострий. З'являються сильні болі в суглобі, що посилюються при спробі провести рух щелепою. Іноді болі можуть віддавати у вухо, язик, скроню, потилицю, по ходу вушно-скроневого, великого вушного, малого потиличних нервів, вушної гілочки блукаючого нерва, який має анастомоз з язико-глотковим нервом. Однак, як правило, болі пульсуючі та локальні, що відрізняє їх від болю при невралгії трійчастого нерва. Відкривання рота обмежене – на 3-5мм. При огляді хворого визначається набряк м'яких тканин наперед від козелка вуха, при пальпації цієї ділянки 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 відзначають зниження гостроти слуху, запаморочення. При натисканні пальцем на підборіддя вперед і вгору болі посилюються. Температура тіла підвищена до 38°C, 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: пороки, міокардит тощо.

При ревматоїдному артриті уражається, як правило, один зі скронево-нижньощелепних суглобів, але хворі відзначають біль і в інших суглобах: плечовому, тазостегновому або колінному. При цьому СНЩС дуже рідко уражається першим; частота його ураження при ревматоїдному артриті досягає, за даними ряду авторів, 50,7%. Видимих змін серця не виявляють. Для ревматоїдного артрити нехарактерна летючість болю.

Гострий артрит доводиться диференціювати від гострого отиту, невралгії трійчастого нерва, перикоронарити, а також від ряду інших захворювань, в клінічній картині яких прояви артропатії вельми виражені: дерматоміозита, подагри, гострих інфекційних артритів вірусної етіології, виразкової хвороби шлунку, синдрому Бехчета, інфекційно-алергічного поліартрити та ін.

Лікування гострого артрити будь-якої етіології починають з забезпечення спокою суглобу. Цього досягають за допомогою індивідуально

виготовленої пращеподібної пов'язки і міжзубної, яка роз'єднує прикус, пластинки або прокладки, яку накладають на стороні ураження терміном на 2-3 доби. Їжа повинна бути рідкою.

Лікування при травматичному артриті проводять з метою зняття болю, розсмоктування крові, що вилилась в суглоб, в якомога ранні терміни і для повного відновлення функції нижньої щелепи. Хворому призначають анальгетики (чаші НПЗЗ) та місцеву гіпотермію впродовж 2-3 днів, в подальшому – УВЧ-терапію по 10-15 хв щодня впродовж 6 днів, електрофорез калію йодиду та новокаїну (по черзі). Одночасно можуть бути рекомендовані компреси з ронідазою, парафіно- або озокеритотерапією, грязелікуванням. При болях, що тривають, слід призначати діадинамічні струми Бернара (2-3 сеансу).

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. Досить стримано слід ставитися до рекомендацій застосовувати внутрішньосуглобове уведення лікарських препаратів, не можна одночасно вводити в суглоб більше 1 мл розчину будь-якої речовини, так як це призводить до розтягування суглобової сумки. Завданням стоматолога є санація порожнини рота хворого і раціональне протезування зубів для нормалізації висоти прикусу.

При гнійних артритах показано невідкладне оперативне лікування хворого: розтин і дренажування вогнища запалення, які проводять в стаціонарі.

На етапі доліковування хворим призначають фізіотерапевтичне лікування: сухе тепло, УВЧ-терапія, електрофорез, діатермія, компреси.

При несвоєчасному та недостатньо повному лікуванні гострий гнійний та травматичний артрити можуть ускладнюватися анкілозом, особливо у дітей. Перебіг гострого ревматичного та ревматоїдного артриту може прийняти хронічну форму.

Хронічні артрити. Хронічний артрит характеризується, перш за все, ниючими болями в суглобі, тугорухомістю, хрускотом, скутістю вранці і після більш-менш тривалого стану спокою. Болі мимовільні, постійні, посилюються при відновленні функції нижньої щелепи. Хворий в змозі відкрити рот на 2-2,5см. Відкривання рота супроводжується помірним крепітуючим звуком, а іноді сильним хрускотом, при цьому підборіддя зміщується в бік ураженого суглобу. Забарвлення прилеглих до нього шкірних покривів може бути не змінена, але пальпація суглоба завжди викликає посилення болю.

На рентгенограмі визначається звуження суглобової щілини – результат реактивних, а пізніше й деструктивних змін покривного хряща головки нижньої щелепи та суглобової ямки.

Загальний стан хворого залишається задовільним, температура тіла нормальна. У крові не відмічається видимих змін, ШОЕ збільшена до 25-35 мм/год. При загостренні процесу клінічний перебіг набуває характеру гострого запалення.

Лікування хворих з ревматичним і ревматоїдним артритом здійснюють ревматологи. При переході травматичних артритів в хронічну стадію призначають ультразвукову терапію, парафіно- і озокеритотерапію, масаж жувальних м'язів, електрофорез бджолиної отрути, медичної жовчі, препаратів йоду та ін. Хороший результат дає міогімнастика: проводять дозоване відкривання рота без висунення нижньої щелепи. Для цього хворий сідає на стілець, притуливши потилицю до стіни, а кулаком натискає на підборіддя при відкриванні та закриванні рота. Такі вправи хворий робить самостійно щодня вранці і ще 2-3 рази впродовж дня по 3-5 хв на протязі 4-6 тижнів.

Модифікація викладеної методики міогімнастики запропонована Б.К.Костур і співавт. (1981). Автори рекомендують створювати дозований тиск на підборіддя не тільки в напрямку знизу вгору і спереду назад, але і в сторону, протилежну зсуву щелепи при відкриванні рота. Такі вправи повторюють 5-10 разів, проводять 3-4 сеанси на день, стежачи за тим, щоби тиск на підборіддя не був надмірним і не викликав болю.

Дуже важливо, щоб в комплексі лікування була проведена санація порожнини рота і носоглотки, а за наявності показань здійснено раціональне протезування зубів.

При ефективному лікуванні зміни, що виникають в суглобі при ревматичному артриті, на відміну від таких при ревматоїдному артриті, повністю оборотні.

Інфекційно-специфічні артрити. Інфекційно-специфічні артрити зустрічаються порівняно рідко. Розрізняють гонорейний, туберкульозний, актиномікотичний, сифілітичний артрити та ін. Вони виникають в результаті поширення інфекції по продовженню або при її проникненні в суглоб гематогенним (лимфогенним) шляхом.

Гонорейний артрит розвивається протягом першого місяця захворювання, але при ускладненій формі перебігу гонореї, на тлі хронічного уретриту, може з'явитися і в більш пізні терміни. Захворювання починається гостро з виникнення різких болів, набряку м'яких тканин навколо ураженого суглоба, звуження слухового проходу, що призводить до зниження гостроти слуху. Первинно виникає серозна форма запалення, яка 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-синовіальний і інфекційно-алергійний. Захворювання починається непомітно, розвивається мляво, протікає тривало. При рентгенографії визначається поступова резорбція кісткових структур головки щелепи. При туберкульозному артриті може розвинути фіброзний анкілоз.

Актиномікотичний артрит зазвичай є результатом поширення первинного вогнища на підлеглі тканини. Патологічний процес, вражаючи суглобову капсулу, викликає розвиток нестійкої контрактури, що чергується з ремісіями. Загальний стан хворого змінюється мало: турбують слабкі болі в суглобі, які посилюються при спробі відкрити рот. У процесі лікування і після його завершення морфологічних змін в суглобі не виявляють.

Сифілітичний артрит характеризується млявим перебігом, мало вираженою болісністю. Захворювання зустрічається вкрай рідко.

Лікування хворих з інфекційно-специфічними артритами направлено на ліквідацію основного захворювання та здійснюється відповідними фахівцями.

Артрози. В основі етіології захворювання лежать процеси дистрофічного характеру, що розвиваються на тлі тривалого запалення, що має млявий перебіг, або хронічної мікротравми, серед яких значне місце займають часткова адентія, особливо при односторонніх кінцевих дефектах, зубощелепні деформації і неправильні артикуляційні взаємини, які створені при протезуванні зубів. В результаті одночасно протікають 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 ступеня вираженості цих станів розрізняють склерозуючий та деформуючий артроз.

Хворі скаржаться на тупі болі, що посилюються при функціональному навантаженні суглоба. У виражених випадках з розвитком вторинного реактивного синовіту вони стають постійними, що особливо проявляється в холодну погоду, при перевантаженні, увечері та 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 й 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 та в періартикулярних тканинах розвивається тугорухомість в суглобі. Хворі відзначають швидку стомлюваність, відчуття скутості, але обмеження функції суглоба у них зазвичай помірно й обумовлене 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 головки нижньої щелепи. Місцеві ознаки запалення відсутні: забарвлення шкіри не змінене, вона не набрякла, але чутливість у вушно-скроневої області може бути знижена, що пояснюється, розвитком неврити вушно-скроневого нерва.

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, ніж деформуючого.

На рентгенограмах при склерозуючому артрозі визначається склероз поверхневих і підлеглих шарів губчатої речовини кістки суглоба з анатомічних утворень деякою деформацією головки нижньої щелепи. При деформуючому артрозі виникають кісткові розростання у вигляді екзостозів і остеофітів, що призводить до незворотних структурних змін головки нижньої щелепи і суглобового горбка. Суглобова щілина звужена. Хвороба протікає повільно.

Діагноз встановлюють на підставі оцінки результатів клінічних, рентгенографічних та 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. Однак треба 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 при наявності ознак остеопорозу, так як він сприяє їх прогресуванню. Застосування кортикостероїдів при деформуючому артрозі протипоказано.

У комплексі з медикаментозним лікуванням призначають фізіотерапію: електрофорез жовчі, бджолиної отрути, лідази, препаратів йоду. Можуть бути також рекомендовані: парафіно- і озокеритотерапія, грязелікування, інфрачервоне опромінення та лазерне випромінювання. Одночасно призначають масаж жувальних м'язів і лікувальну гімнастику. Важливою умовою досягнення успішного результату є здійснення раціонального протезування зубів. У важких випадках показано оперативне лікування: конділектомія з одномоментною артропластикою ортотропними алогенними остеотрансплантами.

Контрактура нижньої щелепи (лат. *contrahere* – стягуватися, скорочуватися) – різке обмеження рухливості в СНЩС внаслідок патологічних змін м'яких тканин, що оточують його і функціонально пов'язаних з ним.

Нерідко контрактура нижньої щелепи поєднується з внутрішньосуглобовими спайками (так званим анкілозом).

Контрактура нижньої щелепи виникає на ґрунті змін у шкірі, в навколосуглобовій підшкірній клітковині, в жувальних м'язах, в фасції (привушно-скроневої), в нервових волокнах травматичного або запального походження.

Грубі фіброзні і кісткові зрощення переднього краю гілки нижньої щелепи або її вінцевого відростка із виличної дугою або горбом верхньої щелепи можуть виникнути після вогнепальних і невогнепальних

пошкоджень. Також контрактура може виникнути після помилкової ін'єкції розчинів (спирту, формаліну, кислот, перекису водню тощо), що викликають некроз м'яких тканин навколо щелепи на місці ін'єкції. Після некрозу нормальні тканини заміщуються рубцевими.

Контрактури на ґрунті тривалої адинамії головки нижньої щелепи при міжщелепному скріпленні відламків нижньої щелепи можуть доповнюватися утворенням рубців в товщі щік або губ, якщо одночасно з переломом щелепи були пошкоджені м'які тканини обличчя.

Неврогенна контрактура нижньої щелепи може розвинути на ґрунті рефлекторно-больового скорочення жувальних м'язів (викликаного перикоронаритом, остеомієлітом, 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 ґрунті міозиту), спроби насильницького розведення щелеп викликають біль.

При стійких рубцевих і кісткових зрощеннях зведення щелеп може бути особливо значним, але спроба розведення їх у цьому випадку не супроводжується гострими больовими відчуттями. Пальпаторно при цьому іноді можна визначити грубі рубцеві стягнення у всьому переддвер'ї рота або в ретромолярній області, 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, виросткового 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 підборідного відділу в хвору сторону тощо.

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 фактора (спастичний тризм, істерія).

У разі її запального походження спочатку усувають джерело запалення (видаляють причинний зуб, розкривають флегмону або абсцес), а потім проводять антибіотико-, фізіо- та 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 неробочому стані має товщину в 2-3мм. Д.В.Чернов рекомендує доводити робочий тиск в трубці, 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 великими спайками, зрощення вінцевого відростка, переднього краю гілки або щоки, усувають шляхом висічення, розсічення цих спайок, а

обумовлені наявністю вузьких рубцевих стягнень в ретромолярній області – методом пластики зустрічними трикутними клаптями.

Після операції з метою попередження зморщування шкірного клаптя і рубцювання під ним потрібно, по-перше, залишати в роті лікувальну шину (разом зі стенсовим вкладишем) на 2-3 тижні, щодня виймаючи її для проведення туалету порожнини рота. Потім виготовляти знімний протез. По-друге, в післяопераційному періоді необхідно здійснити ряд заходів, покликаних унеможливити рецидив контрактури і зміцнюють функціональний ефект операції. До них відноситься активна і пасивна механотерапія, починаючи з 8-10-ї доби після операції (бажано – під керівництвом методиста).

Для механотерапії можна використовувати стандартні апарати і індивідуальні пристосування, які виготовляють в зуботехнічній лабораторії.

Рекомендуються фізіотерапевтичні процедури (опромінення променями Букки, іоногальванізація, діатермія), що сприяють профілактиці утворення грубих післяопераційних рубців, а також ін'єкції лідази при тенденції до рубцевого стягнення щелеп.

Після виписки зі стаціонару необхідно продовжувати механотерапію впродовж 6 місяців – до остаточного формування сполучної тканини в області колишніх ранових поверхонь. Періодично паралельно з механотерапією потрібно проводити курс фізіотерапії.

При виписці необхідно забезпечити хворого найпростішими пристосуваннями – засобами для пасивної механотерапії (пластмасові гвинти і клини, гумові розпірки тощо).

Методики усунення контрактури нижньої щелепи. Висічення фіброзних спайок, остеотомія і артропластика на рівні підстави вінцевого відростка з застосуванням деєпідермізованого шкірного клаптя.

Така ж операція на рівні нижнього краю виличної дуги з видаленням кістково-рубцевого конгломерату і моделюванням головки нижньої щелепи, інтерпозицією шкірного деєпідермізованого клаптя.

Розсічення та висічення рубців м'яких тканин з боку порожнини рота; резекція вінцевого відростка, усунення кісткових зрощень (долотом, бормашиною, кусачками Люера); епідермізації рани розщепленим шкірним клаптем.

Розсічення та висічення рубцевих і кісткових зрощень через зовнішній доступ, резекція вінцевого відростка. При відсутності рубців на шкірі – операція через внутрішньоротовий доступ з обов'язковою пересадкою розщепленого шкірного клаптя.

Висічення всього конгломерату рубців і кісткових спайок через внутрішньоротовий доступ, щоб забезпечити широке відкривання рота; пересадка розщепленого шкірного клаптя. Перед операцією перев'язують зовнішню сонну артерію.

Розсічення та висічення кісткових і фіброзних спайок щоки, щоб забезпечити широке відкривання рота і закриття дефекту, що утворився,

заздалегідь пересадженим на щоку філатовським стеблом або усуненням дефекту щоки шкірним артеріалізованим клаптом.

Причинами рецидивів контрактур нижньої щелепи є: недостатнє висічення рубців під час операції, застосування (для епідермізації рани) НЕ розщепленого, а тонкого епідермального клаптя А.С. Яценко-Тієрш; некроз частини пересадженого клаптя шкіри; недостатньо активна механотерапія, ігнорування можливостей фізіотерапевтичної профілактики виникнення і лікування рубцевих стягнень після операції.

Анкілоз СНЩС – фіброзне або кісткове зрощення суглобових поверхонь, що обумовлює часткове або повне зникнення суглобової щілини.

За наявності у хворого поряд 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.

Прийнято ділити анкілози на набуті і вроджені, запальні і травматичні.

Розвиток анкілозу можливо в зв'язку з артритами будь-якої етіології. За наявними даними, в мирний час близько 30% анкілозів виникає в результаті пошкодження виросткового відростка нижньої щелепи і суглобової ямки скроневої кістки при падіннях, ударах в область підборіддя і травмах під час пологів; 22% – внаслідок вторинного септичного ураження суглоба при гнійному отиті; 13% – через ураження головки нижньої щелепи остеомієлітом; гонорейні, ревматичні, деформуючі артрити бувають причиною анкілозів у 13% хворих.

Травматичні анкілози зазвичай розвиваються після закритих переломів виросткового відростка нижньої щелепи. Після відкритих, особливо вогнепальних, пошкоджень анкілозування настає не так часто.

Іноді анкілоз розвивається внаслідок неусунутого вивиху нижньої щелепи.

Симптоми анкілозу скронево-нижньощелепного суглоба. Анкілози можуть бути повні і часткові, кісткові і фіброзні, одно- (близько 93%) і двосторонні (близько 7%).

Неодмінний симптом анкілоза – це стійке повне або часткове обмеження розкриття рота, тобто обмеження опускання нижньої щелепи і повна відсутність ковзаючих рухів в ураженому суглобі по горизонталі.

Ступінь рухливості головки нижньої щелепи визначається шляхом її пальпації попереду козелка вуха і через передню стінку зовнішнього слухового проходу. При фіброзному анкілозі лікар відчуває ледь помітну рухливість головки нижньої щелепи, чого немає при синостозі. Однак, незважаючи на повний синостоз в ураженому суглобі, зберігається, хоча і незначна, рухливість головки нижньої щелепи на здоровій стороні. Це виявляється можливим за рахунок еластичності всієї нижньощелепної кістки.

Іноді, у випадках рецидиву анкілозу, відмічається стійко фіксований відкритий прикус. Це зазвичай є наслідком рецидиву після оперативного втручання, при якому резектується значний фрагмент гілки щелепи, або результатом неправильної фіксації нижньої щелепи після операції, а також

неправильно проведеної механотерапії, коли хворий приділяє увагу тільки відкриванню рота.

При обстеженні дорослого хворого, у якого анкілоз розвинувся в дитячому віці, виявляють виражену затримку росту ураженої половини нижньої щелепи і всієї відповідної половини обличчя. Однак, і у дітей з анкілозами помітна асиметрія обличчя внаслідок зсуву підборіддя і кінчика носа в хвору сторону, зменшення всіх розмірів ураженої половини тіла і гілки нижньої щелепи (одностороння мікрогенія або мандибулярна ретрогнатія). До того ж вушна раковина на хворому боці може бути розташована нижче, ніж на здоровій.

В результаті цього здорова половина обличчя виглядає як запала та сплюснена. Підборіддя зміщене в хвору сторону, яка, внаслідок розміщення нормального обсягу м'яких тканин в області зменшених в розмірах тіла і гілки нижньої щелепи, здається більш округлою і створює враження здорової. Тому бувають випадки, коли недосвідчений лікар приймає здорову сторону за хвору і навіть робить операцію на здоровому суглобі. У зв'язку з цим потрібно ретельно визначити основні розміри нижньої щелепи з обох сторін.

У разі розвитку анкілозу у дорослої людини, у якого вже завершилося формування скелета, затримка в розвитку нижньої щелепи незначна або зовсім відсутня.

В результаті тривалого анкілозування різко порушується функція харчування й мовлення, особливо при двосторонніх фіброзних і кісткових анкілозах. У цих випадках внаслідок недостатнього розкривання рота повністю або майже повністю виключається прийом їжі нормальної консистенції. Хворі харчуються рідкою або кашкоподібною їжею через вузьку щілину між зубними рядами, через щілину на місці відсутнього зуба або позадумолярну щілину; хліб їм доводиться протирати пальцем крізь щілини між зубами.

За даними мастікаціографії, 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 здоровій стороні дуже різна і залежить від ступеня поширення рубцевих змін в суглобі й оточуючих тканинах; в тих випадках, коли кісткові або фіброзні спайки локалізуються в самому суглобі, БАЖМ на хворому боці завжди вище, ніж на здоровій, а коли рубці поширилися на м'язи і м'які тканини навколо суглобу, БАЖМ на хворому боці нижче, ніж на здоровій. При двосторонніх анкілозах БАЖМ майже однакова з обох сторін.

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 віялоподібному зміщенню зубів.

Такі хворі, як правило, ослаблені, виснажені і мають нездоровий колір обличчя; у більшості з них відзначається знижена або нульова кислотність

шлункового соку через порушення секреції шлунку. Однак в деяких випадках хворі добре адаптуються до таких умов прийому їжі та харчування їх при цьому майже не порушено. Мовлення хворих з анкілозом порушене й утруднене.

Лікування і видалення зубів при повному зведенні щелеп або дуже утруднене, або зовсім неможливе.

У разі блювання (при інтоксикації, сп'янінні) таким хворим загрожує аспіраційна асфіксія.

Недорозвинення щелепи призводить до западіння язика під час сну на спині, внаслідок чого спати в цьому положенні зовсім неможливо або ж сон супроводжується сильним 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 (в ранньому дитинстві), на рентгенограмі буде визначатися вкорочення і потовщення вінцевого відростка, «шпора» в області кута нижньої щелепи, наявність нижнього 7 або 8 зуба в області її гілки, який не прорізався.

Вирізка нижньої щелепи зменшена, зливається з відростками гілки нижньої щелепи або має гострокутну форму.

Диференціальна діагностика анкілозу скронево-нижньощелепного суглоба. Неускладнений кістковий анкілоз необхідно диференціювати з кістковою контрактурою нижньої щелепи, а також з механічними перешкодами відкриванню рота. Перешкоди можуть бути обумовлені пухлиною (остеома, одонтома, саркома тощо). В області гілки щелепи, горба верхньої щелепи або виличної кістки. Тому для остаточного встановлення діагнозу слід провести ретельне пальцеве дослідження (при цьому вказівний палець вводять між бугром 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 викликано позасуглобовими фіброзними або кістковими стягненнями чи розростаннями.

Діагноз анкілозу повинен ґрунтуватися на даних анамнезу (з'ясування етіологічного фактора і динаміки захворювання), клінічного і рентгенографічного обстеження, а саме:

- стійке повне або часткове обмеження рухів в скронево-нижньощелепному суглобі;
- деформація віросткового 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 рубців позаду

вушної раковини (з приводу мастоидита, отиту) і виділення гною з зовнішнього слухового проходу, а також на положення вушних раковин, підборідного відділу нижньої щелепи і на рівень її нижнього краю на хворій і здоровій стороні. Ці та інші дані мають бути проаналізовані при описі клінічних симптомів анкілозу.

Лікування таких хворих комплексне. Оперативне втручання повинно бути спрямовано на відновлення рухливості в суглобі й усунення супутньої анкілозу деформації. Мета консервативного лікування у ортопеда – відновлення прикусу. При хірургічному лікуванні анкілозів слід не тільки домогтися рухливості щелепи шляхом створення несправжнього суглоба, але й одночасно з цим усунути супутні анкілозу деформацію щелепи і порушення прикусу.

Сприятливих результатів при хірургічному лікуванні анкілозів СНЩС можна домогтися, якщо виконати такі умови:

- при виділенні зміненого суглобового кінця гілки щелепи повинні бути забезпечені максимальне збереження жувальних м'язів під час операції і фіксація їх у фізіологічному натягу. Для цього не слід відокремлювати від кістки сухожилля м'язів, а треба створювати 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 головкою, міжсуглобовий диск, суглобовий майданчик скроневої кістки, міжсуглобові зв'язки та 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 зрощення або звуження носових ходів), доводиться вдаватися до трахеотомії.

Найбільш зручний доступ забезпечується напівовальним розрізом шкіри, який починається на 1,5-2см нижче мочки вуха і огинає кут щелепи. Далі розріз продовжують в підщелепну область приблизно до рівня 6 зуба. У підщелепній області розріз необхідно проводити на 3-4см нижче краю щелепи з урахуванням укорочення і зведення гілки щелепи. Тканини розсікаються пошарово до кістки. Необхідно враховувати, що відновлення жувальної функції при анкілозі залежить не тільки 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 фіксації в фізіологічному положенні. З огляду на це, сухожилля власне жувальних м'язів потрібно не відсікати від кістки, а відокремлювати разом з кортикальною платівкою гілки щелепи відповідно до місця їх прикріплення.

З цією метою лінійним розрізом по нижньо внутрішньому краю кута, тобто на межі прикріплення жувального та медіального крилоподібного м'язу, розсікають сухожильно-м'язові волокна і відокремлюють від нижнього краю кістки. Потім по нижньо задньому краю кута і переднього краю власне жувальних м'язів за допомогою бормащини, циркулярної пилкою і трепаном, ультразвуком або лазерним променем проводять розпил кортикального шару нижньої щелепи і відокремлюють його разом з прикріпленим м'язом за допомогою тонкого широкого гострого долота. На іншій ділянці гілки щелепи з зовнішньої і внутрішньої сторони на всьому протязі до виличної дуги распатором субперіостально відокремлюють м'які тканини. Після цього приступають до створення приймаючого ложа для трансплантата. Для цього з зовнішнього боку гілки фрезою рівним шаром знімають залишки кортикального шару до появи точок, що кровоточать.

Рівень перетину гілки щелепи визначається характером і поширеністю патологічних змін в кістці. Так, при фіброзному або кістковому зрощенні суглобової головки з суглобовою западиною скроневої кістки проводять резекцію мишелкового відростка. Розсікають кістку за допомогою трепана та бора в поперечному або пилкою Джіглі в косому напрямку через напівмісяцеву вирізьку назад і донизу. Якщо після видалення виросткового відростка тяга скроневої м'язу перешкоджає низведенню 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 третини, як можна вище до суглобу.

Під час остеотомії щоб уникнути пошкодження судин асистент підводить вигнутий шпатель під внутрішню поверхню гілки на рівні передбачуваного перетину кістки. В цей час хірург спеціальним гострим довгим трепаном за допомогою бормащини робить ряд наскрізних отворів, які з'єднують тригранної хірургічної фрезою або циліндричним бором. Після того як отримана рухливість щелепи на місці остеотомії, хірург бере кісткові щипці (костодержатель), захоплює ними щелепу за кут і зводить її. Не завжди вдається при цьому легко звести щелепу, так як на внутрішній п

В такому випадку поступають таким чином. Асистент гачками добре піднімає жувальний м'яз разом зі слинної залозою і м'якими тканинами, а хірург у лінію остеотомії вводить роторозширювач і їм розсовує кісткові поверхні. Цей прийом завжди забезпечує цілком достатнє зведення щелепи. Якщо рубцева тканина спаювала гілку щелепи зі слизовою оболонкою заднього відділу порожнини рота, то при насильницькому низведенні 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 щелепу в низведеному положенні.

Капілярну кровотечу з рубців в більшості випадків вдається зупинити тугою тампонадою марлею, змоченою гарячим фізіологічним розчином хлориду натрію, біологічним тампоном або гемостатичною губкою. Але іноді при низведенні щелепи або при звільненні з рубців вінцевого відростка пошкоджується щелепна артерія, яка відходить від зовнішньої сонної артерії і дуже близько розташовується до вінцевого відростка, а при масивних рубцях або кісткової 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.

Щоб не затягувати операцію багаторазовими 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 та накласти кетгутіві 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-у добу після операції. Після зведення щелепи і переміщення підборіддя в правильне положення необхідно кістковими кусачками згладити розсічені поверхні кістки і особливо ретельно видалити всі гострі шипи. Якщо при дослідженні пальцем внутрішньої поверхні гілки виявляються кісткові шипи і розростання кісткової тканини, то їх необхідно видалити долотом, кусачками і гострої ложкою, так як решта шипів і кісткових виростов 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 найбільш широко застосовують кістковий аутогранулянт, взятий з ребра і гребеня клубової кістки. Такий трансплантат є найбільш близьким тканинам організму в генетичному плані. Однак при аутопластиці складно, а іноді неможливо домогтися правильної форми нижньої щелепи, особливо при заміщенні її великих дефектів. Аутопластика пов'язана з додатковою травмою для хворого. При взятті трансплантата збільшується тривалість операції, внаслідок чого погіршується стан хворого. У разі використання аутогранулянтів при пошкодженнях виросткового відростка або їх наслідки неможливо провести первинну артропластику і здійснити реконструктивні операції на скронево-нижньощелепному суглобі.

В останні десятиліття, як в нашій країні, так і за кордоном накопичено значний експериментальний і клінічний досвід використання касетних аллотрансплантатів, консервованих різними способами, при конструктивних і реконструктивних операціях в щелепно-лицевій ділянці. Найціннішим пластичним матеріалом є ортотопічний аллотрансплантат, тобто трансплантат з нижньощелепної кістки, і СНЩС з його складовими

компонентами. Ідентичність цього трансплантата за анатомічною і гістологічною структурою нижньощелепної кістки реципієнта створює сприятливі умови для його приживлення і перебудови з утворенням органотіпичного регенерату, що дозволяє, особливо при первинній кістковій пластики, отримати хороші результати.

Артропластика при анкілозі скронево-нижньощелепного суглоба (перший варіант). При виконанні операції за першим варіантом, коли в якості трансплантата використовують ортотопічний аллотрансплантат з консервованої нижньощелепної кістки разом з суглобовою головкою, що суглобовий майданчик, що сприймає, створюють в такий спосіб. При формуванні суглобового майданчику, щоб уникнути вивиху допереду створюють кістковий горбок, який обмежує зсув суглобової головки вперед. Це дозволяє їй здійснювати не тільки шарнірні, але й якоюсь мірою поступальні рухи.

Після цього за необхідності здійснюють зведення гілки і зміщення щелепи в здоровий бік. Підборіддя встановлюють в правильне положення по середній лінії. У цьому положенні щелепу фіксують за допомогою різних шин. Для кісткової пластики утворився дефект суглобового кінця нижньої щелепи після видалення верхнього фрагмента і переміщення щелепи використовують консервований методом ліофілізації або формалізації аллотрансплантат з гілки нижньої щелепи разом з суглобовою головкою, а в деяких випадках і з вінцевим відростком.

Кращі функціональні результати спостерігаються при пересадці напівсуглоба, тобто нижнього поверху суглоба – гілки щелепи з суглобовою головкою, міжсуглобовим диском і відповідною ділянкою капсули. В цьому випадку майданчик, що сприймає, потрібно формувати за формою верхньої поверхні між суглобового диска зі збереженням по краях виступів, які перешкоджають зсуву трансплантата. З внутрішньої поверхні трансплантата відповідно ложу, що сприймає кістку реципієнта, знімають кортикальний шар. Із зовнішнього боку його в області прикріплення кортикальної пластинки з жувальним м'язом також створюють ложе, що сприймає.

Трансплантат гілки з нижньої щелепи слід брати з кутом і на всю її ширину, для того щоб їм можна було одночасно подовжити гілку, створити кут щелепи, і відшкодувати відсутню 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 головка містилася на створеному суглобовому майданчику. Збережений вінцевий відросток з'єднують з вінцевим відростком трансплантата.

Другий кінець трансплантата з'єднують з кінцем щелепи реципієнта внакладку та щільно зміцнюють двома дротяними швами. Вінцеві відростки скріплюють тонким танталовим дротом. Сухожилля медіального крилоподібного м'яза та власне жувальний м'яз з кортикальної платівкою прикріплюють не до кута, а ззаду кута до заднього краю гілки щелепи, тобто, не змінюючи їх довжини, прагнучи відтворити фізіологічний натяг м'язів.

Збереження цілості та фізіологічного натягу жувальних м'язів, безсумнівно, позитивно позначається на жувальній функції.

Артропластика при анкілозі СНЩС (другий варіант). Артропластика суглоба за другим варіантом полягає в тому, що в область дефекту виросткового відростка, після його видалення, при анкілозі пересаджують цілий блок консервованого аллогенного суглоба. Показанням до його пересадки є наявність тільки кісткового та рецидивуючого анкілоза в поєднанні з недорозвиненням щелепи або без її деформації.

Доступ до суглоба при операції за другим варіантом здійснюють також екстраорально. Після остеотомії і видалення кісткового конгломерату формують не суглобовий майданчик, як при першому варіанті операції, а сприймаюче кісткове ложе для трансплантата. Кісткове ложе повинно являти собою рівну горизонтальну площину 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 головки;
- суглобової капсули;
- міжсуглобових зв'язок.

Під час припасування трансплантата його верхню поверхню на скроневої кістці вирівнюють. По краях передньої і задньої сторін її роблять по одному отвору відповідно виступаючим ділянкам сприймючого ложа. Після введення трансплантата в створене ложе його фіксують двома швами з тонкого танталового дроту. Другий кінець трансплантата з'єднують з гілкою щелепи реципієнта, як в першому варіанті. В рану вводять антибіотики і пошарово зашивають. Для попередження утворення гематоми на 1-2 дня в рані залишають гумовий випускник.

Щільність трансплантата забезпечує надійну фіксацію його до щелепи реципієнта і міцне утримання щелепи в такому 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- та механотерапію. Застосування даних 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, крім 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 оточуючих тканин. Він справив поперечну остеотомію виросткового відростка по можливості ближче до головки і під основу вінцевого відростка. Щелепу переміщував вниз і в неуражений бік. Потім вільний кінець вінцевого відростка з'єднував 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 зрушеною вперед гілки щелепи прикріплюють двома швами хрящовий аллотрансплантат.

Г.П. Іоаннідіс (1970) при анкілоз СНЩС робив остеотомії 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 поздовжньо розщеплюють і одну його частину поміщають в створений канал, а іншу – на зовнішню поверхню підокісно без додаткової фіксації. При цьому хрящовий кінець закругленою формою звернений в сторону суглоба, який зазвичай розташовується нижче природного, що, на думку автора, лише незначно погіршує функцію нижньої щелепи.

Западиння в защелепному просторі, виникає після переміщення щелепи вперед і в неуражену сторону, ліквідують шляхом додаткової підсадки аллогенного хряща, який фіксують до заднього краю гілки кетгутувимі швами. При використанні цієї методики, як зазначає автор, значно зменшується мікрогенія і досягаються хороші функціональні результати.

П.З. Аржанцев (1971) при анкілоз СНЩС і мікрогенії після ретельного вивчення клінічних, рентгенологічних і функціональних даних, а також особливостей щелепно-лицевої деформації робив реконструктивні операції з метою усунення мікрогенії, кісткового анкілозу з одного боку і фіброзного – з іншого. Під ендотрахеальним наркозом (з інтубацією через трахеостому) виконують двосторонню високу остеотомію гілок нижньої щелепи. Видаляють кістковий конгломерат в області виросткового відростка на боці кісткового зрощення.

Виниклий дефект відновлює імплантатом з органічного скла або пластмаси. Суглобову западину формують хірургічним шляхом. В області підборіддя накладають затиск апарату Рудька для скелетного витягування нижньої щелепи. Через 5-7 днів після встановлення зубів в прикус скелетне витягування замінюють міжщелепною гумовою тягою. Через 3 тижні під ендотрахеальним наркозом через раніше накладену трахеостому виокремлює малорухливий вінцевий 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 більш складно. 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 необхідно дуже ретельне рентгенологічне дослідження обох суглобів. В даний час уточненню діагнозу допомагає томографія. При двосторонньому анкілозі після зробленої остеотомії на одній стороні звести гілку щелепи не вдається

навіть роторозширювачем. Особливо форсувати це не слід. У таких випадках тампонують рану марлевими серветками, змоченими антибіотиками. Не можна тампонувати рану марлевими кульками, так як кульки, просочені кров'ю, стають малопомітними в глибині рани і їх можна легко залишити в рані по закінченню операції.

Після того як рану затампоновано, краї шкірної рани поверх серветок зближують 2-3 тимчасовими швами і повертають голову хворого в іншу сторону (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 наступити западання язика, тому в кінці операції слід прошити язик і прив'язати лігатуру на 2-3 дня до пов'язки.

В цьому періоді хворі потребують особливо ретельного нагляду персоналу в нічний час. Надалі хворі пристосовуються самостійно утримувати язик. Для утримання нижньої щелепи в виправленому положенні в післяопераційному періоді протягом 10-14 днів застосовують витягування за підборідний відділ щелепи за допомогою накісткового затискача, гачка або дротяної петлі, шнуром через блок з вантажем в 500-800г.

Застосування деєпідермізованого філатовського стебла при усуненні анкілоза СНЩС. Всі автори, що займаються вивченням віддалених результатів лікування анкілозів СНЩС, відзначають велике число рецидивів захворювання. Рецидиви частіше розвиваються протягом першого року після операції, але описані випадки їх розвитку і через кілька років після операції. А.А. Лімберг для попередження розвитку рецидиву анкілозу нижньої щелепи в 1948 р. застосував для міжкісткової прокладки деєпідермізованого філатівського стебла.

Операція багатоетапна, тому метод рекомендується тільки для усунення рецидивів анкілозів. Філатовське 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 оголюють область анкілоза і як зазвичай обробляють кістку. Потім відсікають ніжку стебла від живота і скальпелем видаляють протягом 7-8см 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 матрацними швами через всю 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 заглибні кетгутові шви, шкірну рану ушивають. Частина стебла, що залишилася недеєпідермізованою, ретельно пришивають до шкіри так, щоб рана була закрита наглухо. Між швами вводять гумовий випускник на 48 годин. Все 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 обличчя.

Таким чином, цей метод дозволяє усунути не тільки анкілоз скронево-нижньощелепного суглоба, але й асиметрію обличчя, викликану западанням тканин в області гілки щелепи, і мікрогенії. Усунення двосторонніх анкілозів СНЩС за допомогою прокладки з філатовського стебла роблять у такий спосіб. Після того як стебло однією ніжною зрощеною з рукою, 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 проводять одномоментно усунення анкілозу з обох сторін. Розсікають стебло поперек на 2 рівні частини, роблять двосторонню остеотомію, зводять щелепу. Деєпідермізують обидві ніжки стебла повністю і кожну вводять між кістковими поверхнями на своєму боці. Надалі операцію роблять так, як це було описано раніше. Між корінними зубами з обох сторін вводять гумові прокладки, а підборіддя підтягують "пращею", іноді накладають міжщелепне витягнення. Харчування хворому в післяопераційному періоді на 15-20 днів призначають через зонд. Рухи щелепи дозволяють з 10-15-ї доби. Операції при анкілозі СНЩС.

Артропластика СНЩС способом Медведєва (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, відповідний за формою і величиною простору між фрагментами. Вкладиш фіксують кетгутовими швами до навколишніх тканин, вставляють прокладку між корінними зубами і здійснюють Позаротове витягування щелепи протягом 14-16 днів.

Артропластика СНЩС способом Великанової (1956).

Проводять косу остеотомію за Рауером, кінці розпилу кістки припікають азотною кислотою, що парує, впродовж 1-2 хвилин. Кислоту наносять за допомогою вати на паличці, навколишні тканини ізолюють марлею, змоченою насиченим розчином натрію гідрокарбонату для нейтралізації кислоти. Здійснюють витягування щелепи протягом 10-13 днів.

Артропластика СНЩС способом Бернадського-Михайлик (1974).

Проводять остеотомію нижньої щелепи ближче до рівня суглоба. Нижній фрагмент відводять вниз і вперед, фіксують щелепу назубними шинами. Куксу нижнього фрагмента гілки покривають ковпачком з білкової оболонки яєчка (бика). Ковпачок фіксують кетгутовим швом, обвиваючи кут щелепи.

Артропластика СНЩС способом Максудова - Драновського (1981).

Розрізами по Рауеру або Львову оголюють кут і тіло нижньої щелепи. Відшаровують жувальний м'яз від гілки і скелетують його до суглобового і вінцевого відростків. Підокісно відсепаровують внутрішній крилоподібний м'яз з внутрішньої сторони гілки. Проводять остеотомію ближче до

ураженого суглоба. Нижній фрагмент зміщують донизу, щелепу зіставляють в правильному положенні. На краю нижнього фрагмента щелепи насаджують відмодельований ковпачок з золота і срібла, паладієвого сплаву.

Артропластика СНЩС способом Михайлик - Бернадського (1978).

Остеотомію здійснюють біля основи вінцевого відростка. Видаляють надлишок конгломерату кістки в області напівмісяцевої вирізки і суглобового відростка. Нижню щелепу зміщують донизу і наперед. Вінцевий відросток переміщують і фіксують до верхньо-заднього краю гілки кістковими швами.

Артропластика СНЩС способом Міхельсона (1948).

Здійснюють косу остеотомію гілки за Рауером. У щілину після розведення фрагментів вставляють ковпачок з пластмаси, який надягають на рухливий відрізок кістки. Ковпачок фіксується до окістя гілки.

Артропластика СНЩС способом Плотникова - Ткаченко (1966).

Після оголення гілки нижньої щелепи роблять її остеотомію, видаляють кістковий масив, формують суглобову западину в скроневої кістці. Нижню щелепу переміщують в правильне положення. Утворився дефект гілки заміщують кістковим ліофізілірованим алотрансплантатом з нижньої щелепи з суглобовим кінцем, який фіксують кістковим швом.

Артропластика СНЩС способом В. Ф. Рудько - Каспарової (1956).

Скелетують всю гілку нижньої щелепи, аж до кісткового зрощення. Проводять горизонтальну остеотомію гілки в верхній її третині. На нижньому фрагменті гілки моделюють суглобову головку і шийку шляхом видалення ділянки кістки. Розводять фрагменти не менше ніж на 10мм і надягають ковпачок з ЕГМАСС-12, до якого приварена "вежа" з АКР-7. Ковпачок повинен туго охоплювати кістку і міцно на ній сидіти.

Усунення анкілоза СНЩС способом Бернадського (1956).

Через розріз, нижче мочки вуха, який об'являє кут нижньої щелепи і продовжується в піднижньощелепну ділянку, оголюють гілку, скелетують її від жувального та медіального крилоподібного м'язів і окістя. Здійснюють остеотомію за методом Рауера. Розводять фрагменти, і між ними вставляють деепідермізований, позбавлений жиру клапоть шкіри, який фіксують кетгутівими швами до залишків жувального та медіального крилоподібного м'язів у краю кута щелепи.

Усунення анкілоза СНЩС способом Бернадського - Михайлик (1978). Екстраорально оголюють гілку нижньої щелепи, роблять її остеотомію на межі верхньої та середньої третини, моделюють суглобову головку з нижнього фрагмента резектованої гілки та покривають її ковпачком з ксеногенної склерокорнеальної оболонки, який фіксують швами до жувального м'язу. Рану пошарово зашивають. За необхідності зміщують підборіддя до симетричного положення і здійснюють його витягування через блок.

Усунення анкілоза СНЩС з мікрогенією у дітей способом Лімберга (1955). Розрізом, огинають кут нижньої щелепи, оголюють і звільняють його від окістя, жувальних м'язів. Скелетують всю гілку аж до півмісяцевої

вирізки. Внутрішню поверхню гілки звільняють від окістя і медіального крилоподібного м'яза. Проводять 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 витягування щелепи за допомогою накісткового затискача, накладеного на кут щелепи.

Усунення анкілоза СНЩС способом Львова (1936). Розрізом під кутом нижньої щелепи оголюють її гілку. Перетинають прикріплення жувального, медіального крилоподібного м'язів. Відсепаровують разом з окістям м'язи на внутрішній і зовнішній поверхнях і скелетують всю гілку. Здійснюють косу остеотомію гілки в зоні верхньої її третини (за Рауером). Видаляють передню ділянку гілки у вигляді клина. Кінець нижнього відрізка кістки заокруглені і моделюють головку і шийку.

Усунення анкілоза СНЩС способом Рауера (1928). Розрізом по нижньому краю виличної дуги, відступивши від слухового проходу на 1,5см допереду і далі вниз, починаючи від заднього кінця першого виличного розрізу, оголюють гілку нижньої щелепи. Відокремлюють окістя по зовнішній поверхні гілки і по її передньому і задньому краях. Здійснюють косу лінійну остеотомію по лінії основи суглобового відростка. При існуванні одночасно кісткового зрощення між вінцевим відростком і виличної кісткою додатково роблять косу лінійну остеотомію вінцевого відростка у його основи. У щілину 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 анкілоза СНЩС способом Роше (1898). Оголюють нижню щелепу розрізом, огинають її кут. Викроюють клапоть на живильній ніжці з жувальних м'язів. Скелетують гілку нижньої щелепи до суглобового і вінцевого відростків, як із зовнішнього, так і внутрішнього боків. Проводять остеотомію трапецієподібною формою 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 анкілоза СНЩС способом Роше в модифікації Сміта (1899). Операцію здійснюють за методом Роше лише з тією різницею, що остеотомію роблять в середній третини гілки нижньої щелепи.

Усунення анкілоза СНЩС способом Роше - Сміта в модифікації Березовського (1901). Проводять остеотомію від заднього краю гілки в область верхньої половини у напрямку до краю півмісяцевої вирізки. У простір між фрагментами укладають клапоть жувальних м'язів, який прикріплюють до окістя внутрішньої поверхні нижнього фрагмента.

Усунення фіброзного анкілозу СНЩС. Розрізом за Рауером розкривають 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 хворому боці вставляють розпірку.

Усунення фіброзного анкілозу СНЩС способом Семенченко (1951). Між премолярами на здоровій стороні вводять пласке 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 1-1,5см. Вводять другий розширювач на стороні анкілоза між премолярами і повільно розкривають порожнину рота до 3,5-4см. Між корінними зубами вставляють пластмасову або металеву розпірку.

Матеріали для самоконтролю:

- Тестові завдання

1. Пацієнт, 42-х років, скаржиться на різкий біль в ділянці лівого СНЩС з іррадіацією у вухо, головний біль, погіршення загального стану, неможливість жування та обмежене відкривання рота. Обличчя асиметричне за рахунок набряку в області лівого СНЩС. Шкіра в цій ділянці гіперемована. Біль посилюється при мінімальних рухах нижньої щелепи. Пальпація суглоба викликає сильний біль. Відкривання рота обмежене до 15-20 мм. Який діагноз найвірогідніший в цьому випадку?

Варіанти відповіді:

- A. Гострий артрит лівого СНЩС.
- B. Гострий гнійний паротит.
- C. Підвивих нижньої щелепи.
- D. Деформуючий артроз лівого СНЩС.
- E. Міогенний остеоартроз.

Правильна відповідь:

A. Гострий артрит лівого СНЩС.

2. У пацієнтки, 32 років, встановлений діагноз: хронічний артрит лівого скронево-нижньощелепного суглоба. Який з симптомів є найхарактернішим для цього захворювання?

Варіанти відповіді:

- A. Хрускіт при рухах нижньої щелепи.
- B. Біль, що іррадіює у вухо, скроню, потилицю.
- C. Біль різної інтенсивності у спокої.
- D. Біль посилюється при рухах нижньої щелепи.
- E. Вимушене положення нижньої щелепи.

Правильна відповідь:

A. Хрускіт при рухах нижньої щелепи.

3. Пацієнтка, 47-ми років, звернулася до лікаря зі скаргами на обмежену рухливість нижньої щелепи вранці, на періодичний тупий біль в правому СНЩС і скутість у суглобах. Зі слів пацієнтки скутість зникає протягом дня після "розробки" суглобів. Об'єктивно: обличчя симетричне, відкривання рота обмежене до 2,5 см, відмічається хрускіт в суглобах. Середня лінія

зміщується вправо на 3-4 мм, пальпація правої суглобової головки болісна. Поставте попередній діагноз.

Варіанти відповіді:

- A. Правобічний передній вивих нижньої щелепи.
- B. Гострий серозний артрит правого СНЩС.
- C. Артроз правого СНЩС.
- D. Хронічний артрит правого СНЩС.
- E. Перелом правого мищелка нижньої щелепи.

Правильна відповідь:

- C. Артроз правого СНЩС.

4. Жінка, 48-ми років, звернулася зі скаргами на тупі ниючі болі в області лівого СНЩС, що посилюються під час вживання твердої їжі, які з'явилися майже 2,5 роки тому. Об'єктивно: відкривання рота дещо обмежене, при відкриванні щелепа зміщується вбік, є хрускіт у СНЩС. У порожнині рота - вторинна часткова адентія. На рентгенограмі визначається склероз кортикальної пластинки суглобової головки і звуження суглобової щілини. Який найвірогідніший діагноз?

Варіанти відповіді:

- A. Хронічний артрит СНЩС.
- B. Гострий артрит СНЩС.
- C. Артроз СНЩС.
- D. Больова дисфункція СНЩС.
- E. Загострення хронічного артрити СНЩС.

Правильна відповідь:

- C. Артроз СНЩС.

5. Чоловік, 36 років, звернувся зі скаргами на ниючі болі в області лівого СНЩС, що посилюються під час вживання твердої їжі, які з'явилися близько 2 років тому. Об'єктивно: відкривання рота дещо обмежене, при відкриванні щелепа зміщується вбік, є хрускіт у СНЩС. У порожнині рота – відсутні моляри на нижній і верхній щелепах. На рентгенограмі визначається склероз кортикальної пластинки і деформація суглобової головки, звуження суглобової щілини. Який найвірогідніший діагноз?

Варіанти відповіді:

- A. Хронічний артрит СНЩС.
- B. Гострий артрит СНЩС.
- C. Артрозо-артрит СНЩС.
- D. Больова дисфункція СНЩС.
- E. Загострення хронічного артрити СНЩС.

Правильна відповідь:

- C. Артрозо-артрит СНЩС.

6. Пацієнт 50-ти років звернувся зі скаргами на біль у ділянці лівого СНЩС під час відкривання рота. Зубна формула: 1.4, 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 3.3, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4. Під час відкривання рота нижня щелепа

зміщується зигзагоподібно у бік ураженого суглоба. Для якого патологічного стану ці симптоми найхарактерніші?

Варіанти відповіді:

- A. Хронічний артрит СНЩС.
- B. Звичний вивих СНЩС.
- C. М'язово-суглобова дисфункція.
- D. Склерозуючий артроз СНЩС.
- E. Деформуючий артроз СНЩС.

Правильна відповідь:

- C. М'язово-суглобова дисфункція.

7. Пацієнтка скаржиться на обмежене відкривання рота. З анамнезу встановлено наявність внутрішньосуглобових розладів у лівому скронево-нижньощелепному суглобі (СНЩС). Рентгенологічне дослідження: субхондральний склероз суглобових площадок, рівномірне звуження суглобової щілини, обмеження екскурсії виросткового відростка лівого СНЩС. Який діагноз найімовірніший?

Варіанти відповіді:

- A. Деформуючий артроз лівого СНЩС.
- B. Артроз лівого СНЩС.
- C. Гострий гнійний лівобічний артрит СНЩС.
- D. Анкілоз лівого СНЩС.
- E. Гострий серозний лівобічний артрит СНЩС.

Правильна відповідь:

- D. Анкілоз лівого СНЩС.

8. Пацієнт 65-ти років висловлює скарги на хрускіт, лускання в обох СНЩС, біль під час зміщення нижньої щелепи вправо, шум у вухах, сухість у роті, глосалгію. 6 місяців користується повним знімним протезом на нижню щелепу. Ревматичні захворювання пацієнт заперечує. Об'єктивно: нижня третина обличчя укорочена, підборідна складка різко виражена, кути рота опущені, заїди, тріщини. Пальпаторно: хрускіт під час рухів у СНЩС. Який найімовірний діагноз?

Варіанти відповіді:

- A. Вивих СНЩС.
- B. Артрозо-артрит СНЩС.
- C. Синдром Костена.
- D. Артроз СНЩС.
- E. Артрит СНЩС.

Правильна відповідь:

- C. Синдром Костена.

9. Пацієнтка, 55 років, скаржиться на болі та лускіт у лівому скронево-нижньощелепному суглобі. Об'єктивно: обличчя симетричне, пальпація латеральних крилоподібних м'язів болісна зліва. Відкривання рота

обмежене. На томограмах кісткові контури суглобових поверхонь гладенькі. Якому з вказаних захворювань відповідає даний клінічний статус?

Варіанти відповіді:

- A. Ревматичний артрит.
- B. Деформуючий артроз.
- C. Дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба.
- D. Гострий післятравматичний артрит.
- E. Анкілоз суглоба.

Правильна відповідь:

- C. Дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба.

10. Після удару в області СНЩС з'явилися гематома на обличчі, тугорухомість, скутість рухів нижньої щелепи. Біль при широкому відкриванні рота. Які дії слід виконати для постановки діагнозу?

Варіанти відповіді:

- A. Обмеження рухів у суглобі
- B. Консультація невропатолога та рентгенобстеження
- C. РЕГ та консультація невропатолога
- D. Панорамна рентгенограма щелеп
- E. Рентгенограма СНЩС справа і зліва при відкритому та закритому роті

Правильна відповідь:

- E. Рентгенограма СНЩС справа і зліва при відкритому та закритому роті

- Ситуаційні завдання

Задача 1.

Чоловік, 60 років, звернувся зі скаргами на тупі ниючі болі, хрускіт у правому СНЩС, зниження слуху, відчуття закладеності в правому вусі. У порожнині рота часткова вторинна адентія. На рентгенограмах СНЩС: суглобова щілина наближається до прямої лінії, місцями різко звужена, глибина суглобової ямки зменшена, суглобовий горбик згладжений, суглобові поверхні інконгруентні. Поставте діагноз.

Варіанти відповіді:

- A. Хронічний артрит СНЩС.
- B. Гострий артрит СНЩС.
- C. Больова дисфункція СНЩС.
- D. Артроз СНЩС.
- E. Загострення хронічного артриту СНЩС.

Правильна відповідь:

- D. Артроз СНЩС.

Алгоритм рішення:

Для встановлення діагнозу слід звернути увагу на скарги пацієнта (тупі ниючі болі, хрускіт у правому СНЩС, зниження слуху, відчуття закладеності в правому вусі), наявність вторинної адентії, даних рентгенограми (На

рентгенограмах СНЩС: суглобова щілина наближається до прямої лінії, місцями різко звужена, глибина суглобової ямки зменшена, суглобовий горбик згладжений, суглобові поверхні інконгруентні). Отже, правильна відповідь – D.

Задача 2.

Жінка, 51 року, звернулася до лікаря-стоматолога зі скаргами на помірно виражені болі в області козелка вуха зліва, які виникають після переохолодження або тривалої розмови, хрускіт у СНЩС. Хворіє близько 3 років. Об'єктивно: обличчя симетричне. Шкірні покриви в кольорі не змінені. Відкривання рота вільне. На рентгенограмі лівого СНЩС визначаються зони звуження суглобової щілини, вогнища остеопорозу і деструкції суглобової голівки і суглобової ямки. Поставте діагноз.

Варіанти відповіді:

- A. Гострий посттравматичний артрит лівого СНЩС.
- B. Хронічний артрит лівого СНЩС.
- C. Артроз СНЩС зліва.
- D. Невралгія трійчастого нерва зліва.
- E. Больова дисфункція СНЩС.

Правильна відповідь:

- B. Хронічний артрит лівого СНЩС.

Алгоритм рішення:

Для встановлення діагнозу слід звернути увагу на скарги пацієнтки (на помірно виражені болі в області козелка вуха зліва, які виникають після переохолодження або тривалої розмови, хрускіт у СНЩС) та результати рентгенологічного обстеження (зони звуження суглобової щілини, вогнища остеопорозу і деструкції суглобової голівки і суглобової ямки). Таким чином, правильна відповідь B.

3. Пацієнт, 42 років, скаржиться на різкий біль в правому СНЩС. Рухи нижньої щелепи обмежені. Три дні тому пацієнт отримав травму (під час падіння ударився підборіддям об твердий предмет). Об'єктивно: обличчя симетричне, прикус ортогнатичний, відкривання рота обмежене до 2 см. На томограмах контури кісткових структур суглобових поверхонь рівні, гладкі. Наявність якого захворювання можна припустити?

Варіанти відповіді:

- A. Ревматичний артрит СНЩС.
- B. Синдром м'язової дисфункції.
- C. Гострий посттравматичний артрит СНЩС.
- D. Деформуючий артроз СНЩС.
- E. Анкілоз СНЩС.

Правильна відповідь:

- C. Гострий посттравматичний артрит СНЩС.

Алгоритм рішення:

Для встановлення діагнозу слід звернути увагу на скарги пацієнта (на різкий біль в правому СНЩС), дані анамнезу(три дні тому отримав травму – під час падіння ударився підборіддям об твердий предмет), дані об'єктивного обстеження (обличчя симетричне, прикус ортогнатичний, відкривання рота обмежене до 2 см) та дані додаткового обстеження (на томограмах контури кісткових структур суглобових поверхонь рівні, гладкі) можна встановити діагноз : гострий посттравматичний артрит СНЩС.

Задача 4.

Пацієнтка, 54 років, звернулася зі скаргами на біль в області СНЩС з обох боків. Начало захворювання пов'язує з появою в СНЩС клацання, якому не надала значення. Через рік в області СНЩС з'явився біль, який спочатку був не значним у стані спокою та підсилювався при рухах нижньої щелепи, особливо при вживанні твердої їжі. З перенесених захворювань зазначає, холецистит, коліт, кістозну мастопатію. При огляді виявлено укорочення нижнього відділу обличчя. Відкривання рота вільне, але з поперемінними переміщеннями нижньої щелепи у різні сторони. Пальпація в області СНЩС болісна та супроводжується хрустом. В порожнині рота – відсутні 4.7, 4.6 та 3.6, 3.7, співвідношення щелеп ортогнатичне, глибоке різцеве перекриття. При рентгенологічному дослідженні СНЩС визначається ущільнення кортикальних замикаючих пластинок, склерозування кісткової тканини у передньо-верхніх відділах суглобових головок нижньої щелепи. Суглобові щілини звужені у задніх відділах СНЩС.

1. Обґрунтуйте діагноз.
2. Запропонуйте можливі варіанти лікування.

Алгоритм рішення:

1. Першопричиною розвитку склерозуючого артрозу СНЩС є відсутність тривалий час нижніх молярів нижньої щелепи. В результаті тривалих перевантажень, які припадають на поверхні суглоба, що з'єднуються, виникає ущільнення кортикальних пластинок суглобових головок нижньої щелепи. Супутньою патологією є ще й звичний вивих нижньої щелепи.
2. Така поєднана патологія потребує не лише розвантаження СНЩС накладанням протезу, якій заміщує відсутні зуби, нормалізація висоти прикусу, лікування звичного вивиху.

Задача 5.

Пацієнтка, 47 років, звернулася зі скаргами на біль в області СНЩС з обох боків. Початок захворювання пацієнтка пов'язує з поступовим виникненням хрусту в області СНЩС. Рік тому в цих областях з'явився біль, який різко підсилюється при рухах нижньої щелепи та вживанні твердої їжі. З перенесених захворювань зазначає гайморит, псоріаз, гастрит. Відкривання рота супроводжується переміщенням мовби по сходинкам. Пальпація області СНЩС болісна, визначається з обох боків. В порожнині рота: прикус

ортогнатичний. При рентгенологічному обстеженні СНЩС відмічається збільшення та деформація суглобових головок нижньої щелепи.

1. Обґрунтуйте діагноз.
2. Складіть план лікування.

Алгоритм рішення:

1. Початковий період характеризується виникненням симптому клацання в області СНЩС, час появи його пацієнтка не може точно визначити. Лише болісність, як прояв захворювання, відмічається впродовж року. Можна припустити, що повільний і млявий запальний процес у СНЩС триває майже 2-3 роки, тобто це період, впродовж якого виникла деформація суглобових головок нижньої щелепи. Клінічні прояви болю, що «можна терпіти» в стані спокою та різко підсилюються при рухах нижньої щелепи в СНЩС є провідною симптоматикою деформуючого артрозу СНЩС. Клінічні дані підтверджуються й рентгенологічними дослідженнями.
2. Деформуючі артрози СНЩС потребують хірургічного лікування – моделювання або пластика суглобових головок.

- Контрольні питання

1. Етіологія і патогенез артритів, артрозо-артритів, артрозів СНЩС.
2. План обстеження хворого з гострим і хронічним артритом, артрозо-артритом, артрозом СНЩС.
3. Класифікація артритів, артрозо-артритів, артрозів СНЩС.
4. Клінічні ознаки і методи лікування гострих артритів СНЩС.
5. Клінічні ознаки і методи лікування хронічних артритів СНЩС.
6. Клінічні ознаки і методи лікування артрозо-артриту СНЩС.
7. Клінічні ознаки і методи лікування артрозу СНЩС.
8. Схема лікування хворих з артритом, артрозо-артритом, артрозом СНЩС.

- Практичні завдання

1. Обстежити хворого з запально-дистрофічними захворюваннями СНЩС.
2. Описати історію хвороби або амбулаторну картку хворого з запально-дистрофічними захворюваннями СНЩС.
3. Призначити план обстеження хворого з запально-дистрофічними захворюваннями СНЩС.
4. Скласти план лікування хворого з запально-дистрофічними захворюваннями СНЩС.

Література.

Основна:

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник / [В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін.] — К. : ЛОГОС, 2011. У 2 т. — Т. 1. — 669 с.
2. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник / [В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін.] — К. : ЛОГОС, 2011. У 2 т. — Т. 2. — 606 с.
3. Бернадський Ю. Й. Основи щелепно-лицевої хірургії і хірургічної стоматології : навчальний посібник / Ю. Й. Бернадський. — К : «Спалах», 2003. — 512 с.
4. Бернадський Ю. І. Травматологія і відновна хірургія черепно-щелепно-лицевої ділянки: [навч. посіб. 3-є изд., Перераб. і доп.] / Ю. І. Бернадський. - М.: Медицина, 2003. - 456 с
5. Тимофєєв О. О. Щелепно-лицева хірургія: підручник / О. О. Тимофєєв. - К.: ВСВ "Медицина", 2011. - 752 с. + 40 с. кольор. вкл.

Додаткова:

1. Клінічна оперативна щелепно-лицьова хірургія: Керівництво для лікарів / За ред. проф. В. Н. Баліна і проф. Н. М. Александрова. 4-е изд., Доп. і испр. - СПб. : СпецЛит, 2005. - 221 с.
2. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: Національне керівництво / За ред. А. А. Кулакова, Т. Г. Робустовой, А. І. Неробеева. - М.: Медицина, 2010. - 982 с.
3. Стоматологія питань надзвичайних ситуацій з курсом військової стоматології: [підруч. для студентів ВМНЗ III-IV рівнів акредитації] / Г. П. Рузін, В. П. Голік, О. В. Рибалов, С. Г. Демянік. - Харків: Торнадо, 2006. - 264 с.
4. Сабо Д. Хірургія порожнини рота і щелепно-лицевої ділянки / Д. Сабо. - К: Книга плюс, 2005. - 302 с
5. Мілерян В. Є. Методичні основи підготовки и проведення Навчальних зайняти в медичний вузах: [методичний посібник] / В. Є. Мілерян - К.: «Хрещатик», 2004. - 80 с
6. Ломницький І. Я. Алгоритми практичних навичок з хірургічної стоматології / І. Я. Ломницький, А. В. Нетлюх, О. Я. Мокрик. – Львів: «ГалДент», 2011. - 152 с.
7. Методичні рекомендації для підготовки до складання ліцензійних інтегрованого іспитів "Крок 1", "Крок 2", "Крок 3" / [Б. С. Зіменковській, М. Р. Гжегоцькій, І. І. Солонинко, Р. З. Огоновський, Р. Б. Лесик та ін.] - Львів: Друкарня ЛНМУ ім. Данила Галицького, 2013. - 96 с

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

ЗАТВЕРДЖЕНО
на засіданні кафедри хірургічної стоматології
та клінічних дисциплін
Завідувач кафедри
к. мед. н., доц. Гема-Багіна Н. М.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

Курс V; Факультет Стоматологічний

Навчальна дисципліна: Хірургічна стоматологія

Субординатура

Тема № 7. Загальна характеристика запальних процесів щелепно-лицевої області. Гострий і хронічний неспецифічний сіалоденіт (некалькульозний і калькульозний). Діагностика та комплексне лікування сіалоденіта. Сіалози.

1. Актуальність теми.

Запальні захворювання щелепно-лицевої ділянки займають значне місце в хірургічній стоматології. Незважаючи на застосування антибіотиків, число гнійних захворювань і їх ускладнень постійно збільшується. Причинами зростання числа хворих з запальними захворюваннями щелепно-лицевої області є наступні чинники: пізнє звертання за медичною допомогою, що пов'язано з недостатньо активним проведенням санітарно-просвітницької роботи серед населення; лікарські помилки, допущені в амбулаторний період лікування, а часто і самолікування хворих, пізня діагностика захворювань і розвитку ускладнень. Знання етіології, патогенезу і класифікації запальних захворювань щелепно-лицевої ділянки є невід'ємною частиною при вивченні хірургічної стоматології.

2. Конкретні цілі:

1. Аналізувати поширеність запальних процесів щелепно-лицевої ділянки.
2. Пояснювати причини виникнення запальних і дистрофічних уражень слинних залоз.
3. Запропонувати нові підходи в діагностиці запальних і дистрофічних уражень слинних залоз.
4. Класифікувати запальні і дистрофічні ураження слинних залоз.
5. Трактувати дані рентгенологічних і патоморфологічних досліджень при запальних і дистрофічних ураженнях слинних залоз.
6. Малювати схеми обстеження пацієнтів з різними формами запальних і дистрофічних уражень слинних залоз.
7. Проаналізувати ускладнення, наслідки та прогноз при різних формах запальних і дистрофічних уражень слинних залоз.
8. Скласти план обстеження та лікування хворих з патологією слинних залоз різного генезу.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми:

Назви попередніх дисциплін	отримані навички
1. Етика і деонтологія	Встановити психологічний контакт з хворим
2. Нормальна анатомія	Знати анатомічну будову щелеп і слинних залоз
3. Нормальна фізіологія	Знати функціональні можливості щелеп і слинних залоз в нормі
4. Патоморфологія	Описувати морфофункціональні зміни в щелепах при запальних захворюваннях і в слинних залозах при запальних і дистрофічних захворюваннях
5. Пропедевтика внутрішніх хвороб	Застосовувати методи обстеження хворого при різних видах запальних

	захворюваннях та патології слинних залоз
6. Рентгенологія	Вміти описати рентгенологічні знімки при запальних захворюваннях щелеп і патології слинних залоз
7. Клінічна фармакологія	Знати дію, показання до застосування, протипоказання, дозування, схеми призначення медикаментозних препаратів застосовуваних при лікуванні запальних захворювань і патології слинних залоз

4. Завдання для самостійної роботи студентів під час підготовки до заняття та на занятті.

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
Слина	Секрет слинних залоз, який виділяється в порожнину рота в обсязі до 2000мл
Ротова рідина	Рідина, що знаходиться в порожнині рота, яка містить слину, ясеневу рідину, мікрофлору і продукти її життєдіяльності, вміст пародонтальних кишень, десквамативний епітелій, мігруючі в порожнину рота лейкоцити, залишки їжі та ін.
Сіалоаденіт	Запалення слинної залози.
Паротит Герценберга	Гостре запалення лімфатичних вузлів, що локалізуються під привушно-жувальною фасцією на поверхні і в товщі привушної слинної залози, що імітує клініку початковій стадії гострого паротиту.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Етіологія і патогенез запальних процесів.
2. Класифікація запальних процесів.
3. Загальні принципи лікування запальних процесів.
4. Клінічна характеристика запальних процесів.
5. Етіологія і патогенез запальних процесів в слинних залозах.
6. Будова і функції слинних залоз. Класифікація сіалоаденітів.
7. Клініка, діагностика і лікування гострих сіалоаденітів.
8. Клініка хронічних сіалоаденітів.
9. Рентгенологічні ознаки сіалоаденітів і їх оцінка.
10. Видалення слинних залоз. Показання і протипоказання, методика проведення, можливі помилки і ускладнення.
11. Етіологія і патогенез сиалозів.
12. Класифікація сиалозів.
13. Клініка і лікування сиалозів.

4.3. Практичні питання (завдання), які розбираються на занятті:

1. Оволодіти технікою виконання навички курації пацієнта з гострими і хронічними сіалоаденітами.
2. Ознайомитися з технікою хірургічних методів при лікуванні пацієнтів з гострими і хронічними сіалоаденітами.
3. Скласти план лікування хворих на гострі та хронічні сіалоаденіти.
4. Провести збір скарг і анамнезу захворювання.
5. Провести огляд порожнини рота.
6. Установити попередній діагноз.
7. Призначити додаткові методи обстеження.
8. Обстежити хворого з сиалозом.
9. Описати історію хвороби або амбулаторну картку хворого з гострими і хронічними сіалоаденітами.
10. Призначити план обстеження хворого з гострими і хронічними сіалоаденітами.
11. Скласти план лікування хворого з сиалозом.

Зміст теми:

ГОСТРЕ ЗАПАЛЕННЯ СЛИННИХ ЗАЛОЗ

Епідемічний паротит (свинка) – гостре інфекційне вірусне захворювання, яке характеризується запаленням великих слинних залоз. Зазвичай уражаються привушні, рідко – піднижньощелепні та під'язикові слинні залози. В основному хворіють діти, але іноді й дорослі, частіше жінки. В даний час епідемічний паротит спостерігається як у вигляді спорадичних захворювань, так і у вигляді окремих епідемічних спалахів в закритих і дитячих колективах.

Етіологія і патогенез. Збудник хвороби – вірус, що фільтрується. Зараження відбувається шляхом безпосередньої передачі його від хворого до здорового повітряно-крапельним шляхом, але можлива також передача через предмети, якими користувалися хворі.

Клінічна картина. Інкубаційний період епідемічного паротиту становить в середньому 2-3 тижні. Залежно від тяжкості захворювання можуть бути виділені три форми клінічного перебігу: 1) легка, 2) середня, 3) важка. Іноді виділяють ускладнений і не ускладнений перебіг процесу.

При легкій формі паротиту клінічні ознаки виражені слабо, температура тіла не підвищується. Припухання привушних залоз майже безболісне, з їх проток в помірній кількості виділяється прозора слина. Нерідко уражається лише одна привушна залоза. Припухлість і біль зникають протягом тижня.

При середньому ступені тяжкості захворювання після короткого (протягом 2-3 днів) продромального періоду, який проявляється нездужанням, поганим апетитом, періодичним ознобом, головним болем, болем у області ший, суглобів і м'язів кінцівок, іноді невеликим підвищенням температури тіла і сухістю в порожнині рота, виникає болісне припухання привушної залози. У більшості випадків через 1-2 дня припухає також інша

привушна залоза. Спостерігається подальше підвищення температури тіла, зазвичай в межах 37,5-38°C. Припухлість швидко збільшується. При цьому майже завжди одна сторона буває змінена більша за іншу. У деяких хворих спостерігається гіперемія слизової оболонки рота та вустя 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, яка локалізувалася спочатку по зовнішній поверхні гілки нижньої щелепи, поширюється вгору до рівня очниць, позаду доходить до соскоподібного відростку і спускається нижче кутів щелепи, іноді до ключиць. Шкіра над припухлістю має нормальне забарвлення, але напружена. При залученні в процес піднижньощелепних і під'язикових залоз припухлість поширюється на шию.

Збільшена в розмірах, болісна при пальпації привушна залоза відтісняє назовні мочку вуха, здавлює й іноді значно звужує зовнішній слуховий прохід. Іноді спостерігається утруднене відкривання рота. Часто розвивається катаральний стоматит, спостерігається почервоніння слизової оболонки зіву, області вустя привушної протоки. Протока пальпується у вигляді тяжа. Спостерігається різке зменшення або навіть припинення слиновиділення з залози, яка припухла. У деяких випадках, особливо в початковому періоді захворювання, салівація буває підвищена. При гнійно-некротичному процесі з протоки виділяється гній. Температура тіла може сягати 39-40°C. 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, ококорухового, відвідного, лицевого і переддверно-кохлеарного нервів, а також психічним розладом. Нерідко ускладненням є орхіт. При епідемічному паротиті можуть спостерігатися мастит, панкреатит, нефрит.

Епідемічний паротит у більшості хворих закінчується одужанням. Однак, спостерігалися летальні випадки при розвитку гнійно-некротичного процесу в залозі, ураженні нервової системи.

Діагноз. Епідемічний паротит діагностується при первинному ураженні слинної залози, а не при ускладненні будь-якого іншого інфекційного захворювання. При епідемічному паротиті в крові зазвичай 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 зв'язування комплекменту, реакцією гальмування гемаглютинації, шкірної алергічної реакцією і ін. Допомагає встановленню діагнозу епідеміологічний анамнез.

Обов'язкова ізоляція хворих на епідемічний паротит на період 9 днів від початку захворювання.

З метою попередження поширення епідемічного паротиту застосовують активну імунізацію дітей, які відвідують дитячі дошкільні установи, живою вакциною проти паротиту.

Лікування. Терапія епідемічного паротиту в основному симптоматична і полягає в догляді за хворим і попередженні ускладнень. Необхідний постільний режим на період підвищеної температури, тобто протягом 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 опромінення.

Необхідно забезпечити регулярний догляд за порожниною рота (полоскання, іригація). Відзначено, що застосування інтерферону у вигляді зрошення порожнини рота 5 раз в день значного покращує стан пацієнта, особливо у випадках раннього його застосування – 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 пеніциліна і стрептоміцину в 1 мл 0,5% розчину новокаїну), а також проводять новокаїнову блокаду з пеніциліном або стрептоміцином. При прогресуванні гнійного запального процесу і виявленні вогнищ розм'якшення необхідне оперативне втручання в умовах стаціонару. При виникненні ускладнень загального характеру лікування слід проводити в контакт з загальними фахівцями.

Профілактичні заходи включають проведення вологої дезінфекції приміщення і речей хворого, кип'ятіння столового посуду, провітрювання приміщень.

Грипозний сіалоаденіт. У період епідемії грипу в стоматологічні установи нерідко звертаються хворі з ознаками гострого сіалоаденіта однієї з слинних залоз або декількох великих і малих слинних залоз.

Гострий сіалоаденіт частіше починається в одній залозі, але дуже швидко в процес втягується парна залоза. Запальні явища наростають швидко, протягом одного – двох днів настає гнійне розплавлення залози, потім послідовно можуть некротизуватися одна за одною великі і малі слинні залози.

У більшості хворих на сіалоаденіт при грипозній інфекції виникає в привушній залозі, рідше – в піднижньощелепній, під'язиковій і малих слинних залозах. Часто уражаються обидві парних слинних залози, іноді спостерігається одночасне ураження привушних і піднижньощелепних залоз.

При ураженні привушних залоз характерною суб'єктивною ознакою є біль при відкриванні рота і повороті голови в сторону. Набряк поширюється на щічну, піднижньощелепну, защелепну області та верхній відділ шиї. При пальпації визначається болісний щільний інфільтрат в межах анатомічних меж привушної залози, поверхня інфільтрату гладка. При гнійному розплавленні привушної залози інфільтрат поширюється на тканини, які оточують залозу, і визначається в сусідніх областях.

При локалізації процесу в піднижньощелепній залозі хворих турбує біль при ковтанні; припухлість займає піднижньощелепну та під'язикову області, поширюється на область підборіддя і верхній відділ шиї. Найбільш виражена локалізація процесу в піднижньощелепній залозі визначається при бімануальній пальпації в дистальному відділі щелепно-язикового жолобка і піднижньощелепного трикутника. У цій області визначається щільна, рухома, болісна, з гладкою поверхнею піднижньощелепна залоза.

Хворі на гострий сіалоаденіт під'язикових залоз скаржаться на біль при рухах язика, збільшення під'язикових складок. При огляді слизова оболонка над залозою стає сіруватого кольору, швидко руйнується, виділяючи гній і некротизовані тканини залози.

Малі слинні залози втягуються в запальний процес частіше при множинних ураженнях великих слинних залоз.

Лікування. У ранній період захворювання застосовують інтерферон у вигляді зрошення порожнини рота 4-5 разів на день. При симптомах вторинного інфікування в протоки слинних залоз вводять антибіотики. При наявності запального інфільтрату хороші результати дає новокаїнова блокада залози, при гнійно-некротичному процесі – ранній розріз капсули залози, яка обмежує розміри її некрозу. Слід проводити комплекс заходів по догляду, харчуванню, режиму, симптоматичну терапію з приводу грипозної інфекції. Результат, як правило, сприятливий. Ускладнення виникають у зв'язку з рубцевою деформацією проток, їх obturaцією. Можливо зниження секреції при некрозі частини залози або припинення салівації при некрозі всієї залози.

Постінфекційний і післяопераційний сіалоаденіт (гострий бактеріальний сіалоаденіт). Гострий сіалоаденіт у цієї групи хворих спостерігається частіше в області привушних слинних залоз. Значно рідше втягуються в запальний процес піднижньощелепні, під'язикові та малі слинні залози.

Етіологія і патогенез. Гострий сіалоаденіт (частіше паротит) може розвинути при будь-якому важкому захворюванні, найчастіше він виникає при тифах. Існують стоматогенний, гематогенний і лімфогенний шляхи поширення інфекції. У протоках залози зазвичай виявляється змішана мікрофлора: стафілококи, пневмококи, стрептококи, кишкова паличка тощо.

Інфекція частіше проникає через вустя вивідної протоки залози. Явища гіпосалівації рефлексорного характеру, які спостерігаються при цих захворюваннях і в післяопераційному періоді при хірургічних втручаннях на черевній порожнині, сприяють інфекційному запаленню.

Клінічна картина. Гострий сіалоаденіт відрізняється швидким наростанням запальних явищ, особливо при гангренозному паротиті. Протягом 1-2 днів може статися некроз залози. Некротизовані області залози поступово відриваються та тривало виходять через розплавлені шкірні покриви. Іноді настає омертвіння майже всієї залози. У тих випадках, коли цей процес виникає на тлі загальних дистрофічних захворювань, запальні зміни можуть наростати повільно і мляво. При сприятливому перебігу серозного і гнійного паротиту високої температурної реакції може не бути.

Іноді постінфекційний і післяопераційні паротити бувають двосторонніми. У цих випадках процес спочатку починається в одній залозі, а потім (через 2-3 дні) уражається й друга залоза. Ступінь і характер запальних змін справа і зліва можуть бути різними, іноді в процес залучаються і піднижньощелепні залози.

Гострий паротит, який розвивається на тлі загальних захворювань, іноді ускладнюється поширенням гнійного процесу в навкологлотковий простір, на бічну поверхню шиї і клітковину, яка оточує загальну сонну артерію та внутрішню яремну вену, середостіння, гній може прорватися в зовнішній слуховий прохід. В окремих випадках під впливом гнійного процесу відбувається розплавлення стінок великих судин і виникає кровотеча, яка закінчується летально. Спостерігається тромбоз яремних вен і синусів мозкової оболонки.

До пізніх ускладнень гнійного паротиту належать слинні нориці й явища привушного гіпергідрозу.

Діагноз підтверджують цитологічним дослідженням виділень з протоки, при якому визначаються значні скупчення нейтрофілів, серед яких розташовуються нечисленні лімфоцити, ретикулярні клітини, макрофаги. З елементів епітеліального вистилання проток в невеликій кількості виявляються клітини циліндричного та плоского епітелію, поодинокі клітини кубічного епітелію. Сіалографію для діагностики не проводять.

Лімфогенний сіалоаденіт. При лімфогенному поширенні інфекції нерідко відзначається ураження лімфоїдного апарату привушної залози. Джерелом інфекції може бути запальний процес в носоглотці, язиці, нижній щелепі і зубах. Клінічно процес починається з болісного ущільнення будь-якої області привушної залози. Потім при легкій формі процесу ущільнення збільшується поступово впродовж 2-3 тижнів, з'являється обмежена припухлість в області привушної залози відповідно ущільнення 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 клітини), спостерігається підвищене злущування клітин плоского і циліндричного 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 пульсуючим. Шкіра, що покриває залозу, червоніє, поступово спаюється з інфільтратом, і може настати мимовільне розкриття гнійника. Після виділення гною запалення починає стихати. Іноді гнійник розкривається в протоки залози, і гній виділяється через вустя привушної протоки.

Розсмоктування запального інфільтрату йде дуже повільно, щільний вузол в області залози може залишатися протягом декількох тижнів. При

цьому з протоки виділяється макроскопічно незмінена слина. Цитологічно можна виявити ознаки гострого запалення.

При тяжкому 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 сіалоаденіт. Це захворювання виникає при поширенні запального процесу при флегмонах привушно-жувальної, піднижньощелепної, під'язикової областей. Після стихання запального процесу в клітковинному просторі та розкриття флегмони розвивається запалення в слинних залозах, частіше одностороннє. У більшості хворих контактний сіалоаденіт протікає в легкій формі, рідше – середньо-важкій, проявляється припуханням залози, зниженням її функції. Наявність сіалоаденіта підтверджується цитологічним дослідженням секрету слинної залози.

Доцільно звертати увагу на функцію слинної залози, розташованої поряд з флегмонозним процесом, який дозволить своєчасно розширити комплекс лікувальних заходів і попередити ускладнення у вигляді контактного сіалоаденіта.

Сіалоаденіт, викликаний потраплянням сторонніх тіл у вивідну протоку залози. Після потрапляння стороннього тіла в протоку залози хворі звертаються до лікаря в різні терміни, тому скарги їх не бувають однаковими.

В одних випадках їх турбує збільшення залози, яке періодично виникає; іноді може розвинути абсцес або (рідко) флегмона навколо залози або її протоки. Майже у всіх випадках хворі добре запам'ятовують відчуття, які виникають у них при потрапленні стороннього тіла в протоку залози, і передують початку запального процесу. Впродовж деякого часу стороннє тіло, яке потрапило в протоку залози, може викликати лише затримку виділення – ретенцію – слини та тимчасове припухання привушної або піднижньощелепної залози.

Така залоза безболісна, має звичайну консистенцію, може бути лише трохи збільшеною, потім виникає запальна реакція, що відповідає картині гострого сіалоаденіта. 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 стороннє тіло. У тих випадках, коли стороннє тіло знаходиться в протоці залози тривалий час і періодично виникає загострення запального процесу, клінічна картина захворювання схожа зі слиннокам'яною хворобою. Іноді стороннє тіло може стати центром утворення слинного каменю.

Діагноз підтверджується виявленням стороннього тіла при сіалографії по дефекту заповнення протоки або ретенції контрастної речовини.

Лікування полягає в хірургічному втручанні – видаленні стороннього тіла з протоки або при розташуванні стороннього тіла в одній з дрібних проток піднижньощелепної залози – екстирпація слинної залози.

Загальні принципи лікування і профілактика гострого сіалоаденіта

Лікування хворих на гострий сіалоаденіт залежно від тяжкості процесу включає комплекс заходів, загальний для різних за походженням гострих сіалоаденітів.

При серозному запаленні лікувальні заходи повинні бути спрямовані і 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 Од пеніциліну і 100 000 Од стрептоміцину в 1мл 0,5% розчину новокаїну. В останні роки при лікуванні запальних захворювань застосовують ДМСО (диметилсульфоксид, димексид) у вигляді компресу на область вогнища запалення. ДМСО покращує мікроциркуляцію в тканинах, має анальгезуючу, протизапальну, протинабрякову, бактеріостатичну та бактерицидну дію. Компрес з 30% розчином димексиду слід помістити на область запаленої залози на 20-30 хв один раз на 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 50-60мл 0,5% розчину новокаїну, призначенням внутрішньом'язових ін'єкцій пеніциліну, стрептоміцину або інших антибіотиків за даними антибіотикограми, а також сульфаніламідних, гіпосенсібілізуючих препаратів. В умовах стаціонару хороші результати дає внутрішньовенне введення трасілолу або контрікалу.

При гангренозному сіалоаденіті і важкій формі перебігу показано термінове хірургічне втручання – розкриття приховування капсули залози; при цьому при операції на привушній залозі краще користуватися розрізом за Г. П. Ковтуновичем.

При лікуванні хворих на гострий сіалоаденіт повинні бути враховані всі принципи, передбачені при лікуванні гострих запальних захворювань.

Профілактика гострого сіалоаденіту полягає в догляді за порожниною рота – іригації 0,5-1% розчином натрію гідрокарбонату та протирання ватними або марлевими кульками слизової оболонки рота. З метою посилення саливації порожнину рота обробляють 0,5-1% розчином лимонної кислоти. У дієту включають продукти, які підвищують слиновиділення.

Хронічне запалення слинних залоз

Хронічним сіалоаденітом називається запальне захворювання слинних залоз з невідомою етіологією та маловивченим патогенезом. В даний час виділяють три форми сіалоаденіту за поширенням на різні анатомічні відділи слинної залози: інтерстицій – інтерстиціальний сіалоаденіт, паренхіми – паренхіматозний сіалоаденіт і системи вивідних проток – сіалодохит. Відзначають різні стадії захворювання залежно від ступеня прояву

патологічних симптомів: початкову, клінічно виражену і пізню. На підставі показників клінічного перебігу і лабораторних даних виділяють активний і неактивний перебіг хронічного сіалоаденіту.

Хронічний сіалоаденіт 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 сіалоаденіту: інтерстиціальної, паренхіматозної, сіалодохит (дуктулярний сіалоаденіт).

Інтерстиціальний сіалоаденіт. Синоніми: хронічний продуктивний сіалоаденіт, хронічний склерозуючий паротит, запальна пухлина Кюттнера, безболісне припухання привушних залоз, хронічний атрофічний сіалоаденіт, фібропродуктивний сіалоаденіт, симптоматична сіалопатія, ендокринна гіпертрофія, гормональний сиалоз, повторно інфікований сиалоз.

Етіологія і патогенез. Етіологія інтерстиціального сіалоаденіту невідома. Існує припущення, що порушення в слинних залозах виникає на тлі загальних захворювань організму. З перенесених і супутніх захворювань відзначається гіпертонічна хвороба, атеросклероз, деформуючий спондиліоз, хронічний гастрит, холецистит і інші захворювання.

Клінічна картина. На інтерстиціальний паротит частіше страждають жінки, особливо в літньому віці. Характерною ознакою цього захворювання є рівномірне припухання слинних залоз. За ступенем прояву змін слинних залоз при інтерстиціальному сіалоаденіті виділяються початкова, клінічно виражена і пізня стадії процесу.

У початковій стадії хворі відзначають неприємні відчуття в області однієї або обох привушних залоз, іноді біль у потилиці, відчуття незручності, яке періодично з'являється, у вухах. Як правило, захворювання виявляється випадково, за наявності м'якої безболісної припухлості в межах анатомічних меж залози. Шкіра, яка покриває привушні залози, не змінена, відкривання рота вільне, слизова оболонка блідо-рожевого кольору, добре зволожена. Устя вивідних проток не змінені, слина виділяється вільно.

Цитологічне дослідження секрету дозволяє виявити бідність мазків клітинними елементами; виявляються поодинокі нейтрофіли і клітини циліндричного епітелію, келихоподібні клітини і «голі» ядра. При сіалографії і пантомосіалографії на сіалограмі 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 нагадує тісто. З вивідних проток слинних залоз при масуванні 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 відзначається зниження слуху. Часом виникає сухість в порожнині рота. У всіх хворих спостерігається постійне безболісне або мало болісне припухання в області уражених залоз. Слинні залози значно збільшені. При цьому спостерігається вогнищеве ущільнення. Слизова оболонка порожнини рота блідо-рожевого кольору, слини небагато, з вивідних проток слинних залоз при масуванні слина виділяється в зменшеній кількості.

При сіалометрії відзначається зниження функції слинних залоз. При цитологічному дослідженні мазків секрету можна виявити нейтрофіли в стані дегенерації, гістіоїдні елементи, «голі» ядра, пласти клітин плаского та циліндричного епітелію на тлі областей білкового субстрату. На сіало- і пантомосіалограмах паренхіма залози не визначається; всі протоки залози та привушна протока звужені, в окремих областях переривчасті, мають нерівні контури.

Інтерстиціальний сіалоаденіт 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 вивідної протоки, які тривалий час зберігають чіткі і рівні контури, цитологічно – бідністю мазків секрету залози клітинними елементами, відсутністю клітин інтерстиціальної тканини.

Інтерстиціальний сіалоаденіт слід диференціювати від хронічного паренхіматозного сіалоаденіту, сіалодохіту, пухлини, епідемічного паротиту на підставі характерних епідеміологічних, клінічних, цитологічних і сіалографічних ознак цих захворювань.

Прогноз при інтерстиціальному сіалоаденіті сприятливий. Хворих слід спостерігати протягом багатьох років, зокрема спільно з загальними фахівцями, ендокринологами.

Паренхіматозний сіалоаденіт. 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 сіалоаденіту невідома. Мікрофлора, яка знаходиться в протоках привушних залоз, в етіології паротиту грає другорядну роль.

Багато авторів допускають, що паренхіматозний паротит є наслідком вроджених змін системи проток залози та дисплазії її тканини з утворенням «кістозних» порожнин. Вроджені кістоподібні порожнини призводять до ретенції слини, порушення її відтоку, який сприяє вторинному проникненню інфекції порожнини рота через привушну протоку і розвитку сіалоаденіту.

Клінічна картина. У початковій стадії захворювання характеризується безсимптомним перебігом. Паротит проявляється 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 спостерігалось. При цитологічному дослідженні встановлено наявність ділянок слизу, нечисленних, частково дегенеративних нейтрофілів, лімфоцитів, іноді невелика кількість ретикулярних клітин, гістіоцитів і макрофагів.

Епітеліальні клітини зустрічаються в невеликій кількості і представлені клітинами плаского і циліндричного епітелію, помірною кількістю запально змінених клітин; зустрічаються нечисленні келихоподібних клітини. На сіалограмі визначаються округлі порожнини на тлі незміненої паренхіми і проток залози. В області залози визначаються поодинокі дрібні порожнини (діаметром 1-2 мм), паренхіма залози визначається нечітко. Протоки в окремих областях переривчасті, контури їх чіткі, рівні; привушна протока не змінена. При пантомосіалографії можна виявити процес в іншій парній залозі, який має прихований перебіг.

У клінічно вираженій стадії хворих при масуванні залози турбують солонуваті виділення з проток, відчуття тяжкості в області залози. Іноді залози збільшені, при цьому припухлість має пружно еластичну консистенцію; в окремих областях прощупується безболісне ущільнення. Рот відкривається вільно, слизова оболонка порожнини рота має рожеве забарвлення, добре зволожена. З проток виділяється слина з домішкою слизових 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 осередки слизу, помірну кількість нейтрофілів, клітини кубічного епітелію, келихоподібні клітини, епітеліальні клітини зі зміненою морфологічною картиною. У разі загострення визначається значне збільшення числа елементів запального ексудату. На сіалограмі і пантомосіалограмах в області паренхіми визначається велика кількість порожнин діаметром 2-3мм. Паренхіма і протоки залози III, IV і V порядків не визначаються або переривчасті. Протоки I порядку переривчасті; привушна протока не змінена, а іноді спостерігаються звужені та розширені області з чіткими контурами

У пізній стадії захворювання хворих турбує припухлість в області ураженої залози, відчуття тяжкості або незначний біль в привушних областях, виділення неприємної гнійної слини, іноді відчуття сухості в порожнині рота. Припухлість буває горбистою, безболісною та може розташовуватися в межах анатомічних меж привушної залози. Шкіра, яка покриває припухлість, іноді стоншена і може мати рубці від раніше проведених розрізів з приводу абсцедування паротиту. У деяких хворих,

незважаючи на пізню стадію, залоза в період ремісії процесу залишається збільшеною.

При сіалометрії визначається зниження функції залози. При цитологічному дослідженні в мазках секрету є багато слизу; нейтрофіли визначаються в переважній кількості та знаходяться в більшій мірі дегенерації, ніж 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 й її протоки не визначаються або видно фрагменти деформованих проток в окремих областях. Привушна протока може рівномірно розширюватися або мати ділянки звуження та розширення з деформованими контурами.

Загострення хронічного паренхіматозного паротиту має бурхливий перебіг 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 сіалоаденіта, сіалодохиту та епідемічного паротиту, пухлини.

Прогноз. При паренхіматозному паротиті у деяких хворих захворювання має тенденцію до позитивної динаміки й настає клінічне одужання. У більшості хворих перебіг захворювання тривалий, у окремих хворих розвиваються всі ознаки синдрому або хвороби Шегрена.

Хронічний сіалодохит. Синоніми: фіброзний сіалодохит, хронічний сіалодохит Куссмауля, ідіопатична дилатація проток.

Етіологія і патогенез. Етіологія хронічного сіалодохиту дотепер невідома. Існує думка, що захворювання є одним з варіантів перебігу паренхіматозного паротиту. Ряд авторів причину розширення вивідних проток вбачає в стисненні їх в області вустя або по протяжності різними патологічними процесами: пухлиною, лімфатичним вузлом при лімфаденітах, стриктурою протоки при його травмі, запаленням вустя протоки при афтозному стоматиті тощо. Інші автори вважають його проявом вікової патології.

Клінічна картина. Хронічними сіалодохитами страждають частіше особи похилого віку (77,4%), у жінок він зустрічається не на багато частіше (56,8%).

У початковій стадії хворі скаржаться на періодичне припухання при прийомі гострої їжі в привушно-жувальної області, пов'язане з ретенцією слини в розширених дрібних протоках залози, що супроводжується неприємним, розпираючим відчуттям або нерізким болем. Іноді відзначається 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 блідо-рожевий колір, добре зволожена. З протоки виділяється прозорий секрет, іноді в ньому виявляються грудочки слизу.

Функція слинних залоз в межах норми. При цитологічному дослідженні секрету зустрічаються поодинокі 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 проток а в ряді випадків залишається незміненою), або розширення всіх протоків залози і головної вивідної протоки. Характерним є чергування розширених і незмінених ділянок протоки залози. Вони мають чіткі контури, що виявляється і на повторних сіалограмах. Паренхіма визначається добре, чітко визначаються часточки.

У клінічно вираженій стадії хворі скаржаться на постійне мимовільне виділення з протоки 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 біль, що розпирає, який буває при сіалодохітах дрібних проток.

При огляді впродовж привушної протоки визначається безболісне, м'яке припухання області залози у вигляді валика. При натисканні на нього в порожнину рота виділяється солонуватий застійний секрет залози, при цьому припухлість зникає. Слизова оболонка порожнини рота волога, колір її не змінюється. Устя проток зяють, з них рясно виділяється слизовий секрет з фібринозними, ниткоподібної форми включеннями – зліпками проток.

При сіалометрії кількість слини залишається в межах норми. При цитологічному дослідженні слини визначаються клітини циліндричного епітелію, серед яких знаходять більші, іноді двоядерні екземпляри, а також нечисленні пласти епітеліальних клітин з явищами запальної метаплазії. Постійно в невеликій кількості визначаються келихоподібні клітини. На сіало- 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, гнійний або слизово-гнійний вміст з проток, припухлість в області слинної залози.

Припухлість запаленої залози буває невеликих розмірів, вона помірно і нерівномірно щільна; іноді припухлості не спостерігається. Слизова оболонка порожнини рота в кольорі не змінюється, добре зволожена. З привушних проток рясно виділяється в'язкий слизовий секрет з гнійними і фібринозними включеннями.

У пізній стадії хронічного сіалодохіту визначається невелике зниження секреції слини. При цитологічному дослідженні секрету відзначається його згущення, в ньому знаходиться велика кількість гнійних тяжів. Разом з нейтрофілами в препаратах зустрічаються скупчення еозинофілів. Ретикуло-

ендотеліальних клітин небагато, їх похідні (гістіоцити, макрофаги) відсутні. Характерна наявність великих і двоядерних циліндричних клітин, а також пластів запально-метаплазованого епітелію; є епітеліальні комплекси, які морфологічно нагадують кінцеві відділи слинної залози. На сіалограмі можна виявити, крім розширених областей, значні звуження; привушна протока набуває форму намистини, а іноді хід протоки простежити важко.

Загострення хронічного сіалодохиту протікає бурхливо, супроводжується сильним болем, підвищенням температури тіла, клінічна картина схожа на загострення запального процесу при паренхіматозному сіалоаденіті.

Хронічний сіалодохит слід диференціювати від паренхіматозного, інтерстиціального та епідемічного паротиту, слинокам'яної хвороби, кісти слинної залози, пухлини слинної залози на підставі клінічної картини, сіалометрії, цитології секрету, рентгено- і сіалографії, діагностичної пункції, ексцизійної біопсії.

Прогноз. В результаті лікування настає тривала ремісія. У окремих хворих відмічено утворення слинного каменю в одній з проток залози.

Лікування і профілактика хронічного сіалоаденіта

Лікування хворих на хронічний сіалоаденіт незалежно від форми (інтерстиціальна, паренхіматозна, сіалодохит) в період загострення процесу не становить великих труднощів. Застосування комплексу лікувальних процедур, що використовується при лікуванні хворих на гострий сіалоаденіт, призводить до швидкого згасання процесу.

Лікування хворих в хронічному періоді процесу має на меті підвищити захисні сили організму – його неспецифічну резистентність, поліпшити функцію залози, попередити повторне загострення сіалоаденіту, поліпшити трофіку тканин залози, припинити наростання склерозування стромы і дегенеративних змін в паренхімі, усунути застійні явища секрету в залозі. Хворих на хронічний сіалоаденіт ставлять на диспансерний облік. Комплексну лікарську терапію слід проводити спільно з фахівцями відповідного профілю.

В комплексне лікування слід включити призначення нуклеїната натрію по 0,2 грамів 3 рази на день впродовж 14 днів (цей курс необхідно повторювати 1-3 рази на рік), йодиду калію - 2-10% розчин по 1 столовій ложці 3 рази в день протягом 2-3 тижнів місцево з урахуванням чутливості організму до йоду. Проводять новокаїнові блокади через 2-3 доби, всього 10-12 разів. Вводять пірогенал внутрішньом'язово про через 2-3 дня (25 ін'єкцій на курс), галантамін в вигляді підшкірних ін'єкцій по 1 мл 0,5% водного розчину (30 ін'єкцій на курс).

Іноді доцільно лікування автовакциною у вигляді підшкірного введення по 0,1-0,3мл через дві доби на третю (на курс 20 ін'єкцій). У пізній стадії паренхіматозного паротиту та сіалодохиту лікування слід починати з введення антибіотиків. Після масування залози і звільнення всіх проток від їх вмісту слід спеціальною канюлею або ін'єкційною голкою вводити 2мл розчину антибіотиків (50 000 ОД пеніциліну і 100 000 ОД стрептоміцину в

2мл 0,5% розчину новокаїну) і, масуючи залозу, знову звільнити протоки від вмісту. Введення розчину антибіотиків в протоки повторюють кілька разів, до тих пір, поки не будуть відмиті все слизисто-гнійні маси; потім вводять більш концентрований розчин антибіотиків (1000 000 ОД пеніциліну і 250 000 ОД стрептоміцину в 1мл 0,5% розчину новокаїну) і залишають його в залозі. Таке лікування повторюється щодня до повного припинення гнійних виділень з проток.

У хворих зі звуженими ділянками проток слід застосовувати протеолітичні ферменти (трипсін, хімотрипсін). В комплекс лікування слід включати ін'єкції рибонуклеази – 7-10 міліграм внутрішньом'язово і електрофорез з дезоксирибонуклеазою (7-10 сеансів по 20хв).

Гальванізацію області слинних залоз при лікуванні хронічного сіалоаденіту проводять щодня впродовж 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), які 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 вустя або тотальну резекцію привушної залози зі збереженням гілок лицевого 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 пізньої стадіями захворювання – двічі на рік – восени та навесні.

Системні, реактивно-дистрофічні захворювання слинних желез (сіалози)

Слинні залози людини виконують багато функцій, своєрідно реагують на різні фактори зовнішнього впливу і внутрішньорганні фізіологічні (вікові, гормонального характеру, під час вагітності, пологів, годування дитини тощо) і патологічні процеси (при захворюваннях шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної системи, залоз внутрішньої секреції, нервової системи, сполучної тканини, порушення харчування та гіповітамінозах).

При цьому системний характер порушень в слинних залозах супроводжується дистрофічними змінами у всіх структурних компонентах залози – стромі, паренхімі, протокової системі. Чи не запальний генез дистрофічних змін в слинних залозах, які викликані загальними порушеннями в організмі людини, став підставою дати їм назву "сіалоз" (Rauch, 1956). До дистрофічних процесів в залозі на пізніх стадіях часто вдруге приєднується запальний процес.

Дистрофічні захворювання слинних залоз мають хронічний характер з клінічними проявами їх збільшення, змінами структури і порушенням функції.

До лімфоєпітеліального ураження синдрому Шегрена, хвороба Микулича, синдрому Хеерфорда, Кютнера, в основі яких лежить автоімунне 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 автоімунних і неопластичних порушень. З'ясовано генетичний маркер хвороби – дефектний ген на довгому плечі Y хромосоми групи A.

За захворювання, назване по прізвищу офтальмолога HS Sjogren (1933), який описав цей симптомокомплекс, а Гужеро (H. Gougerot) описав його у хворих з сухим кератокон'юнктивітом.

Прийнято визначати хворобу Шегрена (первинний синдром Шегрена) як системне хронічне автоімунне захворювання, яке характеризується хронічним запаленням екзокринних залоз (в першу чергу слинних і слізних), з поступовим розвитком їх секреторної недостатності.

За наявності проявів іншого системного захворювання разом з хворобою виділяють синдром Шегрена (вторинний синдром Шегрена), як вторинне ураження слізних і слинних залоз з розвитком сухого кератокон'юнктивіту. За захворювання проявляється розвитком хронічного сіалоаденіта і ксеростомії при автоімунних захворюваннях: ревматоїдному артриті, системному червоному вовчаку, системній склеродермії, хронічному активному гепатиті, первинному біліарному цирозі печінки, автоімунному тиреоїдиті, поліміозиті, тиреоїдиті Хашімото тощо.

Хвороба і синдром Шегрена зустрічаються у жінок в 20-25 разів частіше, ніж у чоловіків, переважно у віці 20-50 років.

Етіологія захворювання невідома. До ймовірних етіологічних чинників відносять хронічну вірусну інфекцію. Обговорюється роль вірусу Епштейна-Барр, цитомегаловірусу, ретровірусів тощо. Вірусна гіпотеза базується на подібному характері імунологічних порушень, які визначаються при хронічній вірусній інфекції та хвороби Шегрена. Передбачається роль спадкового чинника. Відзначено генетичну детермінованість захворювання, на що вказують сімейні випадки хвороби Шегрена й однойцевих близнюків.

Велике значення в розвитку патологічного процесу відводять стресу. Відомо, що емоційний стрес зумовлює значні порушення в гормональній системі.

У зв'язку з цим стає зрозумілим, чому синдром виникає у жінок середнього і літнього віку (клімактеричний період). Порушення функції ендокринних залоз призводить до зниження компенсаторних, адаптивних можливостей організму. Навіть незначні стреси викликають надпорогове подразнення, порушення обміну, в результаті чого й розвивається захворювання.

Основним патогенетичним фактором є розвиток автоімунних реакцій з появою антитіл до тканини проток слинних, слізних 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 варіанту перебігу. При хронічному перебігу превалюють ознаки ураження ендокринних залоз, при підгострому – додатково в процес залучаються нирки, легені, розвивається некротичний васкуліт, ураження нервової системи.

У початковій стадії хворі скаржаться на сухість у роті, яка з'являється при фізичному навантаженні, хвилюванні, відчуття різі, печіння, "стороннього предмета" та "піску" в очах. Характерні ознаки, пов'язані з ураженням слинних і слізних залоз (ксеростомія, ксерофтальмія, кератокон'юнктивіт, збільшення залоз, їх хронічне запалення в пізній стадії), і ознаки, які виникають задовго до клінічних проявів процесу в слинних і слізних залозах (множинний карієс, сухість червоної облямівки губ, стоматит, збільшення регіонарних лімфатичних вузлів, артрит). Тому обстежити 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 її може не бути. Слизова оболонка порожнини рота яскраво гіперемована, язик на вигляд сухий, складчастий, сосочки язика атрофічні, губи вкриті корками. Спостерігаються явища ангулярного стоматиту, глоситу.

Відзначають світлобоязнь, потовщення і гіперемію країв повік і набряклість кон'юнктиви, скупчення виділень з очей у вигляді грудочок або слизових ниток в кутах очей і порожнини кон'юнктиви. До загальних проявів хвороби Шегрена відносять інтерстиціальний пневмоніт, який протікає 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 – в порожнині рота, слизовій оболонці шлунка, шкіри і слізних залозах. Вони є причиною смерті 2/3 хворих молодого віку.

Діагностика. Передбачає участь імунолога, окуліста, ендокринолога, гінеколога. Застосовують методи діагностики хронічного паренхіматозного сіалоаденіта, визначення ступеня слиновиділення (сіалографія, сіалометрія, УЗД, КТ, МРТ). У разі сіалометрії можна отримати невелику кількість

секрету. На сіалограмі відзначаються зміни, які відповідають змінам при паренхіматозному паротиті, а іноді можуть бути пов'язані з сіалодохитом.

Для оцінки секреторної активності слізних залоз при хворобі Шегрена проводять тести Ширмера (основний і рефлекторний), фарбування епітелію кон'юнктиви і рогівки бенгальським рожевим або флюоресцеїном з біомікроскопією, яка дає можливість оцінити ступінь дистрофії епітелію кон'юнктиви і рогівки і виявити порушення цілості передроговинної слізної плівки. Вивчають також матеріал кон'юнктивального зіскрібка, проводять імпресійну цитологію кон'юнктиви, лактоферріновий тест, дослідження осмолярності слизової рідини, біопсію слізної залози, мікроаналіз кількості секретів і біологічних рідин методом рідинної хроматографії.

На сіалограмі при хворобі Шегрена виявляють дифузні сіалектази 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 та рівня радіоактивності над залозою.

У разі вираженої і пізньої стадії захворювання при УЗД привушних слинних залоз відзначають негомогенності (неоднорідність) паренхіматозного малюнка і зниження ехогенності залози, акустично щільна тканина в середньому становить 67% паренхіми залози.

Біопсія малих слинних залоз слизової оболонки нижньої губи дає можливість виявити лімфоцитарно-плазмоцитарну інфільтрацію осередково-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 4мм^2 .

При цитологічному дослідженні мазків секрету можна виявити нейтрофіли в стані дегенерації, гістіюїдні елементи, голі ядра, шари клітин плоского 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 спеціалістів з урахуванням локалізації та характеру ураження.

Лікування проводять в ревматологічному відділенні залежно від перебігу автоімунного процесу (хронічний, підгострий), активності (висока, помірна, низька) і стадії процесу (початкова, виражених клінічних проявів і пізня). Загальна терапія полягає в призначенні преднізолону і хлорбутину в невеликих дозах під контролем аналізу крові.

Однак, в разі важких проявів захворювання (генералізована лімфаденопатія, виразково-некротичний васкуліт, цереброваскуліт) показано інтенсивне лікування з використанням пульс-терапії преднізолоном в поєднанні преднізолону з цитостатиками, а також екстракорпоральна терапія.

Базисна терапія хвороби Шегрена і синдрому Шегрена спрямована на нормалізацію основних патогенетичних порушень імунного статусу, наслідком яких є всі клінічні прояви хвороби.

Прогноз при синдромі Шегрена в разі своєчасного лікування сприятливий. Якщо лікування розпочинають пізно, швидко розвиваються важкі офтальмологічні, стоматологічні, системні прояви захворювання, а в подальшому інвалідизація та можлива смерть хворого. Причиною смерті може бути розвиток поза- або внутрішньозалозистої злоякісної лімфоми.

Хвороба Микулича

Синоніми: синдром Микулича, симптомокомплекс Микулича, алергічний ретикулоепітеліальний сіалоз Микулича, лімфоміелоїдний сіалоз, лімфоцитарна пухлина.

У 1888 р Дж. Микулич (Johann Mikulicz) спостерігав випадок з безболісним двостороннім збільшенням слізних і слинних залоз. Він видалив і патологоанатомічно досліджував ці залози.

На розрізі тканина залози була м'якої консистенції, блідо-червоно-жовтого кольору, бідною на судини, з сальною прозорою поверхнею. Мікроскопічно незмінені ацинуси були розсунуті тканиною, круглі клітини якої відрізнялися різними розмірами. Подібна картина спостерігалася в слізних залозах. Збільшення всіх слинних і слізних залоз протікало без ознак запалення.

Етіологія і патогенез хвороби залишаються невідомими. Найбільш імовірною причиною захворювання вважають нейротрофічні ендокринні аутоімунні розлади.

Мікроскопічне дослідження дозволило встановити, що збільшення розмірів залоз визначене масивною дрібноклітинною інфільтрацією лімфаденоїдною тканиною їх інтерстиціальної сполучної тканини.

Клінічна картина. Характерні безболісні, щільні припухлі залози. Шкіра в 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 в сіалоаденіт, нагадуючи по клінічному перебігу пізню стадію хронічного інтерстиціального сіалоаденіта.

У деяких випадках перебіг захворювання характеризується ураженням всього лімфатичного апарату, селезінки і печінки і, в тому числі слинних і слізних залоз, за типом алейкемічного (рідше лейкокемічного) лімфоматоза.

Діагноз хвороби Микулича встановлюють на підставі системного збільшення слізних і всіх слинних залоз.

На сіалограмі в ранній стадії захворювання не визначається збільшення розмірів залози, при цьому в структурі проток і тіні паренхіми відхилень від норми не виявляють. У міру наростання процесу на сіалограмі з'являється

нечіткість тіні паренхіми залози і проток (ознаки атрофії) в результаті 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, проте просвіт їх настільки вузький, що на сіалограмі їх хід можна простежити лише за допомогою лупи.

Лікування. Лікування хвороби Микулича є досить складним. Застосовують препарат "Дуплекс" (водний 0,1% розчин стрихніну нітрату і 1% розчин натрію арсенату), який виявляє аналептичну і тонізуючу дію. Його вводять підшкірно один раз на добу щодня, починаючи з 0,2мл з поступовим підвищенням дози до 1 мл. Курс лікування – 20-40 днів. Призначають цитостатичні засоби – міелосан і 6-меркаптопурин.

При відсутності ефекту від міелосану призначають міелобромол (5-6 разів на місяць по 250мг – всього 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 загальнозміцнююча терапія.

Лікування кортикостероїдними препаратами дає хороший, але не стійкий результат; часто настає рецидив. Рекомендується курс новокаїнових блокад і застосування галантаміну. Призначають також рентгенотерапію (опромінення ділянок 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 і може настати ремісія.

Ксеростомія

Ксеростомія (грец. Xeros – сухий і stoma – рот, отвір) – сухість у роті, сухість слизової оболонки порожнини рота. Розвиток симптому пов'язаний зі зменшенням виділення слини і слизу зі слинних і слизових залоз порожнини рота.

Найчастішою причиною появи сухості в роті, особливо у людей похилого віку, стає вживання ліків, які часто зумовлюють зниження слиновиділення за рахунок блоку холінергічної активності, – антидепресанти, антипсихотичні засоби, гіпотензивні засоби центральної дії, алкалоїди беладони.

Деякі захворювання впливають на функціональний стан слинних залоз (синдром Шегрена, ВІЛ / СНІД, діабет, хвороба Паркінсона, дисфункції щитоподібної залози, гіпертонічна хвороба, бронхіальна астма). До розвитку ксеростомії часто призводить променева терапія та хіміотерапія при лікуванні онкозахворювань.

При нормальному функціонуванні слинних залоз сухість у роті з'являється в разі утруднення носового дихання внаслідок поліпів носа, викривлення носової перегородки, коли хворі змушені дихати ротом; у людей похилого віку під час сну з відкритим ротом (внаслідок зниження

тонусу м'язів що піднімають нижню щелепу). Ксеростомія може виникати і посилюватися при частих необґрунтованих полосканнях порожнини рота.

Патогенез. Розвиток захворювання або симптому з пригніченням слиновиділення спостерігається при променевої хворобі, деяких ендокринних розладах (цукровий діабет, тиреотоксикоз тощо), порушеннях центрального механізму слиновиділення (нейрогенна 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 стягнутості і сухості в роті, проблеми з жуванням, ковтанням, смаковими відчуттями або язиком, неприємний запах з рота, відчуття печіння в роті, тріщини губ, сухий подразнений язик, виразки, рани в роті, порушення сну через відчуття спраги, запалення ясен або інфекційні захворювання порожнини рота, труднощі при користуванні зубними протезами.

З позаротових симптомів відзначають: сухість в горлі, в носі, порушення сприйняття запахів, печіння, суху шкіру, часті грибкові захворювання, парестезії язика. Слизова оболонка порожнини рота суха, запалена, яскраво-червоного кольору. Слина густа, піниста. Збільшується кількість зубного нальоту, активізується мікрофлора в роті. Захворювання може ускладнитися пошкодженням слизової оболонки (запалення, тріщини, ерозія).

За клінічними проявами та 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 (0,9-5мл для привушної і 0,9-6,8мл для підщелепної залози). У хворих в 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 в стадії виражених ознак ксеростомії спостерігається стан декомпенсації функції слинних залоз, яке проявляється постійної сухістю в роті, що ускладнює мовлення та вживання їжі (хворі змушені 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 їжі. Визначається катаральний глосит, стоматит, слизова оболонка ротової порожнини суха, гіперемована, нерідко з тріщинами, ерозіями. Губи сухі, лущаться, вкриті корками. 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), галантамін (щоденні підшкірні ін'єкції в дозі 1мл 0,5% розчину), прозерин, концентрат вітаміну А. Також показані новокаїнові блокади ділянки привушної і підщелепної залоз і фізіотерапевтичні процедури: гальванотерапія слинних залоз, електрофорез з калію йодидом або галантамін, вібраційний масаж.

Рекомендують обробку слизової оболонки порожнини рота маслом (персикове, соняшникова олія), сумішшю бури і гліцерину, полоскання настоями лікарських трав (мати-й-мачуха, оман, 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. Marmay, 1998) як потужна протективна речовина проти радіаційно-індукованих пошкоджень клітин епітелію слинних залоз.

З засобів симптоматичної (замісної) терапії А.М. Солнцев, В.С. Колесов, Н.А. Колесова (1991) пропонують ліки, які заповнюють дефіцит слини. Призначають вживання рідин, які підкислюють слину, часті зрошення порожнини рота, жувальну гумку, смоктання кислих льодяників, полоскання порожнини рота розчинами з гліцерином і желатином, змазування порожнини рота і губ вазеліном, бурою з гліцерином, риб'ячим жиром, каротоліном, обліпихою, персиковим та іншими маслами, застосування розчинів, які містять анестетики.

У 1981 р. І.Ф. Ромачевою та співавторами був створений препарат штучної слини бенсілол, до складу якого входять калію хлорид, натрію хлорид, магнію сульфат, діметілдодецілбензіламонія хлорид, метилцелюлоза, тримекаїн і фосфатний буфер.

Також запропоновано використання глюкокортикостероїдів, цитостатичних препаратів, амінохінолінових похідних, антилімфоцитарного глобуліну, левамизолу.

Прогноз визначається характером основного захворювання і ступенем порушення функції слинних залоз: в початковій стадії ксеростомії повне одужання можливе, в інших стадіях можна досягти значного поліпшення стану, але розраховувати на значне поліпшення важко.

Матеріали для самоконтролю:

- Тестові завдання

1. Пацієнт А., 42 років, звернувся до хірурга-стоматолога зі скаргами на припухлість і біль, що іррадіює, в правій підщелепній слинній залозі, відчуття збільшення залози, яке з'являється під час їжі. Об'єктивно: підщелепна слинна залоза збільшена, болісна при пальпації, вивідна протока пальпується у вигляді тяжа. Слина з протоки залози не виділяється. Для якого захворювання характерна ця симптоматика?

Варіанти відповіді:

А. Гострий сіалоаденіт.

- В. Склерозуючий сіалоаденіт.
- С. Калькульозний сіалоаденіт.
- Д. Кіста слинної залози.
- Е. Сіалоз.

Правильна відповідь:

- С. Калькульозний сіалоаденіт.

2. Пацієнт скаржиться на біль і припухлість в лівій піднижньощелепній області, біль під час їжі. При огляді встановлено: рот відкриває в повному обсязі, слизова оболонка лівого під'язикового валика гіперемована, з вивідної протоки піднижньощелепної слинної залози виділяється гній. На R-грамі в лівій піднижньощелепній області визначається тінь овальної форми.

Встановіть попередній діагноз.

Варіанти відповіді:

- А. Калькульозний сіалоаденіт.
- В. Хронічний інтерстиціальний паротит.
- С. Остеома нижньої щелепи.
- Д. Пухлина піднижньощелепної залози.
- Е. Гострий піднижньощелепний сіалоаденіт.

Правильна відповідь:

- А. Калькульозний сіалоаденіт.

3. Пацієнт, 42 років, скаржиться на біль в підщелепній області і під язиком, яка посилюється під час їжі, підвищення температури тіла до $37,6^{\circ}\text{C}$. Хворіє два місяці. По ходу правого під'язикового валика інфільтрація, гіперемія, набряк м'яких тканин, різкий біль при пальпації. З протоки правої піднижньощелепної слинної залози виділяється каламутна слина з домішками гною. Виберіть правильний діагноз.

Варіанти відповіді:

- А. Ретенційна кіста під'язикової слинної залози.
- В. Гострий гнійний лімфаденіт підщелепної області.
- С. Аденофлегмона підщелепної області.
- Д. Абсцес щелепно-язикового жолобка.
- Е. Загострення слино-кам'яної хвороби.

Правильна відповідь:

- Е. Загострення слино-кам'яної хвороби.

4. Пацієнт А., 45 років, звернувся зі скаргами на наявність болісної припухлості м'яких тканин лівої привушної області, на підвищення температури тіла до $37,8^{\circ}\text{C}$. Біль виник 3 дні тому. Об'єктивно: відзначається асиметрія обличчя за рахунок інфільтрату, шкіра в кольорі не змінена, береться в складку. Пальпація лівої привушної слинної залози різко болісна. Відкривання рота вільне, слизова оболонка порожнини рота блідо-рожевого кольору, без видимих змін. Вустя протоки лівої привушної слинної залози

гіперемоване, набрякле. При пальпації лівої привушної слинної залози виділяється каламутна слина. Встановіть діагноз.

Варіанти відповіді:

- A. Епідемічний паротит.
- B. Гострий серозний лімфаденіт.
- C. Гострий серозний паротит.
- D. Хронічний лімфаденіт.
- E. Хронічний паротит.

Правильна відповідь:

- C. Гострий серозний паротит

5. Пацієнт, 43 років, скаржиться на погіршення здоров'я, головний біль, асиметрію обличчя, підвищену температуру тіла. Хворіє протягом 5 днів. Температура тіла 38,2 °C. Об'єктивно: обличчя асиметрична за рахунок припухлості тканин лівої привушної області. Привушна слинна залоза щільна, різко болісна, без чітких меж. Набряк поширюється на скроневу, позадущелепну, піднижньощелепну області. Шкіра над залозою гіперемована, набрякла. При масажі з вустя протоки слина не виділяється. Встановити найвірогідніший діагноз?

Варіанти відповіді:

- A. Гострий гнійний паротит.
- B. Епідемічний паротит.
- C. Синдром Шегрена.
- D. Калькульозний сіалоаденіт.
- E. Паротит Герценберга.

Правильна відповідь:

- A. Гострий гнійний паротит.

6. Пацієнт, 43 років, скаржиться на відчуття тяжкості в правій привушній залозі, солонуватий присмак у роті, часті загострення. При огляді: залоза щільна, пружно-еластичної консистенції, безболісна. З вустя протоки виділяється слина з домішкою грудочок слизу. На сіалограмі в паренхімі залози величезна кількість дрібних порожнин. Поставте найвірогідніший діагноз.

Варіанти відповіді:

- A. Хронічний паренхіматозний паротит.
- B. Паротит Герценберга.
- C. Хронічний інтерстиціальний паротит.
- D. Синдром Шегрена.
- E. Аденома правої привушної залози.

Правильна відповідь:

- A. Хронічний паренхіматозний паротит.

7. Чоловік, 37 років, звернувся зі скаргами на біль і припухлість, що виникає під час їжі в лівій підщелепній області. Об'єктивно: в лівій підщелепній

області пальпується трохи болісне еластичне ущільнення довгастої форми. Відкривання рота вільне. При пальпації в області щелепно-язикового жолобка відзначається щільне, рухливе ущільнення. Слизова оболонка не змінена. З протоки лівої підщелепної слинної залози слина не виділяється. Встановіть діагноз.

Варіанти відповіді:

- A. Ліпома підщелепної області.
- B. Хронічний лімфаденіт.
- C. Слино-кам'яна хвороба.
- D. Плеоморфна аденома.
- E. Ретенційна кіста.

Правильна відповідь:

- C. Слино-кам'яна хвороба.

8. Пацієнт, 24 роки, звернувся зі скаргами на гострий біль і припухлість в правому піднижньощелепному трикутнику, який посилюється при прийомі гострої їжі. Був встановлений діагноз: загострення хронічного калькульозного сіалоаденіта справа з локалізацією конкременту в середній частині слинної протоки. Який метод лікування найраціональніший в даному випадку?

Варіанти відповіді:

- A. Слиногінна дієта.
- B. Екстирпація залози.
- C. Бужування протоки.
- D. Розріз протоки і видалення каменю.
- E. Фізіотерапевтичні засоби.

Правильна відповідь:

- D. Розріз протоки і видалення каменю.

9. Пацієнт, 56 років, звернувся до лікаря-стоматолога зі скаргами на наявність припухлості в правій привушно-жувальній області, відчуття тяжкості в області залози, солонуваті виділення з протоки. Об'єктивно: щільно-еластична припухлість, з зонами безболісних ущільнень. Рот відкривається вільно, слизова оболонка щік рожева, волога. З проток виділяється слина з домішками слизу і гною. Який найвірогідніший діагноз?

Варіанти відповіді:

- A. Синдром Гутнера-Шегрена.
- B. Епідемічний паротит.
- C. Паренхіматозний сіалоаденіт.
- D. Хвороба Мікуліча.
- E. Гострий сіалодохит.

Правильна відповідь:

- C. Паренхіматозний сіалоаденіт.

10. У пацієнта, 25 років, підвищилася температура тіла до 39,°С, з'явилася припухлість в привушно-жувальній області з обох боків, сухість у роті, посилюється біль при жуванні, нудота, пронос. Яке захворювання можна діагностувати у пацієнта?

Варіанти відповіді:

- A. Несправжній паротит Герценберга.
- B. Паренхіматозний паротит.
- C. Хвороба Мікуліча.
- D. Синдром Гужеро-Шегрена.
- E. Епідемічний паротит.

Правильна відповідь:

- E. Епідемічний паротит.

- Ситуаційні завдання

Задача 1.

Пацієнтка, 38 років, скаржиться на періодичний біль в правій піднижньощелепній області, яка посилюється під час їжі, особливо гострої і солоної. При зовнішньому огляді визначається припухлість в правій піднижньощелепній області. Рот відкриває вільно. З гирла протоки правої піднижньощелепної слинної залози виділяється каламутна слина. При бімануальному дослідженні – права піднижньощелепна слинна залоза збільшена, щільної консистенції. По ходу протоки на рівні зуба 4.6 – ущільнення. Пальпація супроводжується помірним болем. На рентгенограмі дна порожнини рота визначається щільна тінь овальної форми 0,5x0,8 см. Який діагноз можна припустити?

Варіанти відповіді:

- A. Слино-кам'яна хвороба правої піднижньощелепної слинної залози.
- B. Змішана пухлина правої піднижньощелепної слинної залози.
- C. Аденофлегмона правої піднижньощелепної області.
- D. Одонтогенна флегмона правого піднижньощелепного трикутника.
- E. Гострий гнійний лімфаденіт правої піднижньощелепної області.

Правильна відповідь:

- A. Слино-кам'яна хвороба правої піднижньощелепної слинної залози.

Алгоритм рішення:

Для встановлення діагнозу слід звернути увагу на скарги пацієнтки (на періодичний біль в правій піднижньощелепній області, яка посилюється під час їжі, особливо гострої і солоної), дані об'єктивного обстеження (визначається припухлість в правій піднижньощелепній області, рот відкриває вільно; з гирла протоки правої піднижньощелепної слинної залози виділяється каламутна слина; при бімануальному дослідженні – права піднижньощелепна слинна залоза збільшена, щільної консистенції; по ходу протоки на рівні зуба 4.6 – ущільнення, пальпація якого болісна) та дані рентгенографії – щільна тінь овальної форми 0,5x0,8 см). Таким чином, правильна відповідь А.

Задача 2.

У пацієнта Д., 21 року, два дні тому підвищилася температура тіла до $38,0^{\circ}\text{C}$, на другу добу з'явилася припухлість в привушній області з обох боків. Шкіра над припухлістю напружена, має нормальний колір. При пальпації визначаються збільшені болісні привушні слинні залози. Порушення слиновиділення з проток привушних залоз, гирла проток гіпереровані. Біль при пальпації в області кута нижньої щелепи, у верхівки соскоподібного відростка, спереду від козелка вушної раковини. Ваш діагноз?

Варіанти відповіді:

- А. Гнійно-некротичний паротит.
- В. Псевдопаротит Герценберга.
- С. Вірусний епідемічний паротит.
- Д. Гострий бактерійний паротит.
- Е. Синдром Шегрена.

Правильна відповідь:

- С. Вірусний епідемічний паротит.

Алгоритм рішення:

Для встановлення діагнозу слід звернути увагу на скарги пацієнта (підвищення температури тіла до $38,0^{\circ}\text{C}$, припухлість в привушній області з **обох боків**) та дані об'єктивного обстеження (шкіра над припухлістю напружена, має нормальний колір; при пальпації – збільшені болісні привушні слинні залози; порушення слиновиділення з проток привушних залоз, гирла проток гіпереровані; **біль при пальпації в області кута нижньої щелепи, у верхівки соскоподібного відростка, спереду від козелка вушної раковини**). З умови задачі – правильна відповідь С.

Задача 3.

У пацієнта, 30 років, на 7-й день після операції на черевній порожнині, виникли біль і припухлість в області лівої привушної слинної залози, температура тіла $39,0^{\circ}\text{C}$, обмеження відкривання рота, сухість, при масажуванні залози з'являється гнійний ексудат з її протоки. Яке захворювання можна діагностувати?

Варіанти відповіді:

- А. Гострий епідемічний паротит.
- В. Флегмона піджувального простору.
- С. Гострий неепідемічний паротит.
- Д. Паренхіматозний паротит.
- Е. Флегмона привушно-жувальної області.

Правильна відповідь:

- С. Гострий неепідемічний паротит.

Алгоритм рішення:

Для встановлення діагнозу слід звернути увагу на анамнез (на 7-й день після операції на черевній порожнині) та дані об'єктивного обстеження (біль і припухлість в області лівої привушної слинної залози, температура тіла

39,0⁰С, обмеження відкривання рота, сухість, при масажуванні залози з'являється гнійний ексудат з її протоки.) . Таким чином , правильна відповідь С.

Задача 4.

Пацієнтка, 22 років, звернулася зі скаргами на сильний біль та припухлість в області лівої привушної слинної залози, загальну слабкість, підвищення температури тіла до 38,5⁰С, утруднене та болісне відкривання рота, клацання та хруст в області СНЩС зліва. Хворіє 6 років, відтоді, як перенесла епідемічний паротит. Спочатку, впродовж двох років , нічого не турбувало. Потім звернула увагу на припухлість в лівій привушній області, яка минула через 3 дні, після застосування компресів, що зігрівають. У подальшому загострення захворювання були по 4-5 разів на рік, та були пов'язані з переохолодженням та ГРВІ. Кожне загострення мало більш виражений перебіг, з'явилися болі. Пацієнтка продовжувала використовувати компреси, що зігрівають, але полегшення не було. Самостійно вживала антибіотики, після чого запалення зникало. Під час останнього загострення звернулася до лікаря. Ліва привушна слинна залоза збільшена, щільна, поверхня її дрібно-горбиста, пальпація болісна, малорухома. М'які тканини над залозою набряклі, шкіра в кольорі не змінена, обмежено збирається в складку. Відкривання рота до 3 см болісне. При рухах нижньої щелепи визначається хруст в СНЩС з обох боків, але більше зліва. Рухи нижньої щелепи ступінчасті. У лівій піднижньощелепній області пальпується збільшений , болісний рухомий лімфатичний вузол. Гирло протоки лівої привушної залози розширене, слизова оболонка навколо нього гіперемована, набрякла. При масуванні залози з протоки виділяється значна кількість гною з пухкими включеннями.

1. Обґрунтуйте діагноз.
2. Які лікувальні заходи слід застосувати у даному випадку?
3. Які ознаки не суттєві для даного захворювання та з чим вони можуть бути пов'язані?

Алгоритм рішення:

1. Діагноз : загострення хронічного паренхіматозного паротиту зліва. Характерні ознаки, що свідчать про це захворювання: анамнез (часті загострення із значними запальними явищами); болісне збільшення залози з явищами лімфаденіту, колатеральним набряком; горбиста поверхня залози; виділення гною з протоки.
2. Місцеве лікування полягає в проведенні : а) введення в протоку протеолітичних ферментів для розрідження гною, а потім промивання розчинами антисептиків; б) масаж залози для кращої евакуації секретa; в) ФТЛ; г) компреси з дімексидом.
3. Несуттєвими ознаками є хруст та клацання у СНЩС, ступінчасті рухи нижньої щелепи. Це може бути пов'язано із наявністю у пацієнтки артрозу СНЩС. Для уточнення діагнозу слід провести комплексне дослідження.

Задача 5.

У пацієнта, 47 років, який госпіталізований зі скаргами на болі у правій піднижньощелепній області, відчуття оніміння в області правого кута рота та нижньої губи справа. При огляді виявлено ущільнення правої піднижньощелепної залози, у нижніх відділах – кам'янистої щільності. Слина з протоки практично не виділяється.

1. Які захворювання можна припустити?
2. Яких даних не вистачає для встановлення остаточного діагнозу?
3. Які відомості у даному випадку є несуттєвими та з чим вони можуть бути пов'язані?

Алгоритм рішення:

1. Можна припустити такі захворювання: а) слинно-кам'яна хвороба (локалізація конкременту у нижньому полюсу); б) доброякісна пухлина слинної залози; в) злоякісна пухлина слинної залози; г) специфічне запалення слинної залози; хронічний лімфаденіт під нижньощелепного лімфовузла.
2. Не вистачає анамнестичних даних: тривалість та характер розвитку захворювання. Чи проводилось будь-яке обстеження та лікування. Не достатньо наведено даних про скарги: характер болю, з чим пов'язана їх інтенсивність. Чи супроводжується поява болю наявністю припухлості. Не вистачає об'єктивних даних: болісність залози, рухомість, спаяність з оточуючими тканинами, характер слини. Немає даних додаткових методів обстеження: рентгенологічного та морфологічного.
3. Несуттєвим є відчуття оніміння нижньої губи справа, яке свідчить про явища невриту III гілки правого трійчастого нерва. Для з'ясування причин невриту необхідно проведення комплексного обстеження.

- Контрольні питання

1. Етіологія та патогенез гострих і хронічних сіалоаденітів.
2. Етіологія і патогенез сіалозів.
3. Класифікація гострих і хронічних сіалоаденітів і сіалозів.
4. Клінічна картина гострих і хронічних сіалоаденітів.
5. Клінічна картина сіалозів.
6. Діагностика і диференціальна діагностика захворювань слинних залоз запального і дистрофічного характеру.
7. Комплексне лікування патології слинних залоз різної етіології.

- Практичні завдання

1. Провести опитування хворого і на його основі зробити запис в історії хвороби.
2. Провести обстеження амбулаторного хірургічного стоматологічного хворого і зробити про це запис в історії хвороби.

3. Провести обстеження периферійних лімфатичних вузлів щелепно-лицевої області, шиї і слинних залоз.
4. Знати схему і вміти доповісти про хворого викладачеві; обґрунтувати діагноз і скласти план лікування.
5. Підготувати набір інструментарію для обстеження хірургічного стоматологічного хворого.
6. Вміти дати опис рентгенограми при такій патології:
 - а) захворювання слинних залоз.
7. Вміти виконати будь-який вид місцевого знеболювання в щелепно-лицевій ділянці.
8. Вміти провести обстеження, поставити діагноз при захворюваннях слинних залоз.
9. Вміти провести бужування проток слинних залоз.

Література:

Основна:

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник / [В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін.] — К. : ЛОГОС, 2011. У 2 т. — Т. 1. — 669 с.
2. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник / [В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін.] — К. : ЛОГОС, 2011. У 2 т. — Т. 2. — 606 с.
3. Бернадський Ю. Й. Основи щелепно-лицевої хірургії і хірургічної стоматології : навчальний посібник / Ю. Й. Бернадський. — К : «Спалах», 2003. — 512 с.
4. Бернадський Ю. І. Травматологія і відновна хірургія черепно-щелепно-лицевої ділянки: [навч. посіб. 3-є изд., Перераб. і доп.] / Ю. І. Бернадський. - М.: Медицина, 2003. - 456 с
5. Тимофєєв О. О. Щелепно-лицева хірургія: підручник / О. О. Тимофєєв. - К.: ВСВ "Медицина", 2011. - 752 с. + 40 с. кольор. вкл.

Додаткова:

1. Клінічна оперативна щелепно-лицьова хірургія: Керівництво для лікарів / За ред. проф. В. Н. Баліна і проф. Н. М. Александрова. 4-е изд., Доп. і испр. - СПб. : СпецЛит, 2005. - 221 с.
2. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: Національне керівництво / За ред. А. А. Кулакова, Т. Г. Робустовой, А. І. Неробеева. - М.: Медицина, 2010. - 982 с.
3. Стоматологія питань надзвичайних ситуацій з курсом військової стоматології: [підруч. для студентів ВМНЗ III-IV рівнів акредитації] / Г. П. Рузін, В. П. Голік, О. В. Рибалов, С. Г. Демянік. - Харків: Торнадо, 2006. - 264 с.

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

ЗАТВЕРДЖЕНО
на засіданні кафедри хірургічної стоматології
та клінічних дисциплін
Завідувач кафедри
к. мед. н., доц. Гема-Багіна Н. М.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

Курс V; Факультет Стоматологічний

Навчальна дисципліна: Хірургічна стоматологія

Субординатура

Тема № 8. Лімфаденіти, аденофлегмони. Абсцеси обличчя, піднебіння, щелепно-язикового жолобка, під'язикової ділянки. Фізіотерапія в лікуванні запальних процесів ЩЛД. Флегмони: піднижньощелепної, підпідборідної, крилоподібно-нижньощелепної ділянки.

1. Актуальність теми.

В наш час проблема аденофлегмон дуже актуальна. Адже чим нижче економічна ситуація в країні тим вище стоїть проблема аденофлегмони. Адже не своєчасне лікування зубів в стоматолога рано чи пізно призводить до розвитку аденофлегмон. Також є і вина лікарів стоматологів що призводить до аденофлегмони.

2. Конкретні цілі:

- Аналізувати знати статистику, класифікації, особливості етіології та патогенезу, клінічні ознаки запальних процесів щелепно-лицевої ділянки.
- Пояснювати методи діагностики поверхневих одонтогенних запальних процесів щелепно-лицевої ділянки.
- Запропонувати обстежити хворого з поверхневими одонтогенними запальними процесами щелепно-лицевої ділянки
- Класифікувати поверхневі одонтогенні запальні процеси підщелепної ділянки.
- Тракувати теоретичні та клінічні дослідження проблемних питань одонтогенних аденофлегмон підщелепної.
- Малювати схеми, графіки показників при клінічних дослідженнях у пацієнтів з поверхневими одонтогенними запальними процесами щелепно-лицевої ділянки
- Проаналізувати план лікування з одонтогенними аденофлегмонами підщелепної ділянки.
- Скласти план обстеження та лікування хворих з одонтогенними аденофлегмонами підщелепної ділянки

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція).

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. Внутрішньо предметна інтеграція	Про необхідність санації порожнини рота у лікарів-стоматологів.

4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття та на занятті.

4.1 Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
1. Аденофлегмона.	Це гнійне розлите запалення яке захватує декілька анатомічних просторів, з розплавленням лімфатичного вузла.
2. Флюктуація	Це коливання рідини в вогнищі запалення.
3. Тризм	Це порушення функції м'яза при запаленні.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Знати анатомію щелепно - лицевого відділу.
2. Знати анатомію підщелепного трикутника.
3. Знати розташування підщелепних лімфатичних вузлів.

4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

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.

Зміст теми:

Гострий серозний лімфаденіт характеризується появою болю і припухання лімфатичного вузла або декількох вузлів, іноді значного. Загальний стан задовільний, у окремих хворих спостерігається підвищення температури тіла, погіршення загального стану.

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.

Гострий гнійний лімфаденіт виникає в результаті переходу серозного процесу в гнійний або загострення хронічного. Захворювання характеризується появою болю в ураженому лімфатичному вузлі, іноді значного.

Загальне самопочуття погіршується, температура тіла підвищується до 37,5-38°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.

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.

Гострий гнійний лімфаденіт і гнійний обмежений періаденіт диференціюють від специфічних захворювань лімфатичних вузлів, головним чином від актиномікозу. 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. Пацієнти 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°C і вище, з'являються озноб і інші симптоми інтоксикації. У окремих хворих аденофлегмони розвиваються поволі, температура тіла не перевищує 37,5-38 С.

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 утворення, іноді слабкість, нездужання. При хронічному гіперпластичному лімфаденіті загальний стан задовільний. Лише у окремих хворих спостерігається підвищення температури тіла до 37-37,5°C, 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 норицевий 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, 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 норицевий хід.

Лікування. При гострому лімфаденіті перш за все необхідне відповідне втручання в області одонтогенного джерела інфекції, 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.

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. Роблять перев'язки, дрениують рану, проводять місцеве її лікування.

Лікування аденофлегмони проводиться по правилах лікування флегмони. Лікування хронічного лімфаденіту починають з ліквідації одонтогенного джерела інфекції.

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.

Абсцес – гостре гнійне обмежене запалення клітковини.

Абсцеси твердого піднебіння. 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. 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. Аденофлегмони розвиваються в результаті гнійного розплавлення лімфовузла.

Флегмона підщелепної ділянки найчастіше виникає внаслідок утрудненого прорізування нижнього зуба мудрості, а також як ускладнення періоститу, остеомієліту, лімфаденіту.

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 інфільтрату.

Флегмони підпідборідної ділянки перебігають в вигляді аденофлегмони, або флегмони.

Клінічна картина. Перебіг флегмони не тяжкий. Підвищення температури, інфільтрат який має вигляд розповсюдженого в сторону підщелепного трикутника та шиї.

Флегмони крилощелепного простору можуть виникати у проміжку між внутрішньою поверхнею гілки нижньої щелепи та зовнішньою поверхнею медіального крилоподібного м'яза. Крило щелепний 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 болючий 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.

Матеріали для самоконтролю:

- Тестові завдання

1. Жінка, 23 років, лікується з приводу фурункула лівої щоки. Раптово стан хворої погіршився. З'явився сильний головний біль, висока температура тіла, збільшився набряк щоки, з'явився щільний інфільтрат у вигляді тяжа, спрямованого до внутрішнього кута ока. Яке ускладнення розвинулося у цієї пацієнтки?

Варіанти відповіді:

А. Лімфангоїт.

- В. Абсцес підочної області.
- С. Тромбофлебіт лицевих вен.
- Д. Гострий гнійний гайморит.
- Е. Бешихове запалення.

Правильна відповідь:

- С. Тромбофлебіт лицевих вен.

2. У чоловіка, 48 років, на шкірі підборіддя з'явилася пустула, яка швидко розвинулася в щільний, різко болісний інфільтрат розміром 3x5 см. Шкіра над ним синьо-червоного кольору. У центрі три зони некрозу навколо волосяних фолікулів. Підпідборідні лімфовузли збільшені, болісні.

Встановіть діагноз.

Варіанти відповіді:

- А. Карбункул підборіддя.
- В. Бешихове запалення.
- С. Актиномікоз шкіри підборіддя.
- Д. Нагноєна атерома.
- Е. Фурункул підборіддя.

Правильна відповідь:

- А. Карбункул підборіддя.

3. У пацієнта К., 37 років, діагностовано абсцедуючий фурункул верхньої губи. Після розкриття осередку запалення проведено бактеріологічне дослідження ексудату. Культуру якого збудника буде виявлено вірогідніше за все:

Варіанти відповіді:

- А. Монокультуру кишкової палички.
- В. Монокультуру протей.
- С. Монокультуру стафілокока.
- Д. Асоціацію стафілокока та найпростіших.
- Е. Монокультуру стрептокока.

Правильна відповідь:

- С. Монокультуру стафілокока.

4. Пацієнт, 40 років, скаржиться на підвищення температури тіла до 38,2 °С, наявність інфільтрату округлої форми на верхній губі. Об'єктивно: в області верхньої губи зліва інфільтрат округлої форми, шкіра над інфільтратом бурякового кольору, спаяна з навколишніми тканинами, з некротичним стержнем в центрі. Верхня губа гіперемована, набрякла. Який діагноз можна встановити?

Варіанти відповіді:

- А. Гострий періостит верхньої щелепи.
- В. Ретенційна кіста.
- С. Фурункул верхньої губи.
- Д. Гострий лімфаденіт.

Е. Карбункул верхньої губи.

Правильна відповідь:

С. Фурункул верхньої губи

5. Пацієнт, 20 років, звернувся зі скаргами на наявність болісної обмеженої припухлості в правій підщелепній області, що з'явилася 2 дні тому; зв'язує з тривалим тупим болем в зубі 4.6. Об'єктивно: обличчя симетричне. При пальпації правої підщелепної області визначається болісний щільно-еластичний вузол, рухливий, округлої форми, не спаяний з навколишніми м'якими тканинами, розміром 1,5 x 2,0 см. Шкіра правої підщелепної області в кольорі не змінена, вільно збирається в складку. Відкривання рота вільне, слизова оболонка порожнини рота без змін, перкусія зуба 4.6 болісна.

Встановіть діагноз.

Варіанти відповіді:

А. Гострий гнійний одонтогенний лімфаденіт.

В. Хронічний одонтогенний лімфаденіт.

С. Гострий серозний одонтогенний лімфаденіт.

Д. Аденома підщелепної залози.

Е. Хронічний калькульозний сіалоаденіт.

Правильна відповідь:

А. Гострий серозний одонтогенний лімфаденіт.

6. У пацієнтки, 38 років, після клінічного і рентгенологічного обстеження встановлено діагноз: слино-кам'яна хвороба правої підщелепної слинної залози з локалізацією каменю в залозі, із загостренням запального процесу – абсцес в області щелепно-язикового жолобка. Який першочерговий метод лікування показаний в даному випадку?

Варіанти відповіді:

А. Протизапальна терапія.

В. Видалення каменю. Слиногінна дієта.

С. Розкриття абсцесу щелепно-язикового жолобка. Фізіотерапевтичні методи лікування. Всередину – аспірин.

Д. Екстирпація піднижньощелепної слинної залози.

Е. Протизапальна терапія.

Правильна відповідь:

С. Розкриття абсцесу щелепно-язикового жолобка. Фізіотерапевтичні методи лікування. Всередину – аспірин.

7. Пацієнт, 26 років, скаржиться на болі в нижній щелепі зліва, болісне ковтання, ускладнене відкривання рота, головний біль, слабкість.

Самопочуття погане, температура тіла – 38,0⁰С. При огляді: незначний набряк під кутом нижньої щелепи зліва, колір шкіри не змінився, глибока пальпація болісна, відкривання рота до 1,5 см, зуб 3.7 зруйнований, крило-щелепна складка набрякла, болісна при пальпації. Встановіть діагноз.

Варіанти відповіді:

- A. Навкологлоткова флегмона.
- B. Флегмона підщелепної області.
- C. Флегмона крило-щелепного простору.
- D. Флегмона піджувального простору.
- E. Ангіна.

Правильна відповідь:

- C. Флегмона крило-щелепного простору

8. Пацієнт, 30 років, скаржиться на набряк в підпідборідній області, на постійний гострий, пульсуючий біль, який локалізується в області підборіддя, температура тіла 38,2°C. Хворіє 4 дні. Об'єктивно: відмічається асиметрія обличчя за рахунок болісного щільного інфільтрата підпідборідньої області, шкіра гіперемована, напружена, в складку не береться, напружена. Відкривання рота незначно обмежене. Коронка зуба 4.2 зруйнована на 2/3 частини, перкусія зуба 4.2 болісна. Встановіть діагноз.

Варіанти відповіді:

- A. Абсцес підпідборідньої області.
- B. Гострий серозний лімфаденіт підпідборідньої області.
- C. Одонтогенна флегмона підпідборідньої області.
- D. Хронічний лімфаденіт підпідборідньої області.
- E. Гострий гнійний періостит нижньої щелепи.

Правильна відповідь:

- C. Одонтогенна флегмона підпідборідньої області.

9. У пацієнта встановлено діагноз: Одонтогенна флегмона правої підщелепної області. Визначте оперативний доступ для дренивання інфекційно-запального осередку.

Варіанти відповіді:

- A. Розріз довжиною 5 см, що огинає кут щелепи.
- B. Розріз в правій під'язиковій області.
- C. Розріз в підщелепній області на 2 см нижче від краю щелепи.
- D. Розріз вздовж краю щелепи.
- E. Розріз комірковий.

Правильна відповідь:

- C. Розріз в підщелепній області на 2 см нижче від краю щелепи.

10. Пацієнтка, 33 роки, госпіталізована у відділення щелепно-лицевої хірургії із скаргами на біль та припухлість правої піднижньощелепної області, підвищення t тіла до 39,5°C. Об'єктивно: обличчя асиметричне за рахунок набряку м'яких тканин правої піднижньощелепної області, де пальпаторно визначається щільний інфільтрат, шкіра над ним гіперемована, не береться в складку. У зубі 4.6 – глибока каріозна порожнина. Який найімовірніший діагноз?

Варіанти відповіді:

- A. Гострий піднижньощелепний сіалоаденіт.
- B. Гострий гнійний періостит нижньої щелепи.
- C. Флегмона правої піднижньощелепної області.
- D. Гострий гнійний піднижньощелепний лімфаденіт.
- E. Гострий остеомієліт нижньої щелепи справа.

Правильна відповідь:

- C. Флегмона правої піднижньощелепної області.

- Ситуаційні завдання

Задача 1.

У чоловіка, 20 років, в області верхньої губи справа є виражений набряк і щільний інфільтрат розміром 1,5x1,5 см В центрі інфільтрату – точкова некротична кірка. Після зняття її видно некротичний стержень. Флуктуації немає. Встановіть діагноз.

Варіанти відповіді:

- A. Карбункул.
- B. Сибірско-виразковий карбункул.
- C. Фурункул.
- D. Актиномікоз шкіри.
- E. Нагноєна атерома.

Правильна відповідь:

- C. Фурункул.

Алгоритм рішення:

Для уточнення діагнозу слід звернути увагу на наведені дані об'єктивного обстеження (в області верхньої губи справа є виражений набряк і щільний інфільтрат розміром 1,5x1,5 см, в центрі якого – точкова некротична кірка, після зняття її видно некротичний стержень, флуктуації немає), які притаманні для фурункула верхньої губи.

Задача 2.

Пацієнтка С., 62 років, звернулася до хірурга-стоматолога зі скаргами на сильний постійний, пульсуючий біль під язиком зліва, який поширюється на вухо і скроню, біль при вживанні їжі, ускладнене відкривання рота, на загальний незадовільний стан. Хворіє тиждень, коли з'явився біль в зубі на нижній щелепі зліва. Через 2 доби температура тіла підвищилася до 38,9⁰С, погіршав загальний стан. Об'єктивно: коронка зуба 3.7 зруйнована на 2/3, рухливість зуба II ступеню, перкусія його безболісна. У зоні щелепно-язикового жолобка на рівні зубів 3.6, 3.7 визначається інфільтрат, слизова оболонка над ним гіперемована, набрякла; при пальпації – флуктуація. Гіперемія слизової оболонки поширюється на область передньої піднебінної дужки. Зів не змінений. Сформулюйте клінічний діагноз.

Варіанти відповіді:

- A. Гострий одонтогенний періостит альвеолярного відростка нижньої щелепи зліва.

- В. Загострення хронічного періодонтиту зуба 3.7.
- С. Абсцес лівого щелепно-язикового жолобка.
- Д. Флегмона лівого крило-щелепного клітинного простору.
- Е. Перитонзиллярний абсцес зліва.

Правильна відповідь:

С. Абсцес лівого щелепно-язикового жолобка.

Алгоритм рішення:

Для уточнення діагнозу слід звернути увагу на скарги пацієнтки (на сильний постійний, пульсуючий біль під язиком зліва, який поширюється на вухо і скроню, біль при вживанні їжі, ускладнене відкривання рота, на загальний незадовільний стан), дані анамнезу (хворіє тиждень, коли з'явився біль в зубі на нижній щелепі зліва; через 2 доби температура тіла підвищилася до $38,9^{\circ}\text{C}$, погіршав загальний стан) та дані об'єктивного обстеження (коронка зуба 3.7 зруйнована на 2/3, рухливість зуба II ступеню, перкусія його безболісна; у зоні щелепно-язикового жолобка на рівні зубів 3.6, 3.7 визначається інфільтрат, слизова оболонка над ним гіперемована, набрякла; при пальпації – флуктуація; гіперемія слизової оболонки поширюється на область передньої піднебінної дужки, зів не змінений). Наведені дані характерні для клініки абсцесу щелепно-язикового жолобка.

Задача 3.

Пацієнтка, 45 років, скаржиться на пухлиноподібне слабо болісне новоутворення в правій привушній області, яке виникло 2 місяці тому без видимої причини. Відмічає слабкість, іноді підвищення температури до $37,2-37,6^{\circ}\text{C}$. Півмісяця опісля проведена протизапальна терапія, яка не дала позитивних результатів. Об'єктивно: обличчя асиметричне за рахунок незначної припухлості в правій привушній області. Пальпаторно визначається округле новоутворення щільно-еластичної консистенції з рівними контурами, слабо болісне, не спаяне зі шкірою. З протоки виділяється прозора слина в невеликій кількості. Який найвірогідніший діагноз?

Варіанти відповіді:

- А. Епідемічний паротит.
- В. Атерома привушної області.
- С. Псевдопаротит Герценберга.
- Д. Гострий інфекційний паротит.
- Е. Сіалопатія Шегрена.

Правильна відповідь:

С. Псевдопаротит Герценберга.

Алгоритм рішення:

Для уточнення діагнозу слід звернути увагу на скарги пацієнтки та анамнез захворювання (на пухлиноподібне слабо болісне новоутворення в правій привушній області, яке виникло 2 місяці тому без видимої причини; слабкість, іноді підвищення температури до $37,2-37,6^{\circ}\text{C}$; півмісяця опісля проведена протизапальна терапія, яка не дала позитивних результатів) та дані

об'єктивного обстеження (обличчя асиметричне за рахунок незначної припухлості в правій привушній області, пальпаторно визначається округле новоутворення щільно-еластичної консистенції з рівними контурами, слабо болісне, не спаяне зі шкірою; з протоки виділяється прозора слина в невеликій кількості), які характерні для несправжнього паротиту Герценберга.

Задача 4.

Пацієнтка, 24 лет, госпіталізована зі скаргами на болі під язиком, обмеження відкривання рота через болісність, труднощі при мовленні та вживанні їжі. Ці симптоми з'явилися два дні тому, коли заболів зуб 3.7. Біль був постійний, підсилювався при накушуванні. Симптоми наростали. Було підвищення температури тіла до 37,3°C. Об'єктивно : у лівій піднижньощелепній області пальпується збільшений, дуже болісний, рухомий лімфатичний вузол. Відкривання рота до 2 см, дуже болісне. Коронкова частина 3.7 зуба зруйнована на 2/3, перкусія слабо болісна. Слизова оболонка під'язикової області та щелепно-язикового жолобка зліва набрякла, гіперемована. В області лівого щелепно-язикового жолобка пальпується дуже болісний інфільтрат. Рухи язика вільні, але болісні. При рентгенологічному дослідженні в області 3.7 зуба є розрідження кісткової тканини у верхівок коренів та у біфуркації з нечіткими контурами, 0,3x0,3см.

1. Встановіть діагноз.
2. Складіть план лікування.
3. Укажіть межі ураженої анатомічної області.

Алгоритм рішення:

1. Абсцес лівого щелепно-язикового жолобка, загострення хронічного періодонтиту 3.7 зуба.
2. Видалення 3.7 зуба, розкриття абсцесу, дренажування, медикаментозна терапія та ФТЛ.
3. Запальний процес локалізується в області щелепно-язикового жолобка.
4. Попереду він переходить у під'язикову область . Позаду – передньо-нижній край медіального крилоподібного м'язу. Зовні – внутрішня поверхня тіла нижньої щелепи, зсередини – корінь язика, знизу – щелепнопід'язиковий м'яз, зверху – слизова оболонка.

Задача 5.

Пацієнтка, 39 років, госпіталізована у клініку зі скаргами на наявність дуже болісної припухлості у правій піднижньощелепній області, обмежене болісне відкривання роти, болі в зубі 4.5, які підсилюються при накушуванні, загальну слабкість, нездужання, підвищення температури тіла до 38,0°C. Зуб 4.5 заболів 10 днів тому. Був постійний ниючий біль, який підсилювався при накушуванні, до лікаря не зверталась. Два дні тому з'явилась та почала швидко збільшуватися болісна припухлість в правій піднижньощелепній області. При цьому болі в 4.5 зубі дещо вщухли. Звернулася до лікаря.

Об'єктивно: у правій піднижньощелепній області пальпується дуже болісний розлитий інфільтрат, який займає усю область. Шкіра над ним гіперемована, не збирається у складку. Визначається незначна зона флуктуації у центрі інфільтрату. Колатеральний набряк розповсюджується на позаду щелепну область, нижні відділи щічної області, верхні відділи шиї справа, а також підпідборідну область. Відкривання рота 1,0-1,5см, болісне. В порожнині рота слизова оболонка щелепно-язикового жолобка та під'язикової області справа набрякла, пальпація болісна, біль іррадіює в піднижньощелепну область. В 4.5 зубі – глибока каріозна порожнина, болісна при зондуванні. Перкусія болісна. При рентгенологічному обстеженні в області верхівки кореня 4.5 зуба – осередок розрідження кісткової тканини з нечіткими межами. Зуб раніше лікований, канали запломбовані неповністю.

1. Встановіть діагноз.
2. Наведіть методику оперативного втручання.
3. Укажіть анатомічні межі піднижньощелепної області.

Алгоритм рішення:

1. Флегмона правої піднижньощелепної області. Загострення хронічного періодонтиту 4.5 зуба. Хірургічне лікування полягає у видаленні причинного зуба, розкритті флегмони, проведення медикаментозної терапії.
2. Після проведення премедикації та знеболювання, проводиться розріз у правій піднижньощелепній області паралельно нижньому краю нижньої щелепи, відступивши від нього на 1,5-2,0см, щоби не ушкодити крайову гілку лицевого нерва. Краще розріз орієнтувати за ходом верхньої шийної складки. Розсікаємо шкіру, підшкірну клітковину, підшкірний м'яз з фасцією. Далі тупим шляхом, використовуючи тупий кровоспинний затискач, препаруємо поверхневий листок власної фасції шиї. Далі тупо проходимо у піднижньощелепну область. Після розкриття та ревізії гнійного осередку, вводять поліхлорвінілові перфоровані трубки або гумові випускники. Асептична пов'язка.
3. Нагорі – щелепно-під'язиковий м'яз, знизу – поверхневий листок власної фасції шиї, під ним – підшкірні м'яз і фасція, підшкірна клітковина, шкіра. Зовні – внутрішня поверхня тіла нижньої щелепи. Попереду та зсередини – переднє черевце двочеревцевого м'язу, позаду та зсередини – заднє черевце двочеревцевого м'язу. Піднижньощелепна область вміщує піднижньощелепну слинну залозу, лімфатичні вузли, лицеву артерію та вену.

- Контрольні питання

1. Анатомічні простори щелепно-лицевої ділянки.
2. Шляхи розповсюдження інфекції в щелепно-лицевій ділянці.
4. Знати анатомію щелепно-лицевого відділу.
5. Знати анатомію підщелепного трикутника.

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

ЗАТВЕРДЖЕНО
на засіданні кафедри хірургічної стоматології
та клінічних дисциплін
Завідувач кафедри
к. мед. н., доц. Гема-Багіна Н. М.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

Курс V; Факультет Стоматологічний

Навчальна дисципліна: Хірургічна стоматологія

Субординатура

Тема № 9. Флегмона орбіти. Флегмони виличної, жувальної, привушної ділянки. Флегмони крило-піднебінного простору, підскроневої та скроневої ямки. Приглоткова флегмона. Флегмона дна порожнини рота, язика та шиї, ангіна Жансуля-Людвіга. Ускладнення та їх профілактика. Принципи лікування запальних процесів щелепно-лицевої ділянки.

1. Актуальність теми.

В наш час проблема флегмон дуже актуальна. Адже чим нижче економічна ситуація в країні тим вище стоїть проблема флегмони. Адже не своєчасне лікування зубів в стоматолога рано чи пізно призводить до розвитку флегмон. Ці проблеми рівнозначні як серед міського так і сільського населення.

2. Конкретні цілі:

- Аналізувати знати статистику, класифікації, особливості етіології та патогенезу, клінічні ознаки запальних процесів щелепно-лицевої ділянки.
- Пояснювати методи діагностики поверхневих та глибоких одонтогенних флегмон щелепно-лицевої ділянки.
- Запропонувати обстеження хворого з поверхневими та глибокими одонтогенними флегмонами щелепно-лицевої ділянки.
- Класифікувати поверхневі та глибокі одонтогенні флегмони щелепно-лицевої ділянки.
- Тракувати теоретичні та клінічні дослідження проблемних питань одонтогенних флегмон щелепно-лицевої ділянки.
- Малювати схеми розповсюдження флегмон ЩЛД.
- Проаналізувати план лікування з одонтогенними флегмонами щелепно-лицевої ділянки.
- Скласти план обстеження та лікування хворих з одонтогенними флегмонами щелепно-лицевої ділянки.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція).

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. Терапевтична стоматологія	Причини виникнення, профілактику 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.
5. Патологічна фізіологія	Стадії розвитку запальних процесів, патогенез утворення гною в тканинах.

4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття та на занятті.

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
1. Флегмона.	Це гнійне розлите запалення яке захоплює декілька анатомічних просторів.
2. Флюктуація	Це коливання рідини в вогнищі запалення.
3. Тризм	Це порушення функції м'яза при заленнях.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

- 1.Анатомія щелепно лицеві ділянки.
2. Простори щелепно лицеві ділянки.
3. Шляхи розповсюдження інфекції по щелепно лицевим просторам.

4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Обстеження хворого з флегмоною крилощелепного простору.
2. Вміти пальпаторно визначати флюктуацію в вогнищі запалення.

Зміст теми:

Флегмона – гостре, гнійне розлите запалення клітковини, яке має тенденцію подальшого розповсюдження.

Аденофлегмони розвиваються в результаті гнійного розплавлення лімфатичних вузлів.

Флегмона очноямкової ділянки локалізується в клітковині очної ямки.

Клініка: екзофтальм очного яблука та обмеження його. Цьому сприяє набряк перехідного рубця кон'юнктиви (хемоз). Повіки набрякли.

Лікування. Розріз шкіри при ній виконується по нижньо-зовнішньому краю очної ямки. В глибину очної впадини підходять тупо по нижньобоковій поверхні очної ямки.

Флегмона виличної ділянки.

Клініка. Скарги на біль який іррадіює в скроню та підочну ділянку, можливе обмежене відкривання рота.

Лікування. 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.

Субмасетеріальна флегмона може виникати у клітковині під жувальним м'язом.

Клініка. Набряк нижнього відділу привушно - жувальної ділянки. Центральна частина цього набряку візуалізується над кутом 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 parotidei).

Запальний процес розповсюджується з вогнищ в 48, та 38 зубах. По лімфогенним шляхам з ділянки верхніх молярів.

Клініка. Скарги на біль в привушно – жувальному просторі який посилюється при відкриванні рота. Обличчя асиметричне за рахунок набряку тканин в привушно – жувальній ділянці.

Лікування. Відступивши на 1,5-2 см назовні від кута нижньої щелепи, оточуючим розрізом навколо нього розсікають шкіру з підшкірною клітковиною, фасцією 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 скроневим апоневрозом;
- серединні – між апоневрозом і скроневим м'язом;
- глибокі – під скроневим м'язом;
- розлиті, які поширюються на всі згадані вище шари.

По передньому краю скроневого м'яза розрізають шкіру, підшкірну клітковину, апоневроз м'яза, а в тих випадках, коли цього потребують умови, пальцем у рукавичці проходять під скроневим м'яз і розкривають гнійник. Якщо виявлена розлита флегмона, то доцільно зробити півколовий розріз у місці прикріплення скроневого м'яза та його апоневрозу (linea temporalis). При наявності глибоких гнійників скроневої 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.

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. Відкривання 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 утрудненим 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. Відкривання рота обмежене внаслідок запальної контрактури медіального крилоподібного м'яза III ступеню.

Огляд порожнини рота ускладнений. Вводять широкий шпатель між зубами верхньої і нижньої щелеп 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 її 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 передне 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 міжм'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 тонзиліту. 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, підязиково-язиковим і шилоязиковим м'язами розташовується рихла клітковина. В ділянці кореня язика є і інші щілиноподібні 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 міжм'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'єднувальних тканинних прошарках між парними м'язами язика, над щелепно-під'язиковим м'язом. Порівняно рідше абсцес буває в міжм'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 не різко 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 донизу 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 утруднене 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 утруднене, 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 дозадугу – між підборідно-язиковим і підязиково-язиковим м'язами, де виявляють скупчення ексудату. 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 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 навкологлотковий простори, спускатися в ділянку шиї. Одночасне ураження кореня язика, навкологлоткових 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 – корін язика і м'язи, що прикріплюються до шиловидного відростка; передньо зовнішня – 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, утруднене 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-коричневим 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 шиї 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 шиї.

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, розповсюджується догори 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 пухири. При пальпації інфільтрат щільний, ділянок флюктуації 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.

Слизова оболонка під'язикових складок різко піднята, 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 комірною 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 висхідне поширення інфекції. Запальне захворювання може ускладнюватися сепсисом, що супроводжується 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 обличчя і шиї. Абсцеси, флегмони обличчя і шиї 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, підчочномковій, виличній, скроневої ділянках. При гнійному розплавленні навколощелепних тканин гине поверхнева ділянка кістки.

Клінічна картина характеризується відсутністю регреса запальних явищ, гноетечею з рани, повторними загостреннями процесу. На рентгенограмі видно тонкі пластинкові секвестри по нижньому краю тіла, зовнішньої поверхні гілки нижньої щелепи, нижньоочномковому краю верхньої 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 диференціюють від одонтогенного остеомієліту, актиномікозу, туберкульозу 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 ший. У інших випадках спостерігається бурхливе і швидке поширення гнійного процесу в глибокі відділи ший. Розрізняють передні, задні і дифузні медіастиніти.

Медіастиніт виникає внаслідок поширення гнійної інфекції по міжм'язовій і міжфасціальній клітковині з навкологлоткового простору по піхві судинно-нервового пучка ший в передне середостіння або від дна порожнини рота, кореня язика через природний бар'єр в ділянку під'язикової кістки в клітковинний простір між парієнтальними і вісцелярними листками ендощервікальної фасції ший і уздовж трахеї в передне середостіння. Гнійний процес, внаслідок поширення уздовж передхребетної фасції, вражає задне 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, утруднене дихання.

Першими симптомами запального процесу є покашлювання, задишка. Потім виникають болі за грудиною, ший, що посилюються при нахилі або повороті, утруднення 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 поверхневе 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 ший з розвитком набряку, гіперемія шкіри передньої поверхні грудної клітки. При медіастиніті з'являється симптом Герке (закидання голови викликає посилення за грудиного болю), іноді – симптом Іванова (посилення болю за грудиною при зміщенні інфільтрату у верхньо-боковому відділі ший 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 контактного 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 короткочасної 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 дрениванням 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 обличчя і шиї.

Дренивання, промивання, діаліз, відсмоктування ексудату, лікарські речовини застосовують постійно. Загальне лікування - антибактеріальну, дезитоксикаційну, метаболізуючу, імуностимулюючу терапію, ГБО проводять диференційовано залежно від фази гнійного процесу. Добрі результати дають застосування екстракорпоральної детоксикації – гемосорбції, плазмофорезу 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 лицеву вени, відгалуження яких пов'язані з дрібними венами обличчя, носа, щік, верхньою і нижньою венами губ, підборіддя та ін.

Тромбофлебіт лицевих вен характеризується погіршенням загального стану, високою температурою тіла, ознобом і інтоксикацією. На обличчі за ходом кутової або лицевої вени з'являється болісний інфільтрат, вкритий гіперемійованою, іноді ціанотичною і спаяною з підлеглими тканинами шкірою. Виражений набряк навколишніх тканин, видно розширені підшкірні вени. У деяких хворих спостерігається швидка і часом блискавична течія процесу з розвитком тромбозу печеристої пазухи, менінгіту, менінгоінцефаліту, сепсису.

Тромбоз печеристого синуса твердої мозкової оболонки характеризується 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 обличчя. 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 – Бабинського або Оппенгейма. Захворювання має нерідко агресивну течію і може ускладнюватися втратою свідомості, осередковими симптомами, гемодинамічними змінами. При поширених флегмонах обличчя, ураженні 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 антибактериальних, десенсибілізуючих, дезинтоксикаційних, дегідратійних, антикоагуляційних лікарських препаратів поєднують з реанімаційними заходами. Застосовують гемосорбцію, плазмофорез, лімфосорбцію, підключення донорської селезінки. В динаміці контролюють лабораторні показники крові, сечі,

имунитету, 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 обличчя, фурункулах, карбункулах, ускладнених тромбозом печеристого синуса твердої мозкової оболонки, дуже серйозний.

Сепсис. Прогрес гнійно-некротичного запального процесу обличчя 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 обличчя і печеристого синуса твердої мозкової оболонки.

Виділяють наступні стадії сепсису: гнійно-резорбтивну 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 розвинути 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 украй 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 лімфосорбція, плазмафорез, 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, підскроневій ямці, скроневій 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 новокаїнових 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.

Матеріали для самоконтролю:

А. Завдання для самоконтролю:

1. Анатомічні простори щелепно лицеві ділянки.
2. Шляхи розповсюдження інфекції в щелепно лицевій ділянці.

Б. Задачі для самоконтролю:

Тестові завдання:

1. Чоловік, 43 років, звернувся до лікаря зі скаргами на болісне ковтання, обмежене відкривання рота. 3 дні тому почав боліти зруйнований зуб 3.7, наступного дня з'явився біль при ковтанні, ще через день почалося обмеження відкривання рота. Об'єктивно: невелика припухлість в лівій підщелепній області. Пальпується збільшений лімфатичний вузол. Рот відкривається на 1,5 см. Спостерігається набряк лівої піднебінної дужки і бічної стінки глотки. зуб 3.7 зруйнований, слизова оболонка навколо зуба набрякла, перкусія слабо болісна. Встановіть діагноз:

Варіанти відповіді:

- A. Одонтогенна флегмона крило-щелепного простору.
- B. Одонтогенна флегмона підщелепного простору.
- C. Одонтогенна флегмона навкологлоткового простору.
- D. Паратонзиллярний абсцес.
- E. Гострий підщелепний лімфаденіт.

Правильна відповідь:

- C. Одонтогенна флегмона навкологлоткового простору.

2. Пацієнт, 36 років, скаржиться на болісне, неможливе ковтання, погане самопочуття. Температура тіла – 38,5⁰C. У лівій підщелепній області невелика припухлість, болісна при глибокій пальпації, відкривання рота до 2 см, зуб 3.8 зруйнований, перкусія його болісна. Ліва бічна стінка глотки набрякла і вибухає всередину, гіперемована. Встановіть діагноз.

Варіанти відповіді:

- A. Лімфаденіт підщелепної області.
- B. Аденофлегмона підщелепної області.
- C. Одонтогенна навкологлоткова флегмона.
- D. Паратонзиллярний абсцес.
- E. Ангіна.

Правильна відповідь:

- C. Одонтогенна навкологлоткова флегмона.

3. Пацієнт був госпіталізований в щелепно-лицеве відділення з діагнозом одонтогенна флегмона дна порожнини рота. При госпіталізації загальний стан хворого важкий, положення в ліжку вимушене, сидяче з нахиленою вперед головою. Скаржиться на біль за грудниною, що посилюється при спробі нахилу голови назад, кашель, задишка. Яке ускладнення розвинулося у цього пацієнта.

Варіанти відповіді:

- A. Флегмона заглоткового простору.

- В. Флегмона ший.
- С. Медіастеніт.
- Д. Флегмона, кореня язика.
- Е. Флегмона навкологлоткового простору.

Правильна відповідь:

С. Медіастеніт.

4. Пацієнт Х., 42 років, скаржиться на погіршення загального самопочуття, підвищення температури тіла, ускладнене ковтання і дихання. Загальний стан хворого середньої тяжкості. Температура тіла 39,0⁰С. При огляді незначна асиметрія обличчя за рахунок припухлості м'яких тканин в лівій підщелепній області. Шкіра над припухлістю звичайного кольору, легко береться в складку. Пальпаторно визначається набряк. Відкривання рота ускладнене (контрактура II-III ступеню). При огляді порожнини рота – гіперемія, набряк піднебінних дужок і язичка, вибухання лівої бічної стінки глотки до середньої лінії, а язичка вправо. Який найвірогідніший діагноз Ви поставите?

Варіанти відповіді:

- А. Флегмона навкологлоткового простору.
- Д. Флегмона крилоподібно-щелепного простору.
- С. Флегмона піднижньощелепного простору.
- Д. Флегмона позаду щелепного простору.
- Е. Абсцес щелепно-язикового жолобка.

Правильна відповідь:

А. Флегмона навкологлоткового простору

5. Чоловік, 54 років, звернувся через 5 днів після видалення 2.7 зуба. Зуб видалений під туберальною і піднебінною анестезією. Скаржиться на біль і утруднене відкривання рота. Температура тіла 38,0⁰С, загальний стан важкий, незначна асиметрія обличчя за рахунок набряку скроневої області в нижньому відділі. Контрактура III ступеню. З боку порожнини рота – набряк слизової оболонки по перехідній складці зліва в області молярів верхньої щелепи. Пальпація за бугром верхньої щелепи різко болісна. Який найвірогідніший діагноз?

Варіанти відповіді:

- А. Флегмона лівої підщелепної області.
- В. Флегмона лівої скроневої області.
- С. Флегмона лівої підскроневої області.
- Д. Гострий гнійний періостит лівої верхньої щелепи.
- Е. Флегмона лівої привушно-жувальної області

Правильна відповідь:

С. Флегмона лівої підскроневої області.

6. У хворого, 56 років, важкий загальний стан. Температура тіла 39,9⁰С. Об'єктивно: обличчя асиметричне за рахунок інфільтрату підпідборідної й

обох підщелепних просторів. Мовлення ускладнене, внаслідок зміщення язика догори, ковтання болісне. Під'язикові валики різко набряклі, гіперемовані. Поставте діагноз.

Варіанти відповіді:

- A. Флегмона підпідборідної області.
- B. Абсцес щелепно-язикового жолобка.
- C. Флегмона дна порожнини рота.
- D. Абсцес кореня язика.
- E. Флегмона підщелепної області.

Правильна відповідь:

- C. Флегмона дна порожнини рота.

7. Чоловік, 40 років, звернувся зі скаргами на припухлість в області лівої щоки, відчуття ознобу. Під час обстеження виявлена асиметрія обличчя за рахунок припухлості в області лівої верхньої щелепи. В області горба лівої верхньої щелепи визначається щільний, болісний інфільтрат. Шкіра над інфільтратом щільна, болісна, у складку не збирається. Рот майже не відкриває. Біль іррадіює у скроню й око. У порожнині рота зуб 2.7 зруйнований. Для якого захворювання характерна дана клінічна картина?

Варіанти відповіді:

- A. Флегмона скроневої області.
- B. Флегмона щоки.
- C. Флегмона підскроневої і крилопіднебінної ямок.
- D. Флегмона навкологлоткового простору.
- E. Флегмона крилощелепного простору.

Правильна відповідь:

- C. Флегмона підскроневої і крилопіднебінної ямок.

8. У пацієнта, 48 років, важкий загальний стан, $t - 39,8^{\circ}\text{C}$, асиметрія обличчя за рахунок інфільтрату у області підпідборідного та обох піднижньощелепних трикутників. Мовлення утруднене за рахунок зміщення язика вгору. Ковтання болісне. Під'язикові валики значно гіперемовані та набряклі. Який діагноз є найвірогіднішим?

Варіанти відповіді:

- A. Флегмона кореня язика.
- B. Флегмона області підпідборідного трикутника.
- C. Флегмона дна порожнини рота.
- D. Флегмона щелепно-язикового жолобка.
- E. Флегмона області піднижньощелепного трикутника.

Правильна відповідь:

- C. Флегмона дна порожнини рота.

9. Пацієнт, 42 років, госпіталізований до клініки в тяжкому стані: млявий, температура тіла - $39,1^{\circ}\text{C}$, різко болючий інфільтрат дна порожнини рота та правої підщелепної області. Шкіра над інфільтратом напружена, синюшного

кольору. Під час пальпації під шкірою відчувається крепітація. Який діагноз можна поставити у даному випадку?

Варіанти відповіді:

- A. Аденофлегмона дна порожнини рота.
- B. Гнилісно-некротична флегмона дна порожнини рота.
- C. Злоякісна пухлина дна порожнини рота.
- D. Актиномікоз дна порожнини рота.
- E. Одонтогенна флегмона дна порожнини рота.

Правильна відповідь:

- B. Гнилісно-некротична флегмона дна порожнини рота.

10. Пацієнту, 35 років, два дні тому під місцевою анестезією проводилось лікування карієсу 2.7, 2.8 зубів. Після відвідування лікаря, пацієнт виявив незначну припухлість у лівій скроневій області. Впродовж наступного дня температура підвищилася до 38,5°C. Об'єктивно: набряк лівих скроневої і привушно-жувальної областей (симптом "пісочного годинника"), набряк повік лівого ока. Відкривання рота до 0,5 см, болісне. Пальпація скроневої області безболісна. За горбом лівої верхньої щелепи визначається різко болісний інфільтрат, слизова оболонка у цій області гіперемована, набрякла. Який найімовірніший діагноз?

Варіанти відповіді:

- A. Абсцес лівої підчочномкової області.
- B. Флегмона лівих підскроневої та крило-піднебінної ямок.
- C. Флегмона лівої підскроневої ямки.
- D. Абсцес лівої скроневої області.
- E. Гострий гнійний періостит лівої верхньої щелепи.

Правильна відповідь:

- B. Флегмона лівих підскроневої та крило-піднебінної ямок.

- Ситуаційні задачі:

Задача 1.

Пацієнтка, 28 років, звернулася на 3 добу після видалення зуба 1.6. У місці ін'єкції помітила м'яку слабо болісну припухлість з синюшним відтінком. Скаржить на біль за верхньою щелепою, що іррадіює в скроню, око, половину голови. Об'єктивно: температура тіла 37,8°C. Обличчя асиметричне за рахунок набряку м'яких тканин правої щічної, виличної, нижньої частини скроневої області. Спостерігається контрактура. У порожнині рота в лунці видаленого зуба 1.6 кров'яний згусток. По перехідній складці справа на рівні 1.8 слизова оболонка гіперемована, набрякла, при пальпації різко болісна. Ваш попередній діагноз?

Варіанти відповіді:

- A. Гострий періостит правої верхньої щелепи від зуба 1.6.
- B. Постін'єкційна флегмона правої виличної області.
- C. Постін'єкційна флегмона правої підскроневої ямки.
- D. Одонтогенна флегмона правої скроневої області від зуба 1.6.
- E. Одонтогенна флегмона правої підскроневої ямки від зуба 1.6.

Правильна відповідь:

С. Постін'єкційна флегмона правої підскроневої ямки.

Алгоритм рішення:

Для встановлення попереднього діагнозу слід звернути увагу на такі дані: контрактура, у лунці видаленого зуба 1.6 кров'яний згусток; по перехідній складці справа на рівні 1.8 слизова оболонка гіперемована, набрякла, при пальпації різко болісна. Вищенаведене дає змогу поставити попередній діагноз – постін'єкційна флегмона правої підскроневої ямки.

Задача 2.

Пацієнтка Б., 65 років, звернулася у відділення ЩЛХ зі скаргами на набряк в області кута нижньої щелепи, біль та важкість при ковтанні, обмежене відкривання рота. Із анамнезу відомо, що тиждень тому болів зуб 4.8.

Клінічно: набряк та гіперемія м'яких тканин по крило-щелепній складці, половини м'якого піднебіння та випинання бокової стінки глотки, піднебінний язичок відхилений вбік. Вкажіть клінічний діагноз?

Варіанти відповіді:

- А. Флегмона приглоткового простору.
- В. Флегмона крило-щелепного простору.
- С. Абсцес кореня язика.
- Д. Флегмона позадущелепної області.
- Е. Флегмона піднижньощелепної області.

Правильна відповідь:

А. Флегмона приглоткового простору

Алгоритм рішення:

Для встановлення клінічного діагнозу слід звернути увагу на скарги пацієнтки (на набряк в області кута нижньої щелепи, біль та важкість при ковтанні, обмежене відкривання рота) та дані об'єктивного обстеження (набряк та гіперемія м'яких тканин по крило-щелепній складці, половини м'якого піднебіння та випинання бокової стінки глотки, піднебінний язичок відхилений вбік), які дозволяють обрати правильну відповідь А.

Задача 3.

У відділення щелепно-лицевої хірургії, госпіталізований пацієнт з флегмоною кореня язика. Який оперативний доступ розтину флегмони кореня язика?

Варіанти відповіді:

- А. Вутрішньоротовий розріз.
- В. Комірковоподібний розріз
- С. Серединний розріз.
- Д. Піднижньощелепний розріз.
- Е. Розріз, що облямовує кут нижньої щелепи.

Правильна відповідь:

С. Серединний розріз.

Алгоритм рішення:

Виходячи з принципів хірургічної анатомії при флегмоні язика показаний серединний розріз.

Задача 4.

Пацієнт, 35 років, госпіталізований із скаргами на різкі болі в язиці, труднощі при мовленні, неможливість ковтання, пережовування їжі. Також зазначає появу незначної припухлості у верхніх відділах шиї. Три дні тому травмував язик в задній третині рибною кісткою. Кістку видалив ЛОР-лікар, відпустив додому. Після цього біль підсилювався, з'явилося відчуття збільшення об'єму язика. Знов звернувся до ЛОР-лікаря, який направив його у відділення ЩЛХ. Об'єктивно: рот напіввідкритий, витікає слина. Є набряк задніх відділів підпідборідної області та верхніх передніх відділів шиї. При глибокій пальпації визначається різко болісний інфільтрат над під'язиковою кісткою. Язик збільшений у розмірі, набряклий, обкладений сірим нальотом. Рухи язика вперед різко болісні. Різка болісність визначається також при надавлюванні на язик згори вниз, особливо у задній третині. Слизова оболонка щелепно-язикових жолобків з обох боків і під'язикової області набрякла та вибухає. При пальпації в області кореня язика визначається значний, різко болісний запальний інфільтрат. При рентгенологічному дослідженні патологічних змін кісткової тканини не виявлено.

1. Встановіть діагноз.
2. Складіть план лікування.
3. Які заходи слід провести для усунення ускладнень в ранньому післяопераційному періоді.

Алгоритм рішення:

1. Діагноз: флегмона кореня язика.
2. План лікування: розкриття флегмони, загальна та місцева протизапальна, симптоматична та загальнозміцнююча терапія.
3. Перед операцією розкриття флегмони пацієнту доцільно накласти трахеостому щоби уникнути розвитку стенотичної асфіксії унаслідок значного набряку у ранньому післяопераційному періоді.

Задача 5.

Пацієнт, 38 років, знаходиться на лікуванні в клініці впродовж тижня з діагнозом: флегмона дна порожнини рота. Впродовж перших 3-х днів після лікування, стан пацієнта незначно покращився, потім знов стало погіршуватися. Відбулось розповсюдження запального процесу на передньо-бокову поверхню шиї. В даний момент стан пацієнта важкий. Шкіра та видимі слизові оболонки бліді, землистого відтінку. На шкірі тіла є багато гнійників. Пацієнт знаходиться в коматозному стані. При пальпації визначається значна болісність в області печінки та правого тазостегнового суглобу. Тони серця приглушені.

1. Встановіть діагноз.
2. Яких відомостей не вистачає для уточнення діагнозу?
3. Складіть план лікувальних заходів.

Алгоритм рішення:

1. Можна припустити розвиток у пацієнта одонтогенного сепсису. Про це свідчить різке погіршення стану пацієнта на фоні терапії, яка проводилася, розповсюдження процесу на сусідні клітковинні простори. Про генералізацію процесу свідчить наявність гнійників на шкірі, біль при пальпації печінки та правого тазостегнового суглобу, які свідчать про розвиток в них метастатичних гнійних осередків.
2. Не вистачає відомостей, які характеризують симптоми інтоксикації пацієнта: лихоманка, показники крові, сечі, АТ, пульсу. Немає відомостей про результати посівів периферичної крові на мікрофлору.
3. а) перевід пацієнта у відділення інтенсивної терапії;
б) ревізія розкритих клітковинних просторів, за необхідності – до розкриття;
в) консультація загального хірурга;
д) проведення масованої фармакотерапії, спрямованої на знищення інфекційного агента, корекцію загальних порушень в організмі, підтримка та відновлення життєво важливих функцій.

Література:

Основна:

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицевої хірургія: підручник / [В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін.] - К.: ЛОГОС, 2011. У 2 т. - Т. 1. - 669 с.
2. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицевої хірургія: підручник / [В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін.] - К.: ЛОГОС, 2011. У 2 т. - Т. 2. - 606 с.
3. Тимофеев А. А. Керівництво по щелепно-лицевої хірургії та хірургічної стоматології: [Підручник. 5-е изд., Перераб. і доп.] / Тимофеев А. А. - К.: Червона Рута-Турс, 2012. - тисячі сорок вісім с. : іл.
4. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: Національне керівництво / За ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.І. Неробеева. - М.: Медицина, 2010. - 982с.

Додаткова:

1. Рузін Г. П. Короткий курс лекцій з хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії / Геннадій Петрович Рузін - К.: «Книга плюс», 2006. - 231 с.
2. Тимофеев О.О. Тести контролю знань за фахом «Щелепно-лицева хірургія і хірургічна стоматологія»: [Навч. посібн.-5-е вид., Перероб. і доп.] / О.О.Тимофеев К.: Червона Рута-Турс, 2010. - 256 с.
3. Довідник по стоматології. Під ред. члена-кор. РАМН проф. В.М. Безрукова, М.: Медицина, 2011. - 656 с.

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

ЗАТВЕРДЖЕНО
на засіданні кафедри хірургічної стоматології
та клінічних дисциплін
Завідувач кафедри
к. мед. н., доц. Гема-Багіна Н. М.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

Курс V; Факультет Стоматологічний

Навчальна дисципліна: Хірургічна стоматологія

Субординатура

Тема № 10. Доброякісні пухлини і кісти слинних залоз. Пластичне усунення слинних нориць. Судинні пухлини і родимі плями. Імунологічна концепція розвитку пухлин.

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Діагностика захворювань слинних залоз незапального характеру традиційно представляє великі труднощі для практичного лікаря, оскільки такі захворювання на масовому прийомі зустрічаються порівняно рідко. Знання особливостей клінічних проявів, методів діагностики хворих з пухлинами і норицями слинних залоз є необхідною умовою встановлення правильного діагнозу та вибору методу лікування.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати причини виникнення новоутворень слинних залоз.
- 2.2. Пояснювати топографо-анатомічні особливості великих і малих слинних залоз.
- 2.3. Запропонувати план обстеження хворого з підозрою на наявність новоутворення слинної залози.
- 2.4. Класифікувати пухлини слинних залоз.
- 2.5. Тракувати різні варіанти хірургічного лікування пухлин слинних залоз.
- 2.6. Малювати схему топографії лицьового нерва в товщі привушної слинної залози.
- 2.7. Проаналізувати віддалені результати хірургічного лікування змішаних пухлин.
- 2.8. Скласти план лікування хворого з доброякісною пухлиною слинної залози.

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

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 слинної залози.
4. Загальна онкологія.	Скласти план обстеження хворого з онкозахворюванням.

4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ.

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
Кавернозна (печериста) гемангіома	Це більш глибоко розташована пухлина, частіше в м'яких тканинах шиї. У таких випадках шкіра над пухлиною не змінена. Консистенція новоутворення м'яка, нечіткі краї.
Гілляста гемангіома	Складається з звивистих товстостінних венозних і артеріальних судин, розташованих в шкірі і м'яких тканинах шиї. Венозно-артеріальна гемангіома зазвичай підноситься над поверхнею шкіри, яка має рожевий або синюшний колір і м'яку консистенцію.
Плоска гемангіома	Це пляма рожевого або фіолетового забарвлення. Насиченість кольору змінюється при зміні температури навколишнього середовища.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

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 норниць 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.

4.3. Практичні питання (завдання), які розбираються на занятті:

Провести курацію хворого з доброякісним новоутворенням слинної залози.

1. Оволодіти основним методами обстеження пацієнта з доброякісним новоутворенням слинної залози
2. Провести додаткові методи обстеження пацієнта з доброякісним новоутворенням слинної залози
3. Провести диференційну діагностику доброякісного новоутворення привушної слинної залози
6. Заповнити амбулаторну медичну картку пацієнта з доброякісним новоутворенням слинної залози
7. Скласти план лікування пацієнта з доброякісним новоутворенням слинної залози

ЗМІСТ ТЕМИ:

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. Серед епітеліальних пухлин виділяють аденоми - поліморфну і мономорфну з її різновидами, мукоепідермоїдну пухлину, а також групу карцином-аденокістозну, епідермоїдну, карциному в поліморфній аденомі. Ці новоутворення локалізуються як у великих, так і в малих слинних залозах. 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 слинних 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 слинних 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 мають чіткі межі на відміну від злоякісного новоутворення, при якому видзначається дефект заповнення протоки, 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. Поліморфна аденома росте безболісно, повільно, впродовж декількох років і може досягати великих розмірів. При локалізації аденоми в привушній слинній залозі парезу м'язової 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 крошкоподібної білуватої маси. Макроскопічно поліморфна аденома є пухлиною в тонкій 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 мезенхімоподібні 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, щопці, губах, язика, висікають в межах неуражених тканин. Особливість операції на привушній слинній залозі пов'язана з розгалуженням лицевого 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.

Гістологічна структура пухлини однорідна, в її складі на відміну від поліморфної аденоми відсутня мезенхімоподібна тканина. Розрізняють гістологічні різновиди - аденолімфому, оксифільну аденому і інші типи. При аденолімфомі хворі нерідко відмічають періодичне збільшення або зменшення пухлини, що пов'язано, мабуть, з реакцією лімфоїдного компонента стромы 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 злякисну течію, але відрізняється від раку порівняно повільним ростом (до 2-3 років), метастазує лімфогенним шляхом. Макроскопічно пухлина сіро-білого кольору з дрібними порожнинами, заповненими слизом. Мікроскопічно вона характеризується наявністю клітин багатошарового 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. 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 реактивний - прояв аутоімунного або ревматоїдного захворювання слинних залоз.

Сіалоз характеризується двохстороннім ураженням привушних, рідше піднижньощелепних слинних залоз. При тривалому існуванні сіалоз переходить в ліпоматоз залоз. Гістологічно відзначаються гіпертрофія серозних ацинарних клітин, набряк строми, атрофія протоків, відсутність запальної інфільтрації.

При онкоцитозі спостерігається дифузне збільшення залоз. Гістологічно визначають так звані онкоцити - клітини, що є результатом вікової зміни залізистого епітелію і протоків. **Кісти слинних залоз** вони 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 привушна залози. **Ретенційна кіста** частіше утворюється в малій слинній залозі нижньої губи, рідше - щоки, переднього відділу дна порожнини рота, нижньої поверхні верхівки язика і піднебіння. 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 переднебічному 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. Рoste повільно, місяцями, не заподіює болю. Досягши значного розміру вона порушує мову, утруднює прийом їжі. Іноді кіста може поширюватися за середню лінію дна порожнини рота, зміщуючи язик назад 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 піднижньощепної слинної залози зустрічається значно рідше, ніж ранула. Розташовується вона в піднижньощелепному трикутнику і є безболісним утворенням м'якої консистенції. Рoste 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 слинової залози не відрізняються від стінок кіст інших слинових залоз.

Кісту привушної слинової 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. 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 невідмежоване 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, гронаподібну ангиоми 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 лица і деформацію органів порожнини рота. Визначається горбиста синьо-багрового кольору пухлина м'якої консистенції, безболісна, в глибині якої можуть пальпуватися невеликі щільні включення - ангиоліти, що проєктуються на рентгенограмі. Характерний симптом наповнення: натискання на пухлину веде до зменшення її за рахунок того, що запусіває порожнина, при нахилі голови відзначаються наповнення і збільшення

розмірів пухлини. Локалізуючись на язичку, губі, пухлина викликає не лише її 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 кровоносних 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 посудин, що приводять і відводять. Склерозуюча терапія заснована на розвитку асептичного запалення в пухлині, що веде до рубцювання і 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 посудин 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 внутрішньо тканинній 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. Криодеструкція може бути здійснена аплікаційним методом і способом «відкритого струменя». При капілярній гемангіомі криодиструкцією 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 ауто трансплантатом. Посічення розповсюдженої кавернозної, гронаподібної 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 променеву 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. Лікування симптоматичне. Телеангіоектазії, що кровоточать, коагулюють, іноді висікають. 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 (цифому)*. 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, макрогლოსії, 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 препарують уражену слизову оболонку у вигляді панчохи та висікають 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 самотійно 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 веретенклеточний 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 ву 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 аутоотрансплантата 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.

МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

Тестові завдання :

1. Пацієнт, 17 років, скаржиться на наявність пухлини на нижній губі. З анамнезу з'ясовано що пухлина була виявлена відразу після народження, росла повільно. За останній рік різко збільшилася у розмірі. При огляді на нижній губі є пухлина червоного кольору, вона м'яка, при натисканні спустошується та блідне. Який попередній діагноз?

Варіанти відповіді:

- A. Лімфангіома нижньої губи.
- B. Гемангіома нижньої губи.
- C. Пігментний невус.
- D. Травматична кіста нижньої губи.
- E. Ретенційна кіста нижньої губи.

Правильна відповідь:

- B. Гемангіома нижньої губи.

2. Жінка, 50 років, скаржиться на наявність новоутворення на нижній губі зі сторони порожнини рота. Утворення з'явилося місяць тому, збільшується в розмірах. Об'єктивно: в товщі нижньої губи утворення круглої форми, еластичне, безболісне. Слизова оболонка в кольорі не змінена. Ваш діагноз?

Варіанти відповіді :

- A. Фіброма губи.
- B. Абсцес губи.
- C. Папілома губи.
- D. Ретенційна кіста нижньої губи.
- E. Ліпома губи.

Правильна відповідь:

- D. Ретенційна кіста нижньої губи.

3. До хірурга-стоматолога звернувся пацієнт зі скаргами на асиметрію обличчя. Об'єктивно: в ділянці привушної слинної залози виявлено безболісну, рухому, округлої форми з горбистою поверхнею пухлину щільної та еластичної консистенції. Пухлина повільно збільшувалась впродовж декількох років. Якому захворюванню характерна така клінічна картина?

Варіанти відповіді :

- A. Хвороба Мікуліча.
- B. Мукоепідермальна пухлина.
- C. Кавернозна гемангіома.
- D. Хронічний паренхіматозний сіалоаденіт.
- E. Плеоморфна аденома.

Правильна відповідь:

Е. Плеоморфна аденома.

4. Пацієнтка, 52 років, близько 8 років тому виявила в правій привушно-жувальній області болісну ділянку, яка поступово збільшується. Об'єктивно: новоутворення щільне, з горбистою поверхнею, малорухливе, діаметр 4 см, розташоване глибоко, не пов'язане зі шкірою. Функція лицевого нерва не порушена. Слина виділяється вільно. Який найвірогідніший діагноз?

Варіанти відповіді :

- А. Хронічний паренхіматозний паротит.
- В. Слиннокам'яна хвороба.
- С. Паротит Герценберга.
- Д. Змішана пухлина (плеоморфна аденома) привушної слинної залози.
- Е. Рак привушної слинної залози.

Правильна відповідь:

Д. Змішана пухлина (плеоморфна аденома) привушної слинної залози.

5. Пацієнтці, 48 років, проведено паротидектомію з приводу доброякісної пухлини привушної слинної залози. У післяопераційному періоді спостерігається опущення кута рота, зміщення серединної лінії в здорову сторону, утруднення мовлення. Яка з гілок лицевого нерву уражена при оперативному втручанні?

Варіанти відповіді :

- А. Скронева гілка.
- В. Вилична гілка.
- С. Щічна гілка.
- Д. Крайова гілка нижньої щелепи.
- Е. Шийна гілка.

Правильна відповідь:

Д. Крайова гілка нижньої щелепи.

6. До стоматолога-хірурга звернувся пацієнт, 36 років, з припухлістю привушної області. Після проведення контрастного рентгендослідження на сіалограмі наявний чітко обмежений дефект наповнення ацинусів і протоків залози відповідно до локалізації і розмірів пухлини, порушення безперервності протоків не виявлено. Для якого захворювання характерна така сіалограма?

Варіанти відповіді :

- А. Хронічного паренхіматозного паротиту.
- В. Хронічного інтерстиціального паротиту.
- С. Хвороби Шегрена.
- Д. Змішаної пухлини.
- Е. Злоякісної пухлини.

Правильна відповідь:

Д. Змішаної пухлини.

7. До хірурга-стоматолога звернувся пацієнт, 57 років, із скаргою на асиметрію обличчя. Об'єктивно: в ділянці привушної слинної залози виявлено безболісну, рухому, округлої форми з горбистою поверхнею пухлину щільно-еластичної консистенції. Пухлина має тенденцію до повільного зростання. Який метод додаткового обстеження провести найраціональніше?

Варіанти відповіді :

- A. Цитологічне дослідження слини.
- B. Рентгенологічне дослідження.
- C. Пункційну біопсію.
- D. Інцізійну біопсію.
- E. Аспіраційну біопсію.

Правильна відповідь:

- C. Пункційну біопсію.

8. До хірурга-стоматолога звернувся пацієнт, 57 років, із скаргою на асиметрію обличчя. Об'єктивно: в ділянці привушної слинної залози виявлено безболісну, рухому, округлої форми з горбистою поверхнею пухлину щільно-еластичної консистенції, до 2 см в діаметрі. Пухлина має тенденцію до повільного зростання. Який метод лікування необхідно обрати у даному випадку?

Варіанти відповіді :

- A. Часткова паротидектомія зі збереженням цілості гілок лицевого нерву.
- B. Тотальна паротидектомія зі збереженням цілості гілок лицевого нерву.
- C. Тотальна паротидектомія без збереження цілості гілок лицевого нерву.
- D. Променеве лікування з курсом поліхіміотерапії.
- E. Тотальна паротидектомія з видаленням шийних лімфатичних вузлів.

Правильна відповідь:

- A. Часткова паротидектомія із збереженням цілості гілок лицевого нерву.

9. Пацієнтка, 57 років, звернулася до лікарні зі скаргами на наявність пухлини в лівій привушній області, яка існує 3 роки. За останні півроку пухлина значно збільшилася. При огляді в лівій привушній області виявляється малорухома пухлина, часточкова, дещо болісна при пальпації. Шкіра над нею береться в складку, верхній її відділ має чіткі межі, нижній – йде в товщу залози. Розміри пухлини 3x2,5см. Визначте попередній діагноз.

Варіанти відповіді :

- A. Хронічний паротит.
- B. Фіброма.
- C. Аденома.
- D. Мукоепідермоїдна пухлина.
- E. Рак привушної залози.

Правильна відповідь:

- D. Мукоепідермоїдна пухлина.

10. Пацієнт скаржиться на наявність м'якого безболісного утворення на слизовій оболонці лівої щічної ділянки, яке з'явилося близько 3 місяців після неодноразового прикушування щоки при зубному протезуванні. На межі слизової оболонки нижньої губи і щоки зліва визначається новоутворення 1х1 см округлої форми, безболісне, з чіткими контурами, обмежено-рухливе. Слизова оболонка над ним витончена, напівпрозора. Який найімовірніший діагноз?

Варіанти відповіді :

- A. Папілома.
- B. Фіброма.
- C. Кавернозна гемангіома.
- D. Ретенційна кіста слизової оболонки щоки.
- E. Дермоїдна кіста.

Правильна відповідь:

- D. Ретенційна кіста слизової оболонки щоки.

Ситуаційні завдання:

Задача 1.

Пацієнтка, 18 років, звернулась до лікаря-стоматолога на консультацію з приводу наявності новоутворення лобної області. В лобній області наявна рожево-червона пляма шкіри напівкруглої форми із чіткими контурами та розміром 3-4 см. При натискуванні на цю ділянку пальцями шкіра змінюється у кольорі – стає білішою. При зупиненні тиску шкіра набуває попереднього рожево-червоного кольору. При нахилі голови пляма стає більш насиченою в кольорі і збільшується в об'ємі. Коли пацієнтка піднімає голову – пляма поступово набуває червоно-рожевого кольору. Ваш діагноз.

Варіанти відповіді :

- A. Капілярна гемангіома.
- B. Кавернозна гемангіома.
- C. Родима пляма (невус).
- D. Лімфангіома.
- E. Нейрофіброматоз.

Правильна відповідь:

- A. Капілярна гемангіома.

Алгоритм рішення:

1. Необхідно звернути увагу на клінічні симптоми – наявна рожево-червона пляма, напівкруглої форми, з чіткими контурами, розміром 3-4 см. Головна клінічна ознака – при натисканні шкіра змінюється у кольорі – стає білішою. При зупиненні тиску шкіра набуває попереднього рожево-червоного кольору. При нахилі голови пляма стає більш насиченою в кольорі і збільшується в об'ємі. Коли пацієнтка піднімає голову – пляма поступово набуває червоно-рожевого кольору.
2. Відповіді B, C, D, E не відповідають клінічній картині.

Задача 2.

Пацієнт, 27 років, звернувся зі скаргами на асиметрію обличчя. З його слів асиметрія обличчя з'явилася в 15 років, поступово збільшувалася. При об'єктивному дослідженні встановлено збільшення об'єму тканин у правому піднижньощелепному трикутнику. При пальпації тканини в цій ділянці м'яко-еластичної консистенції. Шкірні покриви над утворенням із синюшним відтінком, симптом “Стиснення і наповнення” позитивний. Про який патологічний процес слід думати?

Варіанти відповіді:

- A. Кістозна лімфангіома.
- B. Проста лімфангіома.
- C. Капілярна гемангіома.
- D. Гілляста гемангіома.
- E. Кавернозна гемангіома.

Правильна відповідь:

- E. Кавернозна гемангіома.

Алгоритм рішення:

1. Необхідно звернути увагу на анамнез – асиметрія обличчя з'явилася в 15 років, поступово збільшувалася; на клінічні симптоми – При пальпації тканини в цій ділянці м'яко-еластичної консистенції. Шкірні покриви над утворенням із синюшним відтінком. Головна клінічна ознака – симптом “Стиснення і наповнення” позитивний
2. Відповіді B, C, D, E не відповідають клінічній картині.

Задача 3.

У пацієнта, 50 років, на нижній губі є утворення круглої форми в діаметрі до 1 см з чіткими контурами. Слизова оболонка над утворенням має синюшний відтінок. При пальпації утворення безболісне, м'якої консистенції, трохи виступає над рівнем слизової оболонки нижньої губи. Регіонарні лімфовузли не пальпуються. Діагноз?

Варіанти відповіді :

- A. Ретенційна кіста нижньої губи.
- B. Папілома нижньої губи.
- C. Гемангіома нижньої губи.
- D. Фіброма нижньої губи.
- E. Лімфангіома нижньої губи.

Правильна відповідь:

- A. Ретенційна кіста нижньої губи.

Алгоритм рішення:

1. Необхідно звернути увагу на клінічні симптоми – утворення круглої форми в діаметрі до 1 см, з чіткими контурами, слизова оболонка над утворенням має синюшний відтінок. При пальпації утворення безболісне, м'якої консистенції, трохи виступає над рівнем слизової оболонки нижньої губи.

2. Відповіді В, С, D, E не відповідають клінічній картині.

Задача 4.

У клініку щелепно-лицевої хірургії звернувся пацієнт зі скаргами на значне збільшення язика, порушення мовлення та вживання їжі. З анамнеза відомо, що два місяці тому він впав та вивихнув 3.1 та 4.1. Зовнішній вигляд пацієнта без особливостей, піднижньощелепні та підпідборідні лімфатичні вузли не палькуються. Язик значно збільшений, слизова оболонка виглядає зернистою з пухирцевоподібними виростами, звертає на себе увагу складчастість язика, при пальпації язик щільно-еластичний, безболісний. 3.1 та 4.1 депульповані та запломбовані, дещо змінені у кольорі, перкусія безболісна, нерухомі (пацієнтові була накладена гнута дротяна шина-скоба).

1. Проведіть обґрунтування діагноза.
2. Поставте діагноз.
3. Складіть план лікування.
4. Визначте ознаки, які не характерні для даного захворювання, та дайте їм пояснення.

Алгоритм рішення:

1. Для обґрунтування діагноза слід звернути увагу на такі клінічні ознаки: збільшення язика, зерниста слизова оболонка з пухирцевоподібними виростами, складчастість язика свідчать про патологічний стан.
2. Лімфангіома язика.
3. Оперативне лікування – препарування ураженої слизової оболонки у вигляді панчохи, висічення лімфангіоматозного підслизового шару та надлишку слизової оболонки, ушивання рани.
4. Не характерними для даного захворювання ознаками є змінені в кольорі депульповані 3.1 та 4.1.

Задача 5.

Пацієнтка, 25 років, звернулася зі скаргами на наявність припухлості у лівій привушно-жувальній області. При нахилі голови донизу визначається симптом «Наповнення» у цій ділянці. У порожнині рота слизова оболонка цієї області та шкірні покриви у кольорі не змінені.

1. Поставте діагноз.
2. Які методи дослідження необхідно провести для обґрунтування діагнозу?
3. Складіть план лікування.
4. Де має проводитись лікування цієї пацієнтки?

Алгоритм рішення:

1. Для обґрунтування діагноза слід звернути увагу на такі клінічні ознаки: наявність припухлості, при нахилі голови донизу визначається симптом «Наповнення». Можна припустити, що це кавернозна гемангіома.
2. Для підтвердження діагнозу слід провести діагностичну пункцію, контрастну ангіографію для визначення меж розповсюдження

новоутворення. Рентгенологічне дослідження при наявності щільних включень (ангіолітів).

3. План лікування має складатися зі склерозуючої терапії з наступним оперативним лікуванням.
4. Лікування таких пацієнтів проводиться у відділеннях щелепно-лицевої хірургії, у відділеннях голови та шийї онкологічних диспансерів та онкоцентрів.
- 5.

ЛІТЕРАТУРА:

Основна:

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник / [В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін.] — К. : ЛОГОС, 2011. У 2 т. — Т. 1. — 669 с.
2. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник / [В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін.] — К. : ЛОГОС, 2011. У 2 т. — Т. 2. — 606 с.
3. Рибалов О.В. Практично-орієнтований іспит з хірургіч. стоматології.: Нав.-медод.-поіб. 2006, П.:РВВ УМСА,
4. Терапевтична стоматологія: підручник у 4-х т. / [М.Ф.Данилевський, А.В. Борисенко, Л.Ф. Сидельнікова та ін.]. / За редакцією А.В. Борисенко. – К.: Медицина, 2008-2010. – Т.2 544с, Т.3 616 с, Т.4 640 с.
5. Вакуленко В.І. Курс стоматології: навч. посібник / Вакуленко В.І., Бабов Є.Д., Новікова М.А. та ін. - Одеса: ОНМедУ, 2012. - 160 с.
6. Маланчук В.О., Борисенко А.В., Харьков Л.В. та ін. Основи стоматології. – Київ: Медицина, 2009. – 592 с.

Додаткова:

1. Вайндрух С.А. Основи рентгендіагностики у стоматології: учб. посібник / С.А. Вайндрух – К.: Держ. мед. видав. УРСР. – 1962. – 215 с.
2. Готь І.М. Невідкладні стани та допомога при них в практиці лікаря-стоматолога / І.М. Готь. – Львів, 1996. – 102 с.
3. Данилевський М.Ф. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / М.Ф. Данилевський, О.Ф. Несин, Ж.І. Рахній. – К., 1998. – 408 с.
4. Ковальов Є.В. Обстеження хворого та діагностика одонтопатології в клініці терапевтичної стоматології: навчально-методичний посібник / Є.В. Ковальов, І.Я. Марченко, М.А. Шундрік. – Полтава, 2005. – 124 с.
5. Указ Президента України від 21.05.2002 р. №475/2002 “Про Програму профілактики та лікування стоматологічних захворювань на 2002-2007рр.”

Електронні ресурси.

1. Електронний ресурс [<http://www.studmedlib.ru>] - 2011
2. Електронний ресурс [<http://www.studmedlib.ru>] - 2008
3. Електронний ресурс [vestnik. okb1. mplek.ru] – 2013.
4. Електронний ресурс [www.umj.com.ua] – 2014.
5. Електронний ресурс [http://www.ncbi.nlm.nih.gov./Pub.Med/] – 2015.
6. Електронний ресурс [<http://www.rosoncweb.ru/>] – 2016.

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

ЗАТВЕРДЖЕНО
на засіданні кафедри хірургічної стоматології
та клінічних дисциплін
Завідувач кафедри
к. мед. н., доц. Гема-Багіна Н. М.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

Курс V; Факультет Стоматологічний

Навчальна дисципліна: Хірургічна стоматологія

Субординатура

Тема № 11. 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.

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Кількість пацієнтів з онкологічними захворюваннями постійно зростає у всьому світі, й в Україні, зокрема. Враховуючи, що голова та шия мають складну анатомічну будову та гістоархітектоніку, пухлини та пухлиноподібні ураження щелепно-лицевої локалізації дуже численні й різні за клінічним перебігом, патоморфологією та гістогенезом. На даний час запропоновано велику кількість класифікацій, але єдиної – немає, хоча розвиток онкології на сучасному етапі вимагає використання єдиних, загальноновизнаних підходів у цьому питанні, оскільки наявність численних класифікацій і різноманітної номенклатури пухлин, різного розуміння одних і тих самих термінів, зумовлює значні труднощі в інтерпретації наукових і клінічних досліджень, обміні досвідом, порушує наступність під час надання допомоги в різних лікувальних закладах. Вищенаведене визначає важливість знання принципів і методів діагностики, лікування пухлин голови та шиї, а також їх профілактики.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

1. Аналізувати результати клінічних обстежень хворих з доброякісними пухлинами та пухлиноподібними новоутвореннями м'яких тканин ЩЛД. Пояснювати результати додаткових досліджень.
2. Запропонувати плани лікування хворих з доброякісними пухлинами та пухлиноподібними новоутвореннями м'яких тканин ЩЛД.
3. Класифікувати доброякісні пухлини та пухлиноподібні новоутворення м'яких тканин ЩЛД.
4. Трактувати етіологію та клінічні прояви доброякісних пухлин та пухлиноподібних новоутворення м'яких тканин ЩЛД.
5. Проаналізувати основні принципи діагностики та лікування цих хвороб.
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.

3. 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 доброякісними пухлинами та пухлиноподібними новоутвореннями м'яких тканин ЩЛД
4. Загальна хірургія.	Вміти здійснити інфільтраційну анестезію шкіри, підготовку операційного поля.

4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ.

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
1. Пухлина (за ВООЗ).	Це аномальна маса тканин з надлишковим розростанням, яке не корелює з ростом нормальної тканини і триває після припинення дії чинників, які його зумовили.
2. Диспансеризація.	Це система медичних заходів, яку здійснюють лікувальні установи з метою своєчасної діагностики, лікування та профілактики захворювань.
3. Онкологічна настороженість.	Це лікарська тактика, спрямована на раннє виявлення онкозахворювань. Головне правило цієї тактики: «Незалежно від приводу за яким звернувся до лікаря пацієнт, лікар повинен виключити у нього діагноз онкозахворювання».

4.2. Теоретичні питання до заняття:

- 4.1. Що таке доброякісні пухлини?
- 4.2. Що таке пухлиноподібні новоутворення?
- 4.3. Перелічити фактори, які сприяють виникненню доброякісних пухлин та пухлиноподібних новоутворень м'яких тканин ЩЛД.
- 4.4. Навести класифікацію доброякісних пухлин та пухлиноподібних новоутворень м'яких тканин ЩЛД.
- 4.5. Описати клінічну картину доброякісних пухлин та пухлиноподібних новоутворень м'яких тканин ЩЛД.
- 4.6. Гістологічні особливості, етіологія при доброякісних пухлинах та пухлиноподібних новоутворень м'яких тканин ЩЛД.
- 4.7. Методи діагностики, додаткові методи дослідження при підозрі на доброякісні пухлини та пухлиноподібні новоутворення м'яких тканин ЩЛД.
- 4.8. Диференційна діагностика доброякісних пухлин та пухлиноподібних новоутворень м'яких тканин ЩЛД.
- 4.9. Профілактика виникнення доброякісних пухлин та пухлиноподібних новоутворень м'яких тканин ЩЛД.

4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Обстежити хворого.
2. Описати історію хвороби або амбулаторну картку хворого.
3. Призначити план обстеження хворого.
4. Виконати біопсію.
5. Провести забір матеріалу для цитологічного дослідження.
6. Скласти план лікування хворого.

ЗМІСТ ТЕМИ:

Папілома.. Розвивається з покривного епітелію, вони діагностуються як солітарні (поодинокі) та множинні (папіломатоз). Приблизно у 20% випадках 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 ороговівшим або не ороговівшим епітелієм, різних розмірів (0,5-2,0). Наявність множинних папілом визначають, як папіломатоз.

Папіломи з гіперкератозними змінами часто стають злоякісними. Їх локалізація на шкірі, губах, слизових оболонках порожнини рота та язика.

Лікування. Видалення хірургічним шляхом. Профілактичні заходи. Уникати травматизації

Атерома – це ретенційна кіста 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 зморшках (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 диффузного 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 із 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.

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 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 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 з ясен і пухлина не наблизилась до слизової оболонки ясен. У таких випадках необхідно диференціювати гемангіому від остеобластокластоми, адамантиноми, міксоми. 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 шматок 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.

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 відвисанням їх. Часто спостерігається одностороннє ураження голови, обличчя і ший, 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, ший, 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 багатошаровим плоским епітелієм і заповнена шарами кератину.

Лікування. Кісту видаляють зкапсулою, 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 під підборідній ділянці, 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 кашоподібною масою брудно-білого кольору знеприємним запахом. Вміст кісти складається із злущеного 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 підборіддя видаляють через зовнішній розріз.

Бранхіальні кісти і нориці. При патології 1-ої зябрової щілини виникають кіста або нориця привушної області, пов'язані із зовнішнім слуховим проходом і вушною раковиною. Аномалія розвитку 2-ої зябрової щілини веде до формування бічної кісти або нориці шиї. Бранхіальні кісти і нориці привушної ділянки зустрічаються значно рідше за бічні кісти і нориці шиї (відповідно в 11 і 89% випадків).

Бронхіальну норицю з вивідним отвором, розташованим на шкірі попереду основи завитка вушної раковини, називають попередувушною. Часто вона буває двобічною, відмічається роль спадкового чинника в його походженні.

Бічна кіста і нориця 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

Бічна нориця шиї буває однобічною і рідко двобічною. Виявляється в одних випадках при народженні дитини, в інших випадках є результатом розтину нагниваючої бічної кісти шиї. Зовнішнє гирло нориці розташовується на шкірі бічної поверхні шиї відповідно переднього краю кивального м'яза.

Клінічно зовнішнє гирло нориці може бути точковим або розширеним з вибухаючою грануляцією, іноді покритим мокнучими. Визначається гіперпігментація і мацерація шкіри навколо нориці, з якого постійно виділяється в незначній кількості жовтувата тягуча рідина. У разі повного бічної нориці хворі часто указують в анамнезі на рецидивуючу односторонню ангіну, при огляді визначають збільшення мигдалини відповідної сторони.

Бічну норицю шиї потрібно диференціювати від серединної тиреоглосальної нориці, зовнішнє гирло якої іноді зміщено убік від середньої лінії, і специфічного запального процесу.

Мікроскопічна картина вистилання нориці відповідає будові стінки бічної кісти шиї.

Тиреоглосальна кіста і нориця мають типову локалізацію по середній лінії шиї, у зв'язку з чим їх називають також серединними.

Тиреоглосальна 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 тиреоглосальної кісти представляє каламутн 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.

Тиреоглосальна нориця виникає, як правило, після мимовільного або оперативного розтину серединної кісти шиї. Зовнішнє гирло нориці розташовується на шкірі по середній лінії шиї, переважно між під'язиковою кісткою і щитовидним хрящем. При повній нориці внутрішнє гирло розташовується у області foramen coecum.

Тиреоглосальна нориця проходить по середній лінії шиї, пробиває тіло під'язикової кістки і під кутом 40—45° прямує до сліпого отвору язика. Пальпаторно норицевий хід, так само як і серединна кіста шиї, завжди пов'язаний з тілом під'язикової кістки. Визначають це таким чином. Утримуючи пальцями норицю або кісту, просять хворого проковтнути слину, при цьому зсув разом з під'язиковою кісткою фіксованих утворень говорить про наявність тиреоглосальної нориці або кісти.

Диференціальну діагностику серединної кісти і нориці проводять із специфічним запальним процесом, лімфаденітом, дермоїдною кістою, із струмою язика або аденомою дистопованої щитовидної залози.

Лікування. Хірургічним шляхом.

МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

Тестові завдання

1. Пацієнт, 32 років. скаржиться на наявність пухлиноподібного утворення на слизовій оболонці лівої щоки. Місцево: слизова оболонка щік нормального кольору. У дистальній частині є утворення округлої і злегка витягнутої форми на ніжці. Воно м'якої консистенції та еластичне. Розмір – 0,5х1,5 см. Визначте діагноз.

Варіанти відповіді:

- A. Папілома.
- B. Ліпома.
- C. Гемангіома.
- D. Плеоморфна аденома.
- E. Фіброма.

Правильна відповідь:

- A. Папілома.

2. Пацієнтка, 35 років, звернулася зі скаргами на наявність новоутворення в ділянці кінчика язика. Вона травмує язик зубами і язик то збільшується, то зменшується в розмірі. На кінчику язика має місце новоутворення. Воно округле, діаметр його 0,5 см. Межі чіткі, утворення на широкій основі, колір не відрізняється від кольору слизової язика. Поставте діагноз.

Варіанти відповіді:

- A. Абсцес язика.
- B. Ліпома язика.
- C. Папілома язика.
- D. Гемангіофіброма язика.
- E. Фіброма язика.

Правильна відповідь

- C. Папілома язика.

3. У пацієнта впродовж 3-х років на слизовій оболонці щоки спостерігалася папілома. Останнім часом, після травми, з'явилася болісність. Під час огляду виявлено наявність виразки на фоні гіперемованої слизової оболонки. Яка повинна бути тактика хірурга?

Варіанти відповіді:

- A. Виключення малігнізації папіломи. Видалення папіломи.
- B. Протизапальна терапія, після чого видалення папіломи.
- C. Протизапальна терапія з наступним спостереженням.
- D. Направити до онколога.
- E. Видалення папіломи. Післяопераційна променева терапія.

Правильна відповідь

- A. Виключення малігнізації папіломи. Видалення папіломи.

4. До хірурга звернувся пацієнт, 25 років, з пухлиноподібним утворенням в лівій привушній області. Наявність пухлини зазначає з народження. Розміри пухлини не змінюються. Клінічно в лівій привушній області визначається утворення округлої форми до 2,0 см в діаметрі, що підноситься над шкірою,

поверхня утворення горбиста, коричневого кольору. При надавлюванні колір її не змінюється. Вкажіть попередній діагноз.

Варіанти відповіді:

- A. Меланома.
- B. Гемангіома.
- C. Лімфангіома.
- D. Бородавчастий невус.
- E. Нейрофіброма.

Правильна відповідь

- D. Бородавчастий невус.

5. Пацієнт звернувся до лікаря-стоматолога зі скаргами на наявність одиночного утворення на обличчі. При об'єктивному обстеженні пальпаторно в ділянці щоки визначається безболісна напівкуляста пухлина, має гладку поверхню і спаяна зі шкірою. Поставте попередній діагноз?

Варіанти відповіді:

- A. Атерома.
- B. Лімфангіома.
- C. Фіброма.
- D. Папілома.
- E. Ліпома.

Правильна відповідь::

- A. Атерома.

6. У пацієнта, 55 років, в області видаленого 4.6 виникло безболісне, горбисте, синюшного кольору пухлиноподібне новоутворення на ніжці розміром 2,0x1,0x1,5 см. Відкривання рота вільне. На внутрішньоротовій Rg-грамі альвеолярного відростка в області видаленого 4.6 відмічається осередок деструкції кісткової тканини. Який найвірогідніший діагноз?

Варіанти відповіді:

- A. Тверда одонтома нижньої щелепи.
- B. Гіпертрофічний гінгівіт.
- C. Гігантоклітинний епуліс.
- D. Папілома слизової оболонки в області видаленого 4.6.
- E. Амелобастома нижньої щелепи.

Правильна відповідь:

- C. Гігантоклітинний епуліс.

7. Пацієнтка, 33 років, скаржиться на наявність пухлиноподібного утворення в лівій піднижньощелепній області, яке повільно збільшується у розмірах. Об'єктивно: в лівій піднижньощелепній області пальпується пухлина м'яко-еластичної консистенції, котра при стисканні пальцями змінює свою конфігурацію, безболісна. Шкіра над пухлиною в кольорі не змінена, рухома. З боку порожнини рота змін не виявлено. Слинні залози функціонують

нормально. Симптом наповнення відсутній. Визначте найвірогідніший діагноз.

Варіанти відповіді:

- A. Бокова кіста шиї.
- B. Ліпома.
- C. Ретенційна кіста лівої піднижньощелепної слинної залози.
- D. Гемангіома.
- E. Хронічний лімфаденіт.

Правильна відповідь:

- B. Ліпома.

8. У пацієнта, 46 років, при огляді порожнини рота на слизовій оболонці правої щічної області визначається новоутворення розміром 1,0x1,0 см, м'якої консистенції, безболісне при пальпації, кольору слизової оболонки ротової порожнини. З'явилося декілька років тому. Визначте діагноз.

Варіанти відповіді:

- A. Ерозивна лейкоплакія слизової оболонки щічної області.
- B. Пухирчатка слизової оболонки щічної області.
- C. Пласка лейкоплакія слизової оболонки щічної області.
- D. Фіброма слизової оболонки щічної області.
- E. Ретенційна кіста слизової оболонки щічної області.

Правильна відповідь:

- D. Фіброма слизової оболонки щічної ділянки.

9. У пацієнта, 46 років, при огляді порожнини рота на слизовій оболонці щічної ділянки справа визначається новоутворення розміром 1,0x1,0 см, м'якої консистенції, безболісне під час пальпації, кольору слизової оболонки ротової порожнини. Новоутворення з'явилося декілька років тому. Який найімовірніший діагноз?

Варіанти відповіді:

- A. Фіброма слизової оболонки щічної ділянки.
- B. Ерозивна лейкоплакія слизової оболонки щічної ділянки.
- C. Пухирчатка слизової оболонки щічної ділянки.
- D. Пласка лейкоплакія слизової оболонки щічної ділянки.
- E. Ретенційна кіста слизової оболонки щічної ділянки.

Правильна відповідь:

- A. Фіброма слизової оболонки щічної ділянки.

10. Доберіть ймовірно правильне визначення: пухлина, яка походить з поперечно-смугастої мускулатури це

Варіанти відповіді:

- A. Фіброзний епулід.
- B. Рабдоміома.
- C. Гігантклітинний епулід.
- D. Гіпертрофічний гінгівіт.

Е. Плеоморфна аденома.

Правильна відповідь:

В. Рабдоміома.

Ситуаційні задачі

Задача 1.

Пацієнт, 47 років, звернувся до лікаря зі скаргами на наявність пухлини в правій щічній ділянці. Пухлина свербить та значно збільшилась за останній час. При огляді виявлена пухлина неправильної форми та розміром до 1,5 см, чорного кольору, блискуча. Який попередній діагноз можна встановити?

Варіанти відповіді:

- А. Меланома шкіри.
- В. Пігментний невус.
- С. Базаліома шкіри.
- Д. Рак шкіри.
- Е. Шкірний ріг.

Правильна відповідь:

А. Меланома шкіри.

Алгоритм вирішення:

1. Потрібно звернути увагу на такі симптоми: свербіж, збільшення пухлини у розмірах, неправильна форма, чорний колір, блискуча.
2. Відповіді В, С, D, Е не відповідають наведеній клінічній картині.

Задача 2.

Пацієнт, 52 років, звернувся до лікаря-стоматолога зі скаргами на наявність пухлиноподібного утворення в області червоної облямівки нижньої губи. При огляді на червоній облямівці нижньої губи зліва виявлено кругле пухлиноподібне утворення діаметром близько 0,5 см з гладкою поверхнею. Воно на тонкій ніжці, рухоме, безболісне, м'якої консистенції. Поставте діагноз.

Варіанти відповіді:

- А. Папілома нижньої губи.
- В. Шкірний ріг.
- С. Лейкоплакія.
- Д. Бородавчастий передрак червоної облямівки нижньої губи.
- Е. Абразивний прекарцинозний хейліт Манганотті.

Правильна відповідь

А. Папілома нижньої губи.

Алгоритм вирішення:

1. Потрібно звернути увагу на такі симптоми: кругле пухлиноподібне утворення, діаметр близько 0,5 см, гладка поверхня, наявність тонкої ніжки, безболісне, м'якої консистенції.
2. Відповіді В, С, D, Е не відповідають наведеній клінічній картині.

Задача 3. Пацієнт звернувся до хірурга-стоматолога зі скаргами на наявність безболісного пухлиноподібного утворення в області альвеолярного відростка нижньої щелепи зліва. Утворення безболісне. Об'єктивно: в області альвеолярного відростка нижньої щелепи з вестибулярної сторони на рівні 3.5 і 3.6 визначається пухлиноподібне утворення 1x1 см блідо-рожевого кольору на широкій основі, не кровоточить. Коронки 3.5, 3.6 – інтактні, зуби не рухомі. На прицільній рентгенограмі альвеолярного відростка нижньої щелепи в межах 3.5,3.6 – змін у структурі кістки немає. Який діагноз можна припустити ?

Варіанти відповіді:

- A. Хронічний остеомієліт нижньої щелепи.
- B. Фіброзний епулід
- C. Гігантоклітинний епулід.
- D. Ангіоматозний епулід.
- E. Фіброма.

Правильна відповідь:

- B. Фіброзний епулід

Алгоритм вирішення:

1. Потрібно звернути увагу на клінічні симптоми: пухлиноподібне утворення 1x1 см блідо-рожевого кольору на широкій основі, не кровоточить, коронки 3.5, 3.6 – інтактні, зуби не рухомі; на результати додаткових методів дослідження: на прицільній рентгенограмі альвеолярного відростка нижньої щелепи в межах 3.5,3.6 – змін у структурі кістки немає.
2. Відповіді А, С, D, E не відповідають наведеній клінічній картині.

Задача 4.

Пацієнтка, 27 років, звернулася зі скаргами на кровоточивість ясен, болісність при вживанні їжі, наявність утворення в області 3.4, 3.5, яке з'явилося після лікування цих зубів. В області 3.4, 3.5 наявне утворення яскраво-червоне, кровоточить при пальпації.

1. Яке захворювання можна припустити?
2. Які додаткові відомості необхідні для визначення остаточного діагнозу?
3. Складіть план лікування.

Алгоритм вирішення:

1. Ангіоматозний епулід в області 3.4, 3.5 (утворення яскраво-червоне, кровоточить при пальпації).
2. Дані променевої діагностики.
3. Привести пломби в 3.4 та 3.5 до стандарту, висікти утворення до кістки, за необхідності – провести коагуляцію.

Задача 5.

Пацієнт, 60 років, звернувся зі скаргами на наявність новоутворення великого розміру на задній поверхні ший та потиличної області.

Новоутворення має вигляд коміра, без чітких меж, займає задню поверхню шиї з переходом на потилицю.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Які додаткові відомості та клінічні дані необхідні для постановки остаточного діагнозу?
3. Складіть план лікування.

Алгоритм вирішення:

1. Множинний дифузний ліпоматоз задньої поверхні шиї (звернути увагу на клінічну картину: новоутворення великого розміру на задній поверхні шиї та потиличної області, має вигляд коміра, без чітких меж, займає задню поверхню шиї з переходом на потилицю).
2. Цитологічне дослідження.
3. Висічення пухлини разом з капсулою.

Перелік індивідуальних завдань.

1. 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.

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.

Додаткові питання

1. Що таке доброякісні пухлини?
2. Що таке пухлиноподібні новоутворення?
3. Перелічити фактори, які сприяють виникненню доброякісних пухлин та пухлиноподібних новоутворень м'яких тканин ЩЛД.
4. Навести класифікацію доброякісних пухлин та пухлиноподібних новоутворень м'яких тканин ЩЛД.
5. Описати клінічну картину доброякісних пухлин та пухлиноподібних новоутворень м'яких тканин ЩЛД.
6. Гістологічні особливості, етіологія при доброякісних пухлинах та пухлиноподібних новоутворень м'яких тканин ЩЛД.

7. Методи діагностики, додаткові методи дослідження при підозрі на доброякісні пухлини та пухлиноподібні новоутворення м'яких тканин ЩЛД.
8. Диференційна діагностика доброякісних пухлин та пухлиноподібних новоутворень м'яких тканин ЩЛД.
9. Профілактика виникнення доброякісних пухлин та пухлиноподібних новоутворень м'яких тканин ЩЛД.
10. Методи лікування доброякісних пухлин та пухлиноподібних новоутворень м'яких тканин ЩЛД.

Перелік практичних завдань та робіт до підсумкового модульного контролю.

1. Провести пальпацію пухлини щелепно-лицевої ділянки.
2. Провести діагностичну пункцію.

ЛІТЕРАТУРА:

Основна:

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник / [В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін.] — К. : ЛОГОС, 2011. У 2 т. — Т. 1. — 669 с.
2. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник / [В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін.] — К. : ЛОГОС, 2011. У 2 т. — Т. 2. — 606 с.
3. Рибалов О.В. Практично-орієнтований іспит з хірургіч. стоматології.: Нав.-медод.-поіб. 2006, П.:РВВ УМСА,
4. Терапевтична стоматологія: підручник у 4-х т. / [М.Ф.Данилевський, А.В. Борисенко, Л.Ф. Сидельнікова та ін.]. / За редакцією А.В. Борисенко. – К.: Медицина, 2008-2010. – Т.2 544с, Т.3 616 с, Т.4 640 с.
5. Вакуленко В.І. Курс стоматології: навч. посібник / Вакуленко В.І., Бабов Є.Д., Новікова М.А. та ін. - Одеса: ОНМедУ, 2012. - 160 с.
6. Маланчук В.О., Борисенко А.В., Харьков Л.В. та ін. Основи стоматології. – Київ: Медицина, 2009. – 592 с.

Додаткова:

1. Вайндрух С.А. Основи рентгендіагностики у стоматології: учб. посібник / С.А. Вайндрух – К.: Держ. мед. видав. УРСР. – 1962. – 215 с.
2. Готь І.М. Невідкладні стани та допомога при них в практиці лікаря-стоматолога / І.М. Готь. – Львів, 1996. – 102 с.
3. Данилевський М.Ф. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / М.Ф. Данилевський, О.Ф. Несин, Ж.І. Рахній. – К., 1998. – 408 с.
4. Ковальов Є.В. Обстеження хворого та діагностика одонтопатології в клініці терапевтичної стоматології: навчально-методичний посібник / Є.В. Ковальов, І.Я. Марченко, М.А. Шундрік. – Полтава, 2005. – 124 с.
5. Указ Президента України від 21.05.2002 р. №475/2002 “Про Програму профілактики та лікування стоматологічних захворювань на 2002-2007рр.”

Електронні ресурси.

1. Електронний ресурс [<http://www.studmedlib.ru>] - 2011

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

ЗАТВЕРДЖЕНО
на засіданні кафедри хірургічної стоматології
та клінічних дисциплін
Завідувач кафедри
к. мед. н., доц. Гема-Багіна Н. М.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

Курс V; Факультет Стоматологічний

Навчальна дисципліна: Хірургічна стоматологія

Субординатура

Тема № 12. Доброякісні одонтогенні пухлини щелеп (амелобластома (адамантинома), одонтома, цементома). Доброякісні неодонтогенні пухлини щелеп (остеобластокластома, остеома, остеїд-остеома, хондрома, гемангіома, фіброма, епулід): класифікація, гістологічна будова, клініка, диференційна діагностика, принципи і методи лікування, профілактика ускладнень.

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Кількість пацієнтів з онкологічними захворюваннями постійно зростає у всьому світі, й в Україні, зокрема. Враховуючи, що голова та шия мають складну анатомічну будову та гістоархітектоніку, пухлини та пухлиноподібні ураження щелепно-лицевої локалізації дуже численні й різні за клінічним перебігом, патоморфологією та гістогенезом. На даний час запропоновано велику кількість класифікацій, але єдиної – немає, хоча розвиток онкології на сучасному етапі вимагає використання єдиних, загально визнаних підходів у цьому питанні, оскільки наявність численних класифікацій і різноманітної номенклатури пухлин, різного розуміння одних і тих самих термінів, зумовлює значні труднощі в інтерпретації наукових і клінічних досліджень, обміні досвідом, порушує наступність під час надання допомоги в різних лікувальних закладах. Вищенаведене визначає важливість знання принципів і методів діагностики, лікування пухлин голови та шиї, а також їх профілактики.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

2.1. Аналізувати результати клінічних обстежень хворих з доброякісними одонтогенними та неодонтогенними пухлинами щелеп. Пояснювати результати додаткових досліджень.

2.2. Запропонувати плани лікування хворих з доброякісними одонтогенними та неодонтогенними пухлинами щелеп.

2.3. 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.

2.4. Скласти план діагностики та диференційної діагностики доброякісних одонтогенних та неодонтогенних пухлин щелеп.

2.5. Аналізувати основні принципи діагностики та лікування цих захворювань.

2.6. Скласти план діагностики та диференційної діагностики доброякісних одонтогенних та неодонтогенних пухлин щелеп. Провести курацію хворого.

3. БАЗОВИЙ РІВЕНЬ ПІДГОТОВКИ.

Назви попередніх дисциплін.	Набуті навички.
1. Етика і деонтологія.	Застосовувати знання етики і деонтології для встановлення психологічного контакту з пацієнтом.
2. Соціальна медицина.	Володіти знаннями організації онкологічної допомоги та принципів диспансеризації. Оформити необхідну документацію.
3. Патологічна анатомія.	Описувати гістологічну будову і характер патологічних змін анатомічних структур при розвитку пухлин.

4. Патологічна фізіологія.	Визначати етіологію і патогенез пухлин.
5. Пропедевтика внутрішніх хвороб.	Ідентифікувати загальні принципи діагностики та лікування пацієнтів з онкологічними захворюваннями.
6. Топографічна анатомія.	Демонструвати топографо-анатомічні ділянки розташування пухлини.
7. Гістологія.	Трактувати гістологічну будову одонтогенних і неодонтогенних пухлин.
8. Пропедевтика хірургічної стоматології.	Володіти знаннями з проведення курації хворого з одонтогенними та неодонтогенними пухлинами щелеп.

4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ.

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
1. Пухлина (за ВООЗ).	Це аномальна маса тканин з надлишковим розростанням, яке не корелює з ростом нормальної тканини і триває після припинення дії чинників, які його зумовили.
2. Диспансеризація.	Це система медичних заходів, яку здійснюють лікувальні установи з метою своєчасної діагностики, лікування та профілактики захворювань.
3. Онкологічна настороженість.	Це лікарська тактика, спрямована на раннє виявлення онкозахворювань. Головне правило цієї тактики: «Незалежно від приводу за яким звернувся до лікаря пацієнт, лікар повинен виключити у нього діагноз онкозахворювання».

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Що таке доброякісні пухлини?
2. Що таке пухлиноподібні новоутворення?
3. Перелічити фактори, які сприяють виникненню доброякісних одонтогенних та неодонтогенних пухлин щелеп.
4. Навести класифікацію доброякісних одонтогенних та неодонтогенних пухлин щелеп.
5. Описати клінічну картину доброякісних одонтогенних та неодонтогенних пухлин щелеп.
6. Гістологічні особливості доброякісних одонтогенних та неодонтогенних пухлин щелеп.

7. Методи діагностики та додаткові методи дослідження при підозрі на доброякісні одонтогенні та неодонтогенні пухлини щелеп.
8. Диференційна діагностика доброякісних одонтогенних та неодонтогенних пухлин щелеп.
9. Профілактика виникнення доброякісних одонтогенних та неодонтогенних пухлин щелеп.
10. Методи лікування доброякісних одонтогенних та неодонтогенних пухлин щелеп.
11. Перелічити фактори, які сприяють виникненню амелобластами і остеобластокластоми.
12. Описати клінічну картину амелобластами.
13. Описати клінічну картину одонтоми.
14. Описати клінічну картину остеобластокластоми.
15. Описати клінічну картину гемангіоми.
16. Методи діагностики та додаткові методи дослідження хворих.
17. Диференційна діагностика доброякісних одонтогенних та неодонтогенних пухлин.
18. Профілактика виникнення одонтогенних та неодонтогенних пухлин.
19. Клінічні прояви одонтогенних та неодонтогенних пухлин.

4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Обстежити хворого.
2. Описати історію хвороби або амбулаторну картку хворого.
3. Призначити план обстеження хворого.
4. Виконати біопсію.
5. Провести забір матеріалу для цитологічного дослідження.
6. Скласти план лікування хворого.

ЗМІСТ ТЕМИ.

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 ступінь 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 визначені, 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 обмежуванням 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 перекладинами.

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 нашаруванням 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, неbolючі. 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 грубоволокнистої тканини. 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 звиразковується, і на поверхні з'являється тверде кісткоподібне утворення, яке приймають за ретенований зуб. Можливе утворення нориць 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: вишування з капсулою. Невеликі одонтоми без ускладнень можна не оперувати. Прогноз благоприємний

Цементома — пухлина, що являє собою щось середнє між цементодисплазією 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 заплінь.

Остеобластокластома - доброякісна пухлина, що пошкоджує різноманітні кістки скелета. Термін «гігантоклітинна пухлина» запропонував Бледгуд (1912), Стоарт (1922) назвав її «остеокластомою», А.В.Русаков (1924) – «остеобластокластомою» 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 амелобластому, 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, діпловію, 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 має типових остеοїдних 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-остеоною 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 болю 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 нерізка 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 однадерних клітин типу остеобластів, оточуючих остеοїдну речовину, іноді зустрічаються багатоядерні клітини типу остеокластів. Пізніше, по мірі розвитку хвороби, ділянка остеοїдної 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 остеοїд-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 неуражену сторону, відзначається вибухання кісткового характеру в ділянці ураженого суглоба, не пов'язане зі шкірою, безболісне, обмежене. Порушується 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.

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 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.

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.

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.

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 гістіоцитом (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 ангиоматозну форми епуліду. Фіброзний епулід має гладку поверхню, щільну або щільно-еластичну консистенцію, блідо-рожевий колір, безболісний, не кровоточить. Ангиоматозний 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.

МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Завдання для самоконтролю:

1. Що таке доброякісні пухлини?
2. Що таке пухлиноподібні новоутворення?
3. Перелічити фактори, які сприяють виникненню доброякісних одонтогенних та неодонтогенних пухлин щелеп. Навести класифікацію доброякісних одонтогенних та неодонтогенних пухлин щелеп.
4. 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.

5. Диференційна діагностика доброякісних одонтогенних та неодонтогенних пухлин щелеп Профілактика виникнення доброякісних одонтогенних та неодонтогенних пухлин щелеп. Методи лікування доброякісних одонтогенних та неодонтогенних пухлин щелеп.

Б. 3. Оволодіти методикою приготування мазку на предметному склі.

Тестові завдання.

1. У пацієнта, 24 років, під час лікування періодонтиту 3.6 зуба з діагностичною метою було проведено рентгенологічне обстеження. На рентгенограмі виявлено наявність гомогенної тіні округлої форми з чіткими межами, яка за своєю щільністю наближалася до тканин зуба. По периферії тінь оточена зоною просвітлення товщиною до 1 мм. Встановіть попередній діагноз.

Варіанти відповіді:

- A. Одонтома.
- B. Цементома.
- C. Остеома.
- D. Радикулярна кіста.
- E. Міксома.

Правильна відповідь:

- A. Одонтома.

2. Пацієнт, 20 років, скаржиться на припухлість в ділянці нижньої щелепи зліва. На знімку нижньої щелепи в лівій боковій проекції на рівні кута і гілки визначається інтенсивна тінь (по щільності відповідає зубу) облямована округлими виступами та нагадує тутову ягоду, а далі смужка прояснення, склерозу. Попередній діагноз?

Варіанти відповіді:

- A. Фолікулярна кіста нижньої щелепи зліва.
- B. Радикулярна кіста нижньої щелепи зліва.
- C. Одонтома нижньої щелепи зліва.
- D. Адамантинома нижньої щелепи зліва.
- E. Остеобластокластома нижньої щелепи зліва.

Правильна відповідь:

- C. Одонтома нижньої щелепи зліва.

3. М'яка одонтома складається переважно з

Варіанти відповіді:

- A. Низькодиференційованих зубних тканин, які зустрічаються лише в зубних зачатках, що розвиваються.
- B. Петрифікованих високодиференційованих зубних структур.
- C. Низькодиференційованих фіброзних волокон.
- D. Низькодиференційованих клітин сполучної тканини.

Е. Високодиференційованих клітин сполучної тканини.

Правильна відповідь:

А. Низькодиференційованих зубних тканин, які зустрічаються лише в зубних зачатках, що розвиваються.

4. У пацієнта, 45 років, після клінічного обстеження та інцизійної біопсії діагностована кістозна форма амелобластоми тіла нижньої щелепи в ділянці 4.6, 4.7, 4.8 зубів (значних розмірів). Який вид хірургічного лікування показаний?

Варіанти відповіді:

А. Екскохлеація пухлини з пластикою дефекту.

В. Цистектомія з пластикою дефекту.

С. Пластична цистектомія.

Д. Резекція тіла нижньої щелепи з одномоментною остеопластикою.

Е. Резекція тіла нижньої щелепи з відстроченою пластикою.

Правильна відповідь:

Д. Резекція тіла нижньої щелепи з одномоментною остеопластикою.

5. Пацієнтка, 61 року, звернулася зі скаргами на виражену асиметрію обличчя, яка з'явилася 8 років тому. Об'єктивно: веретеноподібне потовщення нижньої щелепи, шкіра над припухлістю у кольорі не змінена, береться в складку. Пальпація безболісна. Піднижньощелепні лімфовузли незначно збільшені. На рентгенограмі визначаються ряд округлих порожнин 0,6x1; 1x2 та 1x1,5 см. Вони відділені одна від одної кістковими перетинками. Встановлено діагноз: амелобластома нижньої щелепи. Який вид лікування показаний?

Варіанти відповіді:

А. Екскохлеація пухлини.

В. Резекція нижньої щелепи з одномоментною кістковою пластикою.

С. Кріодеструкція пухлини.

Д. Променева терапія.

Е. Хіміотерапія.

Правильна відповідь:

В. Резекція нижньої щелепи з одномоментною кістковою пластикою.

6. Чоловікові, 48 років, під час санації порожнини рота зроблено рентгенограму нижньої щелепи. Виявлена деструкція кісткової тканини з рівними чіткими межами в області кута нижньої щелепи, що не пов'язана з коренями зубів. При діагностичній пункції отримано ексудат коричневого кольору, без кристалів холестерину. Який попередній діагноз?

Варіанти відповіді:

А. Кіста щелепи.

В. Гемангіома щелепи.

- C. Остеобластокластома.
- D. Адамантинома.
- E. Холестеатома.

Правильна відповідь:

- C. Остеобластокластома.

7. Пацієнт, 24 років, скаржиться на пухлину в області тіла нижньої щелепи, яка зростає. Хворіє впродовж 5 місяців. При огляді: в області кута нижньої щелепи має місце здуття. Регіонарні лімфатичні вузли не збільшені. На рентгенограмі визначається деструкція кісткової тканини на рівні 4.6, 4.7, 4.8 зубів і в області гілки, з чіткими контурами, у вигляді окремих порожнин з кістковими перегородками. Корені 4.6, 4.7, 4.8 зубів резорбовані. Поставте попередній діагноз.

Варіанти відповіді:

- A. Фолікулярна кіста нижньої щелепи справа.
- B. Радикулярна кіста нижньої щелепи справа.
- C. Одонтома нижньої щелепи справа.
- D. Остеобластокластома нижньої щелепи справа.
- E. Адамантинома нижньої щелепи справа.

Правильна відповідь:

- D. Остеобластокластома нижньої щелепи справа.

8. Пацієнт, 43 років, скаржиться на потовщення тіла нижньої щелепи. Об'єктивно: обличчя асиметричне за рахунок потовщення нижньої щелепи зліва. 3.5, 3.6, 3.7 зуби рухливі. У ділянці перехідної складки з вестибулярного боку визначається безболісне вибухання кісткової тканини. На рентгенограмі нижньої щелепи зліва – ділянки деструкції кісткової тканини округлої форми з чіткими межами. Корені 3.5, 3.6, 3.7 резорбовані. Який найімовірніший діагноз?

Варіанти відповіді:

- A. Хронічний остеомієліт нижньої щелепи.
- B. Остеобластокластома нижньої щелепи.
- C. Радикулярна кіста нижньої щелепи.
- D. Фіброзна остеодисплазія.
- E. Фолікулярна кіста нижньої щелепи.

Правильна відповідь:

- B. Остеобластокластома нижньої щелепи.

9. На рентгенограмі у пацієнта визначається вогнище деструкції кісткової тканини тіла нижньої щелепи розміром 3x4 см. Вогнище у вигляді великої кількості дрібних порожнин різної величини і форми, які розділені перегородками. При пункції пухлини отримали буру рідину. Який діагноз найвірогідніший?

Варіанти відповіді:

- A. Рак нижньої щелепи.
- B. Радикулярна кіста нижньої щелепи.
- C. Остеобластокластома нижньої щелепи.
- D. М'яка одонтома нижньої щелепи.
- E. Амелобластома нижньої щелепи.

Правильна відповідь:

- C. Остеобластокластома нижньої щелепи.

10. В клініку хірургічної стоматології звернулася пацієнтка зі скаргами на потовщення нижньої щелепи в ділянці молярів. З її слів – потовщення з'явилося близько 1 року тому та повільно збільшувалося. На рентгенограмі виявлено вогнище деструкції кісткової тканини тіла нижньої щелепи розмірами 3 x 5 см у вигляді великої кількості малих порожнин різної величини та форми, що розділені перегородками. Під час пункції пухлини отримано буру рідину. Яке захворювання може бути?

Варіанти відповіді:

- A. Радикулярна кіста нижньої щелепи.
- B. Остеобластокластома.
- C. Одонтома м'яка.
- D. Одонтома щільна.
- E. Рак нижньої щелепи.

Правильна відповідь:

- B. Остеобластокластома.

Ситуаційні задачі.

Задача 1.

У пацієнтки, 61 рік, веретеноподібне потовщення нижньої щелепи. Діагноз: амелобластома нижньої щелепи. Яке лікування показано в даному випадку?

Варіанти відповіді:

- A. Екскохлеація пухлини.
- B. Кріодеструкція пухлини.
- C. Резекція нижньої щелепи з одномоментною кістковою пластикою.
- D. Хіміотерапія.
- E. Променева терапія.

Правильна відповідь:

- C. Резекція нижньої щелепи з одномоментною кістковою пластикою.

Алгоритм рішення:

1. Методи лікування такі як хіміотерапія і променева терапія – застосовуються при лікуванні пацієнтів із злоякісними пухлинами.
2. Екскохлеація – це оперативний прийом видалення тупою ложкою напіврідкого або подібного до молочного сиру вмісту патологічної

- порожнини без механічної обробки стінок порожнини, при лікуванні пацієнтів з адамантиномами не застосовується.
3. Кріодеструкція у даному випадку не застосовується.
 4. Резекція нижньої щелепи з одномоментною кістковою пластикою самий оптимальний метод лікування.

Задача 2.

У пацієнтки, 25 років, на рівні 3.6, 3.7, 3.8 зубів горбисте, щільне здуття щелепи, вогнище деструкції з чіткими контурами, комірчасте. При пункції отримана каламутна білувата рідина. Поставте діагноз.

Варіанти відповіді:

- A. Фолікулярна кіста лівої половини нижньої щелепи.
- B. Остеобластокластома лівої половини нижньої щелепи.
- C. Радикулярна кіста нижньої щелепи зліва.
- D. Амелобластома нижньої щелепи зліва.
- E. Одонтогенна фіброма нижньої щелепи зліва.

Правильна відповідь:

- D. Амелобластома нижньої щелепи зліва.

Алгоритм рішення:

1. При визначенні діагнозу слід звернути увагу на клінічні симптоми – горбисте, щільне здуття щелепи, дані додаткових методів обстеження - вогнище деструкції з чіткими контурами, комірчасте; при пункції отримана каламутна білувата рідина.
2. Для відповідей А, В, С, Е такі ознаки не характерні.

Задача 3.

Чоловіку, 45 років, видалено пухлину. Гістологічне описання: строма складається зі сполучної тканини, паренхіма з епітеліальних тяжів з циліндричними та зірчастими клітинами. Яке це новоутворення?

Варіанти відповіді:

- A. Остеобластокластома.
- B. Остеодистрофія нижньої щелепи.
- C. Фіброзна дисплазія нижньої щелепи.
- D. Еозинофільна гранульома.
- E. Амелобластома нижньої щелепи.

Правильна відповідь:

- E. Амелобластома нижньої щелепи.

Алгоритм рішення:

1. Наявність зірчастих клітин свідчить про амелобластому. Решта новоутворень не мають такої гістологічної картини.

Задача 4.

Пацієнт, 37 років, скаржиться на наявність щільного утворення в області тіла нижньої щелепи справа, безболісне, повільно збільшується у розмірах. Пальпаторно визначається новоутворення в області тіла нижньої щелепи справа, еластичної консистенції. 4.7, 4.6 та 4.5 рухомі. При цитологічному дослідженні знайдено клітини, подібні до остеобластів та остеокластів. Порожнина рота не санована, є велика кількість каріозних порожнин.

1. Проведіть обґрунтування діагнозу.
2. Поставте діагноз та складіть план лікування.
3. Визначте ознаки, не характерні для даного захворювання.

Алгоритм рішення:

1. На основі клініко-рентгенологічного та цитологічного обстеження встановлюємо діагноз: «Остеобластокластома тіла нижньої щелепи справа».
2. Остеобластокластома тіла нижньої щелепи справа. Лікування – резекція нижньої щелепи, яка визначається межами утворення.
3. Не санована порожнина рота не є характерною ознакою остеобластокластоми.

Задача 5.

Пацієнт, 42 років, скаржиться на наявність припухлості лівої щічної ділянки та утруднення носового дихання. В анамнезі – хронічний лівобічний риногенний гайморит. Об'єктивно: незначна асиметрія обличчя за рахунок припухлості у лівій щічній ділянці. Шкірні покриви звичайного кольору. Відкривання рота вільне. В порожнині рота – незначне вибухання, вкрите незміненою слизовою, безболісне, нерухоме, щільної консистенції. Дихання через лівий носовий хід утруднене. На рентгенограмі придаткових пазух носа – пневматизація лівого верхньощелепного синусу знижена за рахунок наявності вогнища негомогенної структури, у товщі якого простежується кістковий малюнок, кісткові балочки розташовані хаотично, їхня щільність й орієнтація відрізняються від прилеглої неураженої кісткової тканини.

1. Поставте діагноз.
2. Наведіть додаткові методи обстеження, які необхідно провести пацієнтові в плані підготовки до оперативного втручання.
3. Чи впливає наявність утворення у верхньощелепному синусі на вибір методу проведення загального знеболення?

Алгоритм рішення:

1. Остеома лівої верхньої щелепи, що проросла у верхньощелепний синус.
2. Аналізи крові (ЗАК, група крові та резус-приналежність, біохімічний (з глюкозою або глікозілорваним гемоглобіном), коагулограма, на ВІЛ/СНІД, гепатити), ЗАС, флюорографія, ЕКГ (з консультацією

кардіолога), кал на яйця гельмінтів тощо; променева діагностика (рентгенографія, СКТ або КПКТ).

3. Ні.

Контрольні питання.

1. Що таке доброякісні пухлини?
2. Що таке пухлиноподібні новоутворення?
3. Перелічити фактори, які сприяють виникненню доброякісних одонтогенних та неодонтогенних пухлин щелеп.
4. Навести класифікацію доброякісних одонтогенних та неодонтогенних пухлин щелеп.
5. Описати клінічну картину доброякісних доброякісними одонтогенних та неодонтогенних пухлин щелеп.
6. Гістологічні особливості доброякісних одонтогенних та неодонтогенних пухлин щелеп.
7. Методи діагностики та додаткові методи дослідження при підозрі на доброякісні одонтогенні та неодонтогенні пухлини щелеп.
8. Диференційна діагностика доброякісних одонтогенних та неодонтогенних пухлин щелеп.
9. Профілактика виникнення доброякісних одонтогенних та неодонтогенних пухлин щелеп.
10. Методи лікування доброякісних одонтогенних та неодонтогенних пухлин щелеп.
11. Перелічити фактори, які сприяють виникненню амелобластами і остеобластокластоми.
12. Описати клінічну картину амелобластами.
13. Описати клінічну картину одонтоми.
14. Описати клінічну картину остеобластокластоми.
15. Описати клінічну картину гемангіоми.
16. Методи діагностики та додаткові методи дослідження хворих.
17. Диференційна діагностика доброякісних одонтогенних та неодонтогенних пухлин.
18. Профілактика виникнення одонтогенних та неодонтогенних пухлин.
19. Клінічні прояви одонтогенних та неодонтогенних пухлин.

Практичні завдання тощо.

1. Оволодіти методикою забору матеріалу для цитологічного дослідження:
 - методом відбитку;
 - методом зішкрябу;
 - методом мазку.
2. Оволодіти методикою діагностичної пункції.

Література.

Основна:

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник / [В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін.] — К. : ЛОГОС, 2011. У 2 т. — Т. 1. — 669 с.
2. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник / [В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін.] — К. : ЛОГОС, 2011. У 2 т. — Т. 2. — 606 с.
3. Бернадський Ю. Й. Основи щелепно-лицевої хірургії і хірургічної стоматології : навчальний посібник / Ю. Й. Бернадський. — К : «Спалах», 2003. — 512 с.
4. Рибалов О.В. Практично-орієнтований іспит з хірургіч. стоматології.: Нав.-медод.-поіб. 2006, П.:РВВ УМСА,
5. Маланчук В.О., Копчак А.В. Доброякісні пухлини та пухлиноподібні ураження щелепно-лицевої ділянки та шиї / Навчальний посібник. — К.: Видавничий дім «Асканія», 2008. — 320 с.
6. Основи стоматології / Под ред. В.О.Маланчука. — К.: Медицина, 2009. — 591 с.
7. Онкологія / За редакцією В.П. Баштана, А.Л.Одабашьяна, П.В.Шелешка. — Тернопіль, Укрмедкнига, 2003. — 300с
8. Тимофеев О. О. Щелепно-лицева хірургія : підручник / О. О. Тимофеев. — К. : ВСВ «Медицина», 2011. — 752 с. + 40 с. кольор. вкл.

Додаткова:

1. Українська радянська енциклопедія : у 12 т. / гол. ред. М.П. Бажан ; редкол.: О.К. Антонов та ін. — 2-ге вид. — К. : Головна редакція УРЕ, 1974–1985.
2. Ломницький І. Я. Алгоритми практичних навичок з хірургічної стоматології / І. Я. Ломницький, А. В. Нетлюх, О. Я. Мокрик. — Львів : «ГалДент», 2011. — 152 с.
3. Методичні рекомендації для підготовки до складання ліцензійних інтегрованого іспитів "Крок 1", "Крок ", "Крок 3" / [Б. С. Зіменковський, М. Р. Гжегоцький, І. І. Солонинко, Р. З. Огоновський, Р. Б. Лесик та ін.] — Львів : Друкарня ЛНМУ ім. Данила Галицького, 2013. — 96 с.
4. Рузін Г.П.- Основи технології операцій у хір. стом. та щелепно-лицевій хірургії.: Навч. посіб.-2008, Вінниця:Нова книга.
5. Онкологія: підручник / Ю.В. Думанський, А.І. Шевченко, І.Й. Галайчук та ін.; за ред.. Г.В. Бондаря, А.І. Шевченка, І.Й. Галайчука.- 2-е вид., переробл. та допов.- К.: ВСВ «Медицина», 2019.- 520 с.
6. Шевченко А.І. із співавт. Біопсія у діагностиці злоякісних пухлин. Посібник для студентів і лікарів., Запоріжжя, 2017.

Електронні ресурси:

1. Електронний ресурс [vestnik. okb1. mplek.ru], 2015 р.

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

ЗАТВЕРДЖЕНО
на засіданні кафедри хірургічної стоматології
та клінічних дисциплін
Завідувач кафедри
к. мед. н., доц. Гема-Багіна Н. М.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

Курс V; Факультет Стоматологічний

Навчальна дисципліна: Хірургічна стоматологія

Субординатура

Тема № 13. 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.

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Кількість пацієнтів з онкологічними захворюваннями постійно зростає у всьому світі, й в Україні, зокрема. Враховуючи, що голова та шия мають складну анатомічну будову та гістоархітектоніку, пухлини та пухлиноподібні ураження щелепно-лицевої локалізації дуже численні й різні за клінічним перебігом, патоморфологією та гістогенезом. На даний час запропоновано велику кількість класифікацій, але єдиної - немає, хоча розвиток онкології на сучасному етапі вимагає використання єдиних, загальновизнаних підходів у цьому питанні, оскільки наявність численних класифікацій і різноманітної номенклатури пухлин, різного розуміння одних і тих самих термінів, зумовлює значні труднощі в інтерпретації наукових і клінічних досліджень, обміні досвідом, порушує наступність під час надання допомоги в різних лікувальних закладах. Вищенаведене визначає важливість знання принципів і методів діагностики, лікування пухлин голови та шиї, а також їх профілактики.

2 Конкретні цілі:

- 2.1. Аналізувати етіологічні фактори виникнення одонтогенних кіст щелеп.
- 2.2. Пояснювати клінічну картину одонтогенних кіст щелеп.
- 2.3. Класифікувати одонтогенні кісти щелеп.
- 2.4. Трактувати дані рентгенологічних досліджень пацієнтів з одонтогенними кістами щелеп.
- 2.5. Малювати схеми рентгенологічної картини та локалізації одонтогенних кіст щелеп, оперативних втручань при цитотомії та цистектомії.
- 2.6. Скласти план обстеження та лікування пацієнтів з одонтогенними кістами щелеп.
- 2.7. Пояснювати особливості клінічного перебігу пухлиноподібних уражень щелеп.
- 2.8. Класифікувати пухлиноподібні ураження щелеп.
- 2.9. Трактувати дані рентгенографічних, цитологічних та гістологічних досліджень при пухлиноподібних ураженнях щелеп.
- 2.10. Малювати схеми обстеження хворих з пухлиноподібними ураженнями щелеп.
- 2.11. Проаналізувати особливості диференційної діагностики пухлиноподібних уражень щелеп.
- 2.12. Скласти план обстеження та лікування хворих з пухлиноподібними ураженнями щелеп.

3. БАЗОВИЙ РІВЕНЬ ПІДГОТОВКИ.

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Анатомія людини.	Визначати межі щелепно-лицевої ділянки, анатомію верхньої та нижньої щелеп, кровопостачання та іннервацію тканин голови та шиї.
2. Гістологія та патологічна анатомія.	Ідентифікувати гістологічну будову та морфологічну структуру патологічно-змінених тканин, вміти зробити взяття матеріалу для морфологічного дослідження.
3. Топографічна анатомія та оперативна хірургія.	Малювати різні методики оперативних доступів при лікуванні пухлиноподібних утворень щелеп, застосовуючи знання топографічної анатомії щелепно-лицевої ділянки та принципи оперативних доступів до

	різних відділів щелепно-лицевої ділянки.
4. Патологічна фізіологія.	Тракувати етіологію та патогенез одонтогенних кіст щелеп, остеогенних пухлиноподібних утворень щелеп, зміну обміну речовин в патологічно змінених тканинах.
5. Загальна хірургія.	Володіти методами обробки рук хірурга, накладання швів на рану.

4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ.

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термин	Определение
Одонтогенні пухлини.	Одонтогенні пухлини і пухлиноподібні процеси відносяться до органоспецифічних і зустрічаються тільки в щелепних кістках.
Цистотомія.	Суть операції полягає в тому, що з порожнини кісти створюють додаткову бухту порожнини рота.
Цистектомія.	Повне видалення кісти з оболонкою і ушиванням рани наглухо.
Хвороба Енгеля - Реклінгхаузена.	Паратиреоїдного (генералізована) фіброзна остеодистрофія.
Хвороба Педжета.	Деформуючий остоз, деформує остеодистрофія

4.2. Теоретичні питання до заняття.

1. Дати загальну характеристику одонтогенним епітеліальним пухлинам.
2. Які новоутворення відносять до одонтогенних епітеліальних кіст щелеп?
3. Перерахувати клінічні ознаки різних одонтогенних епітеліальних кіст щелеп.
4. Діагностика та диференційна діагностика одонтогенних епітеліальних кіст щелеп.
5. Методи лікування одонтогенних епітеліальних кіст щелеп.
6. Перерахувати ускладнення, які виникають при одонтогенних епітеліальних кістах.
7. Анатомія кісток лицевого скелету.
8. Ембріогенез та гістологічна будова кісток обличчя.
9. Теорії походження пухлиноподібних уражень щелеп.
10. Гістологічні та клінічні класифікації пухлиноподібних уражень щелеп.
11. Клінічна картина пухлиноподібних уражень щелеп.
12. Діагностика та диференційна діагностика пухлиноподібних уражень щелеп.
13. Методи лікування пухлиноподібних уражень щелеп.
14. Прогноз та ускладнення під час та після лікування пухлиноподібних уражень щелеп.
15. Клініка та лікування радикальної кісти нижньої щелепи.
16. Фолікулярна кіста щелепи: клініка, диференціальна діагностика, лікування.
17. Резидуальна кіста щелеп: етіологія, патогенез, диференційна діагностика, лікування.
18. Парадентарна кіста щелеп: етіологія, патогенез, диференційна діагностика, лікування.

19. Остеогенні пухлиноподібні утворення: остеодисплазія, паратиреоїдна остеодистрофія, хвороба Педжета, еозинофільна гранульома: походження, клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.

4.3. Практичні завдання, які виконуються на занятті.

1. Зібрати анамнез та провести клінічне обстеження хворого, правильно оформити історію хвороби, встановити діагноз і призначити лікування.
2. Виконати будь-який вид місцевого знеболення в щелепно-лицевій ділянці.
3. 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.

ЗМІСТ ТЕМИ.

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.

Клініка. Росте повільно, роками, безболісно, довготривалий час не помітно для хворого. При збільшенні кістки за рахунок накопичення в ній продуктів розщеплення та трансудату із судин оболонки кістки.

При витонченні кістки пальпаторно відмічається симптом «пергаментного хрусту», вперше описаний Дюпюїтреном, а в місцях повного розсмоктування кістки наявна флюктуація. При аспірації вмісту кістки шприцем отримуємо рідину світло-жовтого кольору або, інколи, з бурим або коричневим відтінком. В ній вміщується холестерин, який добре помітно під мікроскопом, а при висиханні - простим оком. Розміри кістки різні: від горошини і до курячого яйця.

Фолікулярна (біякоронкова) кіста.

Походження кісти відбувається:

- по перше, в зв'язку з довготривалим хронічним запаленням біля коренів прорізававшихся молочних або постійних зубів;
- по друге, в зв'язку з розвитком зубного фолікула.

Клінічна картина схожа з клінічною картиною радикулярної кісти. Диференційна діагностика ґрунтується на даних рентгенівського знімку, на якому в порожнині кістки 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 прорізававшийся 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.

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 злоякісне 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.

Херувізмом 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-волокнутої 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. Reget 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 перевантаженням 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 рихловолокнистою 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 остеоїдної тканин є гніздові осередки звапніння новоутвореної кістки, які обумовлюють деформацію і нерівний рельєф ураженої кістки. На відміну від гіпертиреоїдної 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 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 компоненту пухлини. В результаті швидкої і прогресуючої декальцинації кісток у всьому організмі наступають характерні зміни: у нирках, легенях, травневій системі відкладаються солі кальцію. Розвивається картина вапняного нефрозу, нефрокальцинозу, ниркових каменів, калькульозного пієлонефриту. 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 запізнілому лікуванні прогноз несприятливий (можливі переломи різних кісток, петрифікація нирок з розвитком нефропатії — ниркового каменеутворення, пієлонефриту, петрифікація легень, периферичних судин).

МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ.

А. Завдання для самоконтролю:

1. Дати загальну характеристику одонтогенним епітеліальним пухлинам.
2. Які новоутворення відносять до одонтогенних епітеліальних кіст щелеп?
3. Перерахувати клінічні ознаки різних одонтогенних епітеліальних кіст щелеп.
4. Діагностика та диференційна діагностика одонтогенних епітеліальних кіст щелеп.
5. Методи лікування одонтогенних епітеліальних кіст щелеп.
6. Перерахувати ускладнення, які виникають при одонтогенних епітеліальних кістах.
7. Анатомія кісток лицевого скелету.
8. Ембріогенез та гістологічна будова кісток обличчя.
9. Теорії походження пухлиноподібних уражень щелеп.

Б. Тестові завдання.

1. При рентгенологічному обстеженні на рентгенограмі в проекції верхівки кореня 2.7 зуба виявлена деструкція кісткової тканини круглої форми з чіткими рівними межами розмірам 0,7x0,7 см. Ваш діагноз.

Варіанти відповіді:

- A. Одонтома.
- B. Кіста.
- C. Гранульома.
- D. Кістогранульома.
- E. Остеома.

Правильна відповідь:

- D. Кістогранульома.

2. При огляді пацієнта виявлено деформацію альвеолярного відростка верхньої щелепи в межах 2.2, 2.4 зубів. 2.3 зуб відсутній. перехідна складка в межах цих зубів згладжена, слизова оболонка блідо-рожевого кольору, при пальпації щільної консистенції, безболісна. На рентгенограмі 2.2, 2.4 зубів відмічається деструкція кісткової тканини округлої форми з чіткими рівними контурами. В проекції цієї деструкції знаходиться коронка зуба. Поставте діагноз.

Варіанти відповіді:

- A. Одонтома.
- B. Глобуломаксилярна кіста.
- C. Носо-піднебінна кіста.
- D. Фолікулярна кіста.
- E. Радикулярна кіста.

Правильна відповідь:

- D. Фолікулярна кіста.

3. Чоловік, 35 років, звернувся 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 пунктаті?

Варіанти відповіді:

- A. Кров.
- B. Жовтувата рідина.
- C. Гній.
- D. Епітелій.
- E. Каламутний інфільтрат.

Правильна відповідь:

- B. Жовтувата рідина.

4. У пацієнта, 45 років, 10 років тому виникло новоутворення у передньому відділі піднебіння. Слизова оболонка над ним в кольорі не змінена. Зуби 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 інтактні. На внутрішньоротовій рентгенограмі верхньої щелепи відмічається один осередок деструкції кісткової тканини з чіткими контурами розміром 2,5x1,5 см. Періодонтальна щілина в ділянці 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 визначається добре. Який найвірогідніший діагноз?

Варіанти відповіді:

- A. Кіста носо-піднебінного каналу.
- B. Радикулярна кіста.
- C. Глобуломаксилярна кіста.
- D. Резидуальна кіста.
- E. Фолікулярна кіста.

Правильна відповідь:

- A. Кіста носо-піднебінного каналу.

5. Пацієнт, 23 років, звернувся зі скаргами на неприємні відчуття в ділянці 1.2 зуба. На рентгенограмі в ділянці верхівки кореня 1.2 зуба визначається розрідження з чіткими межами діаметром до 8-10 мм. Який метод хірургічного лікування є найдоцільнішим?

Варіанти відповіді:

- A. Цистотомія.
- B. Ампутація кореня.
- C. Гемісекція.
- D. Видалення зуба.
- E. Резекція верхівки кореня.

Правильна відповідь:

- E. Резекція верхівки кореня.

6. У пацієнта, 10 років, виявлено наступну клінічну картину: обличчя має квадратну форму за рахунок збільшення на ділянках кутів щелепи. На рентгенограмі – дрібнопетлиста структура кістки нижньої щелепи на ділянках її кутів. Деформація спостерігається з моменту народження, болі з'явилися близько 6 місяців тому. Який діагноз?

Варіанти відповіді:

- A. Херувізм.
- В. Фібозна остеодисплазія.
- С. Деформуючий остоз.
- Д. Паратиреоїдна остеодистрофія.
- Е. Еозинофільна гранульома.

Правильна відповідь:

- A. Херувізм.

7. У пацієнта, 10 років, виявлено наступну клінічну картину: обличчя має квадратну форму за рахунок збільшення на ділянках кутів щелепи. На рентгенограмі – дрібнопетлиста структура кістки нижньої щелепи на ділянках її кутів. Деформація спостерігається з моменту народження, болі з'явилися близько 6 місяців тому. Встановлено діагноз херувізм. Який метод лікування необхідно застосувати?

Варіанти відповіді:

- A. Хірургічне лікування – вискоблювання.
- В. Хірургічне лікування – часткова субперіостальна резекція щелепи.
- С. Хірургічне лікування – резекція щелепи.
- Д. Консервативне лікування та диспансерне спостереження.
- Е. Лікування не проводиться.

Правильна відповідь:

- D. Консервативне лікування та диспансерне спостереження.

8. У пацієнта, 34 років, встановлено діагноз: хвороба Енгля-Реклінгаузена. Разом з яким спеціалістом необхідно проводити лікування та диспансерний нагляд?

Варіанти відповіді:

- A. Хірургом.
- В. Невропатологом.
- С. Ендокринологом.
- Д. Офтальмологом.
- Е. Алергологом.

Правильна відповідь:

- С. Ендокринологом.

9. У пацієнта, 59 років, виявлено хворобу Педжета в пізній стадії перебігу з симптомами порушення мовлення, зниження інтелекту, різкими головними болями. З чим пов'язана дана симптоматика?

Варіанти відповіді:

- A. Деформація кісток мозкового черепа.
- В. Деформація кісток лицевого черепа.
- С. Стиснення головного мозку.
- Д. Стиснення судинно-нервового пучка ший.
- Е. Деформація кісток мозкового черепа та поступове стиснення головного мозку.

Правильна відповідь:

Е. Деформація кісток мозкового черепа та поступове стиснення головного мозку.

10. Хвороба Брайцева-Ліхтенштейна є синонімом:

Варіанти відповіді:

- В. Херувізму.
- С. Деформуючого остозу.
- Д. Паратиреоїдної дистрофії.
- Е. Еозинофільної гранульоми.

Правильна відповідь:

А. Фіброзна остеодисплазія.

В. Задачі для самоконтролю.

Задача 1.

Пацієнт, 17 років, звернувся зі скаргами на відсутність ікла на лівій верхній щелепі. При огляді 2.3 зуб в зубній дузі відсутній. На R-грамі визначається гомогенне розрідження кісткової тканини овальної форми з чіткими межами в порожнині якого знаходиться зуб, що не прорізався. Яка кіста у пацієнта?

Варіанти відповіді:

- А. Радикулярна.
- В. Фолікулярна кіста.
- С. Епідермальна.
- Д. Парадентальна.
- Е. Зубовміщуюча.

Правильна відповідь:

В. Фолікулярна кіста.

Алгоритм рішення:

1. Для встановлення діагнозу слід звернути увагу на скарги пацієнта – відсутність ікла на лівій верхній щелепі, а також на клінічні ознаки – 2.3 зуб в зубній дузі відсутній. Підтверджують діагноз і дані рентгенологічного дослідження – гомогенне розрідження кісткової тканини овальної форми з чіткими межами в порожнині якого знаходиться зуб, що не прорізався.

2. Діагнози А, С, D та Е не відповідають наведеним скаргам, клінічній картині та даним рентгенологічного дослідження.

Задача 2.

Пацієнт, 20 років, скаржиться на періодичний біль в області правої верхньої щелепи та вибухання на альвеолярному відростку в області 1.1 зуба. 4 роки тому була травма, після чого коронка 1.1 зуба потемніла. Об'єктивно: перкусія зуба безболісна. На рентгенограмі визначається вогнище деструкції кісткової тканини округлої форми з чіткими межами в області верхівки кореня 1.1 зуба, діаметром 2 см. При пункції виходить рідина жовтого кольору з кристалами холестерину. Який діагноз найвірогідніший?

Варіанти відповіді:

- A. Радикулярна кіста верхньої щелепи.
- B. Амелобастома верхньої щелепи.
- C. Хронічний остеомієліт верхньої щелепи.
- D. Остеобластокластома верхньої щелепи.
- E. Кіста різцевого каналу.

Правильна відповідь:

- A. Радикулярна кіста верхньої щелепи.

Алгоритм рішення:

1. Для встановлення діагнозу слід звернути увагу на скарги пацієнта – періодичний біль в області правої верхньої щелепи та вибухання на альвеолярному відростку в області 1.1 зуба, анамнез – 4 роки тому була травма, після чого коронка 1.1 зуба потемніла; а також на клінічні ознаки – вибухання на альвеолярному відростку в області 1.1 зуба, перкусія зуба безболісна. Підтверджують діагноз і дані рентгенологічного дослідження – вогнище деструкції кісткової тканини округлої форми з чіткими межами в області верхівки кореня 1.1 зуба, діаметром 2 см та діагностичної пункції – рідина жовтого кольору з кристалами холестерину.

2. Діагнози B, C, D та E не відповідають наведеним скаргам, клінічній картині та даним додаткових методів дослідження.

Задача 3.

Пацієнт, 48 років, скаржиться на пухлиноподібне утворення на твердому піднебінні. При огляді: у передньому відділі піднебіння напівкулясте випинання із чіткими межами. 1.1, 2.1 зуби інтактні. Рентгенологічно – вогнище гомогенного розрідження кісткової тканини з чіткими межами, розмірами 3,5x2,5 см. На тлі розрідження кісткової тканини проєктуються корені інтактних 1.1, 2.1 зубів, періодонтальна щілина простежується. Поставте попередній діагноз.

Варіанти відповіді:

- A. Кіста носо-піднебінного каналу.
- B. Фолікулярна кіста верхньої щелепи.
- C. Радикулярна кіста верхньої щелепи.
- D. Амелобластома верхньої щелепи.
- E. Остеобластокластома верхньої щелепи.

Правильна відповідь:

- A. Кіста носо-піднебінного каналу.

Алгоритм рішення:

1. Для встановлення діагнозу слід звернути увагу на скарги пацієнта – на пухлиноподібне утворення на твердому піднебінні, а також на клінічні ознаки – у передньому відділі піднебіння напівкулясте випинання із чіткими межами. 1.1, 2.1 зуби інтактні. Підтверджують діагноз і дані рентгенологічного дослідження – вогнище гомогенного розрідження кісткової тканини з чіткими межами, розмірами 3,5x2,5 см. На тлі

розрідження кісткової тканини проектується корені інтактних 1.1, 2.1 зубів, періодонтальна щілина простежується.

2. Діагнози В, С, D та Е не відповідають наведеним скаргам, клінічній картині та даним рентгенологічного дослідження.

Задача 4.

В клініку звернулася пацієнтка, 19 років, при обстеженні якої, було встановлено, що вона має поліоссальну фіброзну дисплазію, передчасне статеве дозрівання, пігментні плями (кавові забарвлення) на шкірі у вигляді географічної карти.

1. Встановіть попередній діагноз.
2. Складіть план обстеження та лікування.

Алгоритм відповіді:

1. Синдром Олбрайта, який є окремим проявом хвороби Брайцева-Ліхтенштейна.
2. Обстеження пацієнтки (променева діагностика), спостереження в динаміці, паліативні або багатоетапні хірургічні втручання.

Задача 5.

Пацієнт, 42 років, звернувся до клініки зі скаргами на неприємний запах з рота, збільшення ясен у розмірах, рухомість зубів. При огляді виявлено: в області 4.4 – 3.3 зубів має місце гіпертрофія ясен, пародонтальні кармани глибиною 3-5 мм, гноетеча, корені 4.1, 3.1, 3.2 – оголені на 2/3, рухомість 4.4 – 3.3 зубів II-III ступеню. Має місце деформація нижньої щелепи у фронтальному відділі. На рентгенограмі – множинні вогнища деструкції кісткової тканини з неправильними контурами, відзначається резорбція коренів 4.1, 3.1, 3.2 зубів.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Складіть план лікування.

Алгоритм відповіді:

1. Хвороба Таратинова (дифузна форма).
2. Оперативне лікування з видаленням утворення в межах здорових тканин (кюретаж), після консультації з гематологом та ортопедом-стоматологом (післяопераційна реабілітація).

Література:

Основна:

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник / [В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін.] — К. : ЛОГОС, 2011. У 2 т. — Т. 1. — 669 с.

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

ЗАТВЕРДЖЕНО
на засіданні кафедри хірургічної стоматології
та клінічних дисциплін
Завідувач кафедри
к. мед. н., доц. Гема-Багіна Н. М.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

Курс V; Факультет Стоматологічний

Навчальна дисципліна: Хірургічна стоматологія

Субординатура

Тема № 14. 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. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

В останні роки спостерігається безперервний ріст частоти захворюваності на злоякісні новоутворення м'яких тканин порожнини рота і обличчя, кісток лицевого черепа. Тому, майбутній лікар повинен бути обізнаним в питаннях канцерогенезу, без чого неможна теоретично обґрунтувати застосування як профілактичних заходів, так і методів лікування. Ефективність лікування злоякісних пухлин повністю залежить від стану діагностики, оволодіння принципами і практичними навичками з профілактики, ранньої діагностики, знань показань та протипоказань до сучасних методів лікування онкологічних захворювань. Знання організації онкологічної служби необхідні для своєчасного направлення хворих з пухлинами до спеціалістів-онкологів в спеціалізовані медичні заклади.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

1. Аналізувати захворюваність злоякісних новоутворень губи, язика, слизової оболонки порожнини рота, м'яких тканин обличчя та щелеп.
2. Пояснювати патогенез виникнення раку та саркоми м'яких тканин порожнини рота і обличчя, кісток лицевого черепа.
3. Запропонувати методи діагностики злоякісних новоутворень м'яких тканин порожнини рота і обличчя, кісток лицевого черепа.
4. Класифікувати злоякісні новоутворення м'яких тканин порожнини рота і обличчя, кісток лицевого черепа.
5. Тракувати патологічну анатомію злоякісних новоутворень м'яких тканин порожнини рота і обличчя, кісток лицевого черепа.
6. Малювати схеми хірургічних операцій злоякісних новоутворень м'яких тканин порожнини рота і обличчя, кісток лицевого черепа.
7. Проаналізувати висновки діагностичних методів злоякісних новоутворень м'яких тканин порожнини рота і обличчя, кісток лицевого черепа, встановити діагноз.
8. Скласти план лікування злоякісних новоутворень м'яких тканин порожнини рота і обличчя, кісток лицевого черепа в залежності від стадії захворювання та клінічної групи.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Анатомія людини.	Описувати анатомічну будову та особливості кровопостачання, іннервації, лімфатичної системи голови та ший.
2. Гістологія та патологічна анатомія.	Ідентифікувати гістологічну будову та патологічні зміни в м'яких тканинах порожнини рота і обличчя, кісток лицевого черепа при злоякісних новоутвореннях.
3. Загальна хірургія.	Тракувати та обґрунтувати план хірургічного лікування при злоякісних новоутвореннях щелепно – лицевої ділянки, методи відновлюючих операцій.
4. Внутрішні хвороби.	Демонструвати огляд та обстеження пацієнта, призначення клінічних досліджень, встановлення діагнозу, описання історії хвороби.
5. Топографічна анатомія та оперативна хірургія.	Малювати схематичне зображення операцій при злоякісних новоутвореннях м'яких тканин порожнини рота і обличчя, кісток лицевого черепа .

6. Пропедевтика хірургічної стоматології.	Володіти методами забору матеріалу для цитологічного та гістологічного дослідження.
---	---

4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ.

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
1. Рак на місці (інтраепітеліальний рак).	Cancer in situ.
2. Біопсія тотальна.	Біопсія in toto.
3. Продовження захворювання.	Prolongatio morbi.
4. Метастаз.	Вторинне патологічне вогнище, яке виникає внаслідок переносу в організмі різного патологічного матеріалу.
5. Канцерогенез.	Механізм розвитку раку.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

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?

4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Обстежити хворого зі злоякісним новоутворенням м'яких тканин порожнини рота, обличчя, кісток лицевого черепа.
2. Заповнити медичну документацію на хворого із злоякісним новоутворенням м'яких тканин порожнини рота, обличчя, кісток лицевого черепа.
3. Скласти план обстеження хворого із злоякісним новоутворенням м'яких тканин порожнини рота, обличчя, кісток лицевого черепа.
4. Взяти матеріал для цитологічного дослідження пухлини.
5. Провести забір матеріалу для цитологічного дослідження лімфатичних вузлів.

6. Провести забір матеріалу для гістологічного дослідження (виконати біопсію).
7. Поставити та обґрунтувати клінічний діагноз.
8. Скласти та обґрунтувати план лікування.
9. Призначити хворому диспансерний нагляд.

ЗМІСТ ТЕМИ.

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, зміна вологості, температури. Значну роль відіграють хронічна травматизація губ каріозними зубами і неправильно виготовленими протезами, хронічна травма внаслідок паління тютюну, вірусна інфекція та ін.

Класифікація раку губи. В залежності від розповсюженості 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).
 - Ретромолярна 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;
- N₃** – метастази в лімфатичних вузлах понад 6 см у найбільшому вимірі.

Примітка: лімфатичні вузли по середній лінії тіла вважаються гомолатеральними.

M – метастази у віддалені органи;

M_x – недостатньо даних для визначення віддалених метастазів;

M₀ – немає ознак віддалених метастазів;

M₁ – 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;

G₁ – високий ступінь диференціації;

G₂ – середній ступінь диференціації;

G₃ – низький ступінь диференціації;

G₄ – недиференційована пухлина.

Клініка. Клінічні прояви раку губи досить різноманітні. Розрізняють екзофітні та ендофітні види росту пухлини.

До екзофітних належать папілярна та бородавчаста форми, які виникають на фоні папілом, обмеженого вогнищевого 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 с 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 променеве: 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 Ванаса 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 виліковування первинної пухлини виконують фасціальньо-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 хіміотерапії (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. Стійке виліковування 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 плескатоного лишая та червоного вовчака, пострентгенівський стоматит та інші.

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 а 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'які 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 іхорозний запах із рота;

III – період занедбаності захворювання: рак швидко розповсюджується, процес є виключно агресивним. Пухлинний інфільтрат уражується, появляється 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 збоку 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 раннє, 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-синє 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 епітеліиту 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 кріодеструкції.

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 виліковується 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, вкритим епітелієм рожевого кольору. Біля основи виразки може бути болючий інфільтрат.	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. Навкруги виразки широкий запальний пояс. Виразка дуже болюча. Біля основи виразки – болючий інфільтрат.	Виразка – на місці актиномікотичного вузла; дно бухто подібне, місцями вкриті жовтуватими точками. При їх дослідженні знаходять друзі актиноміцетів. Біля основи виразки – щільний, мало болючий, «дерев'янистий» інфільтрат.	Виразка має кратероподібний вигляд. Краї дуже щільні, валикоподібні, які поступово спускаються до дна виразки. Дно жовтуватого кольору. Біля основи виразки – щільний інфільтрат, безболісний.

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. Метаплазія 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.

IIб 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 розповсюдженості 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 із/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 контралатеральні 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 контралатеральні 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 _{із}	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 _{4в}	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'яністі 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;
- слъозотеча (обструкція слъозо-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 злоякісності. 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'янисті 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 злоякісної 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 схилу 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 рентгенівське 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 екзентерацією 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 фасціально-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 стенсового 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 короточасний 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, ретромоларної 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 відростка, 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; вродженої 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-лищевої 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-лищевої 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: ніючий 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,

мікросаркома, 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 ПКОД. 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.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ.

А. Завдання для самоконтролю:

1. Описання анатомічної будови та особливостей кровопостачання, іннервації, лімфатичної системи голови та шії.
2. Знання гістологічної будови м'яких тканин порожнини рота і обличчя, кісток лицевого черепа.
3. Знання патологічних змін в гістологічній будові м'яких тканин порожнини рота і обличчя, кісток лицевого черепа при злоякісних новоутвореннях.
4. Описання історії хвороби, порівняння клінічних обстежень.

Б. Тестові завдання.

1. Пацієнт, 42 років, хворіє біля 1 року. Об'єктивно: асиметрія обличчя внаслідок деформації верхньої щелепи. Шкірні покрови над деформацією не змінені. В підочній області оніміння шкіри. З носу смердюче гнійно-геморагічне виділення. В порожнині рота 2.4, 2.5, 2.6, 2.7 зуби рухомі III ст. Регіонарні лімфатичні вузли не збільшені, рухомі. На Rg-грамі додаткових пазух носа виявлено затемнення лівої верхньощелепної пазухи та резорбція її зовнішньої стінки. Визначте вірогідний діагноз?

Варіанти відповіді:

- A. Остеобластокластома лівої верхньої щелепи.
- B. Перелом лівої верхньої щелепи.
- C. Хронічний одонтогенний лівобічний гайморит.
- D. Злоякісна пухлина лівої верхньої щелепи.
- E. Актиномікоз лівої верхньої щелепи.

Правильна відповідь:

D. Злоякісна пухлина лівої верхньої щелепи.

2. Пацієнт, 42 років, хворіє майже рік. Об'єктивно: асиметрія обличчя внаслідок деформації верхньої щелепи. Шкірні покрови над деформацією не

змінені. У підочній області оніміння шкіри. З носу – смердюче гнійно-геморагічне виділення. У порожнині рота 2.4, 2.5, 2.6, 2.7 зуби рухомі III ст. Регіонарні лімфатичні вузли не збільшені та рухомі. На R-грамі приноскових пазух є затемнення верхньощелепної пазухи та резорбція її зовнішньої стінки. Визначте вірогідний діагноз?

Варіанти відповіді

- A. Остеобластокластома лівої верхньої щелепи.
- B. Злоякісна пухлина лівої верхньої щелепи.
- C. Перелом лівої верхньої щелепи.
- D. Хронічний одонтогенний гайморит зліва.
- E. Актиномікоз лівої верхньої щелепи.

Правильна відповідь

- B. Злоякісна пухлина лівої верхньої щелепи.

3. Яке хірургічне лікування буде проведено пацієнту 55 років з діагностованим первинним раком нижньої щелепи, якщо пухлина не проростає в окістя?

Варіанти відповіді:

- A. Резекція нижньої щелепи в межах здорових тканин і операція Крайля.
- B. Резекція нижньої щелепи в межах здорових тканин і, за показаннями, первинна кісткова пластика.
- C. Резекція нижньої щелепи в межах здорових тканин і фасціально-футлярне висічення шийної клітковини.
- D. Тотальна резекція нижньої щелепи.
- E. Вилущування змінених тканин з патологічного вогнища.

Правильна відповідь:

- B. Резекція нижньої щелепи в межах здорових тканин і, за показаннями, первинна кісткова пластика.

4. Який найбільш оптимальний метод лікування необхідно призначити пацієнтові 85 років, у якого діагностовано рак нижньої щелепи зліва T2N1M0, хронічна серцева недостатність?

Варіанти відповіді:

- A. Хіміотерапія.
- B. Паліативне.
- C. Променева терапія.
- D. Симптоматичне, паліативне.
- E. Комбіноване.

Правильна відповідь:

- D. Симптоматичне, паліативне.

5. Пацієнт О. 60 років лікувався в онкологічному диспансері з приводу раку нижньої щелепи В які терміни йому можна виконати вторинну пластику дефекту кістки?

Варіанти відповіді:

- A. Через 1 рік після комбінованого лікування при відсутності рецидивів і метастазів.
- B. Безпосередньо після оперативного втручання.
- C. Через 2 роки після комбінованого лікування при відсутності рецидивів і метастазів.
- D. Через 5 років після комбінованого лікування при відсутності рецидивів і метастазів.
- E. Через 6 місяців після комбінованого лікування при відсутності рецидивів і метастазів.

Правильна відповідь:

- C. Через 2 роки після комбінованого лікування при відсутності рецидивів і метастазів.

6. Пацієнтка, 48 років, звернулася до лікаря зі скаргами з приводу виразки бокової поверхні язика. З'явилася виразка близько 6 місяців тому. Появу виразки пов'язує з тим, що язик в цьому місці часто травмується об зламану коронку 4.7 зуба. Об'єктивно: на бічній поверхні язика в середній третині – виразка розміром 1,5x2,0x0,5 см з підритими кратероподібними краями. Праві піднижньощелепні лімфатичні вузли – збільшені та малорухомі. Який найвірогідніший діагноз?

Варіанти відповіді:

- A. Рак язика.
- B. Декубітальна виразка язика.
- C. Ураження язика при лейкозі.
- D. Туберкульозна виразка язика.
- E. Сифілітична виразка язика.

Правильна відповідь:

- A. Рак язика.

7. Пацієнт, 65 років, скаржиться на біль в язику, болісне ковтання. Об'єктивно: на латеральному боці ближче до кореня язика локалізується виразка розміром 5,0 см. Навколо виразки відзначається значна іфільтрація тканин без чітких меж. Який найімовірніший діагноз?

Варіанти відповіді:

- A. Сибірка.
- B. Трофічна виразка язика.
- C. Туберкульозна виразка.
- D. Нома.
- E. Рак кореня язика.

Правильна відповідь:

- E. Рак кореня язика.

8. Пацієнту С. 68 років встановлений діагноз «рак слизової оболонки правої щоки». Від чого буде залежати ефективність хіміотерапії у даного пацієнта?

Варіанти відповіді:

- A. Маса пухлини.
- B. Морфологічної структури пухлини.
- C. Локалізації пухлини.
- D. Поширеності процесу.
- E. Всі нижче перераховані відповіді правильні.

Правильна відповідь:

- E. Всі нижче перераховані відповіді правильні.

9. Пацієнту Б. 56 років показано комбіноване лікування з приводу раку слизової оболонки дна порожнини рота. Що включає в себе поняття «комбіноване лікування злоякісних пухлин»?

Варіанти відповіді:

- A. Передопераційний курс хіміотерапії, радикальна операція і післяопераційний курс променевої терапії.
- B. Близькофокусна рентгенотерапія в поєднанні з дистанційною гамма-терапією.
- C. Декілька курсів поліхіміотерапії за схемою.
- D. Променева терапія в поєднанні з хіміотерапією.
- E. Курс хіміотерапії і близькофокусна рентгенотерапія.

Правильна відповідь:

- A. Передопераційний курс хіміотерапії, радикальна операція і післяопераційний курс променевої терапії.

10. Яке лікування показано пацієнтові Т. 59 років, у якого діагностовано плоскоклітинний зроговілий рак слизової оболонки переднього відділу дна рота з резорбцією альвеолярного відростка нижньої щелепи у фронтальній ділянці, стадія III, клінічна група 2-а.?

Варіанти відповіді:

- A. Хірургічне.
- B. Комбіноване.
- C. Променева терапія.
- D. Хіміотерапія.
- E. Паліативне хіміо-променеве і симптоматичне.

Правильна відповідь:

- B. Комбіноване.

В. Задачі для самоконтролю.

Задача 1.

Пацієнт, 35 років, звернувся зі скаргами на наявність припухлості в області нижньої щелепи, рухомість зубів, біль, який турбує переважно по ночах. Пухлину виявив 2 місяці тому, тиждень тому з'явилося оніміння нижньої губи. Об'єктивно: пухлина нерухома, щільної консистенції, слизова оболонка над нею бліда. На рентгенограмі: визначаються ділянки ущільнення кістки з нечіткими межами та наявність кісткових голок, розташованих перпендикулярно до поверхні щелепи. Про яке захворювання можна думати?

Варіанти відповіді:

- A. Рак нижньої щелепи.
- B. Остеобластокластома нижньої щелепи.
- C. Амелобластома.
- D. Саркома нижньої щелепи.
- E. Загострення хронічного остеомієліту.

Правильна відповідь

- D. Саркома нижньої щелепи.

Алгоритм відповіді:

Для встановлення діагнозу слід звернути увагу на скарги (наявність припухлості в області нижньої щелепи, рухомість зубів, біль, який турбує переважно по ночах, оніміння нижньої губи), дані об'єктивного обстеження (пухлина нерухома, щільної консистенції, слизова оболонка над нею бліда) та дані рентгенограми (визначаються ділянки ущільнення кістки з нечіткими межами та наявність **кісткових голок**, розташованих перпендикулярно до поверхні щелепи). Таким чином, правильна відповідь D.

Задача 2.

У пацієнта, 64 років, з'явилися кров'янисті виділення з лівої половини носа, відмічається рухомість зубів лівої верхньої щелепи. Пацієнт впродовж 2-х останніх років відчуває ниючі болі в лівій стороні верхньої щелепи. На лівій боковій поверхні шиї визначається щільне пухлиноподібне утворення. Пацієнт виснажений. Який найвірогідніший діагноз?

Варіанти відповіді:

- A. Рак лівої верхньої щелепи.
- B. Лівобічний гайморит.
- C. Кіста лівої верхньої щелепи.
- D. Хронічний остеомієліт лівої верхньої щелепи.
- E. Остеобластокластома лівої верхньої щелепи.

Правильна відповідь

- A. Рак лівої верхньої щелепи.

Алгоритм відповіді:

Для встановлення діагнозу необхідно звернути увагу на скарги пацієнта (кров'янисті виділення з лівої половини носа, рухомість зубів лівої верхньої щелепи, ниючі болі в лівій стороні верхньої щелепи) та дані об'єктивного обстеження (на лівій боковій поверхні шиї визначається щільне пухлиноподібне утворення, пацієнт виснажений). Таким чином, правильна відповідь A.

Задача 3.

У чоловіка, 49 років, через два роки після променевої терапії діагностовано рецидив раку нижньої губи. Об'єктивно: в області правої половини нижньої губи є новоутворення розміром 1x2 см з виразкою в центрі. У правій підщелепній області виявляються 2 збільшених, щільних та безболісних лімфовузла круглої форми. Який метод лікування у даному випадку найоптимальніший?

Варіанти відповіді:

- A. Операція Ванаха.
- B. Клиновидна резекція нижньої губи.
- C. Прямокутна резекція нижньої губи.
- E. Комбінований метод.

Правильна відповідь

- E. Комбінований метод.

Алгоритм рішення:

Оскільки, у пацієнта рецидив пухлини та метастази у лімфатичні вузли , йому показаний комбінований метод лікування.

Задача 4.

Пацієнт, 44 років, звернувся зі скаргами на наявність різкої болісності під язиком справа. Біль непокоїть майже два місяці. Останнім часом з'явилося утруднення рухів язика. На загальний стан здоров'я пацієнт скарж не має. З анамнезу відомо, що пацієнт багато курить та вживає алкоголь, особливо останні 5 років, любить гостру їжу. При зовнішньоротовому обстеженні визначаються поодинокі, збільшені, рухомі лімфатичні вузли в піднижньощелепній області та у середньобочковому відділі шиї справа. При внутрішньоротовому обстеженні знайдено ділянку слизової оболонки порожнини рота з вираженим гіперкератозом довжиною до 4 см, що розташована між під'язиковим валиком і тілом нижньої щелепи справа. У центрі та у глибині цього осередку є щілоноподібна виразка довжиною до 2 см. Пальпаторно визначається значне ущільнення м'яких тканин навколо виразки, що спаяне з тілом нижньої щелепи справа. При рентгенологічному дослідженні тіла та гілки нижньої щелепи справа визначається осередок резорбції кортикальної пластинки внутрішньої поверхні тіла нижньої щелепи справа.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Які додаткові методи обстеження необхідно провести?
3. Вкажіть джерело ураження нижньої щелепи.

Алгоритм рішення:

1. На основі анамнезу, характеру виразки та оточуючих тканин, наявність збільшених регіональних лімфовузлів можна припустити злоякісне утворення – рак дна порожнини рота з розповсюдженням на нижню щелепу справа.
2. Додатково слід провести рентгенологічне дослідження нижньої щелепи в боковій проекції та отримати дані цитологічного або гістологічного дослідження.
3. Джерело вторинного ураження нижньої щелепи справа – слизова оболонка дна порожнини рота.

Задача 5.

Пацієнт, 46 років, звернувся зі скаргами на порушення мовлення, неможливість нормального вживання їжі через відсутність рухів язика. Порушення рухомості язика він помітив майже 6 місяців тому. До лікаря

звернувся лише 2 місяці тому, займався самолікуванням. Пацієнт курить та вживає алкоголь. Кахексія. При огляді у лівій піднижньощелепній області виявлено конгломерат лімфатичних вузлів, який практично не зміщується. Справа у піднижньощелепній області пальпуються поодинокі, збільшені, безболісні та рухомі лімфатичні вузли. В порожнині рота язик практично нерухомий, спаяний з тканинами тіла нижньої щелепи зліва в області відсутніх 3.3, 3.4, 3.5 та 3.6 зубів. Виразкова поверхня з ущільненими краями простягається від вередньої третини до кінчика бокової поверхні язика зліва. На місці відсутніх 3.3, 3.4, 3.5 та 3.6 зубів виразка переходить через альвеолярний гребінь на слизову оболонку щоки та нижньої губи зліва. Пи нижньої щелепи зліва в області 3.3, 3.4, 3.5 та 3.6 зубів.

1. Поставте діагноз.
2. Оберіть оптимальний план лікування.

Алгоритм відповіді:

1. На основі анамнезу, даних клінічного огляду (наявність виразки, збільшення лімфатичних вузлів), даних рентгенографії та значної кахексії можна припустити рак середньої третини та передньої третини й частково спинки язика, дна порожнини рота та нижньої щелепи справа, T₄N₃M_x.
2. Передопераційна променева терапія, половинна резекція нижньої щелепи справа й прокольна половинна резекція з одночасним видаленням лімфатичного апарата та жирової клітковини шиї з обох сторін. Враховуючи стадію захворювання, об'єм втручання, краще провести паліативне лікування (променеву та хіміотерапію).

Література.

Основна:

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник / [В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін.] — К. : ЛОГОС, 2011. У 2 т. — Т. 1. — 669 с.
2. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник / [В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін.] — К. : ЛОГОС, 2011. У 2 т. — Т. 2. — 606 с.
3. Бернадський Ю. Й. Основи щелепно-лицевої хірургії і хірургічної стоматології : навчальний посібник / Ю. Й. Бернадський. — К : «Спалах», 2003. — 512 с.
4. Рибалов О.В. Практично-орієнтований іспит з хірургіч. стоматології.: Нав.-медод.-поіб. 2006, П.:РВВ УМСА,
5. Маланчук В.О., Копчак А.В. Доброякісні пухлини та пухлиноподібні ураження щелепно-лицевої ділянки та шиї / Навчальний посібник. — К.: Видавничий дім «Асканія», 2008. — 320 с.
6. Основи стоматології / Под ред. В.О.Маланчука. — К.: Медицина, 2009. — 591 с.
7. Онкологія / За редакцією В.П. Баштана, А.Л.Одабашьяна, П.В.Шелешка. — Тернопіль, Укрмедкнига, 2003. — 300с

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

ЗАТВЕРДЖЕНО
на засіданні кафедри хірургічної стоматології
та клінічних дисциплін
Завідувач кафедри
к. мед. н., доц. Гема-Багіна Н. М.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

Курс V; Факультет Стоматологічний

Навчальна дисципліна: Хірургічна стоматологія

Субординатура

Тема № 15. Вогнепальні, невогнепальні пошкодження м'яких тканин ЩЛД. Опіки і комбіновані пошкодження. Пластика м'яких тканин. Фізіотерапія в комплексному лікуванні травм ЩЛД.

1. Актуальність теми. Знання клінічної картини, особливостей діагностики термічних та комбінованих пошкоджень щелепно-лицевої ділянки та їх ускладнення. Такі знання дозволять лікарю-стоматологу надавати медичну допомогу щелепно-лицевим пораненим в повному обсязі як в умовах військового часу, так і в екстремальних ситуаціях.

2. Конкретні цілі:

- 2.1. Аналізувати результати клінічних обстежень хворих з термічними та комбінованими пошкодженнями м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.
- 2.2. Запропонувати план лікування хворих з термічними та комбінованими пошкодженнями м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки різної локалізації.
- 2.3. Класифікувати різні види опіків та комбінованих пошкоджень м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.
- 2.4. Вміти виділяти основні клінічні прояви при комбінованих пошкодженнях м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки в залежності від локалізації та пошкоджуючого агента.
- 2.5. Здійснити тимчасову та постійну хірургічну обробку ран з опіками м'яких тканин обличчя.
- 2.6. Знати клінічні ознаки опікової хвороби, та комбінованих пошкоджень щелепно-лицевої ділянки.
- 2.7. Оволодіти навичками діагностики хворих з термічними та комбінованими пошкодженнями м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.
- 2.8. Вміти організувати лікування поранених з термічними та комбінованими пошкодженнями м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки та їх ускладненнями на етапах медичної евакуації.
- 2.9. Розвивати творчі здібності в процесі клінічного та теоретичного дослідження проблемних питань травматології та комбустіології щелепно-лицевої ділянки військового часу та в умовах надзвичайних ситуацій.

3. Базовий рівень підготовки.

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
Топографічна анатомія.	Визначити ділянку пошкодження щелепно-лицевої локалізації при опіках та комбінованих ураженнях.
Пропедевтика хірургічної стоматології.	Володіти методами загального та місцевого знеболення при проведенні хірургічної обробки ран.
Загальна хірургія.	Накладати основні типи м'яких пов'язок при опіках.
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 м'яких тканин, оглянути та обстежити пораненого, визначити чергу та порядок надання медичної допомоги пораненому, порядок та чергу евакуації пораненого.

4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
1. Черепно-щелепно-лицеві пошкодження.	Це одночасне пошкодження ЩЛД та головного мозку.
2. Поєднані пошкодження.	Це дія одного травмуючого агента на дві і більше ділянки одночасно.
3. Опікова хвороба.	Патологічний процес, що розвивається внаслідок травматичного шоку.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Визначити поняття комбіновані пошкодження щелепно-лицевої ділянки.
2. Класифікація термічних пошкодженнях щелепно-лицевої ділянки.
3. Визначення патогенез опікової хвороби.
4. Клініка термічних та комбінованих пошкодженнях щелепно-лицевої ділянки.
5. Особливості надання невідкладної допомоги потерпілим з поєднаною травмою щелепно-лицевої ділянки.
6. Особливості лікування потерпілих з комбінованою травмою щелепно-лицевої ділянки.
7. Профілактика ускладнень при комбінованих та термічних пошкодженнях щелепно-лицевої ділянки.

4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Тренінг з надання невідкладної допомоги при черепно-щелепно-лицевих пошкодженнях та поєднаній травмі ЩЛД.
2. Складання алгоритму лікування поєднаної травми ЩЛД на етапах медичної евакуації.

5. Зміст теми:

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.

Забій – закрите механічне ушкодження м'яких тканин без видимого порушення їх анатомічної цілісності.

Синець – крововилив в товщу шкіри або слизової оболонки

Гематома – обмежене 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, зяяння країв рани

Рвані рани: неправильна форма країв, відшарування або відрив тканин, крововиливи, часто наскрізні

Різані рани: лінійна або веретеноподібна форма, практично рівні краї, зяяння рани, кровотеча

Колоті рани: вузький та довгий рановий канал, незначне розходження країв рани, утворення гематом та кишень

Рублені рани: значні ушкодження, щілоподібна 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 мимічних 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)

Період дегенеративно-запальних змін (формування грануляційної тканини,

зменшення лімфоїдної інфільтрації, збільшення кількості фібробластів, утворення сполучнотканинного матриксу) – (3-5-а доба)

2. Період активного росту фіброзної, епітеліальної тканини, ретракція рани, первинний рубець (5-12-а доба)

3. Завершення формування первинного рубця, зникнення набряку, інфільтрації оточуючих тканин – дегідратація, швидке наростання фіброзних та колагенових волокон (12-18-а доба)

4. Період остаточного формування рубця (до 0,5 – 1 року).

Екстрена 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 грязі. 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:

- поверхнєве 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 кisetні) 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 гранулюючі 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 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 зянення, 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 покровів за кольором, тургором, еластичності. Цьому їх використання 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. Іващенко)

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 іммобілізуючи 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, стійкі 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 життєзабезпечуючих систем.
8. Психоемоційний стан хворого.

Особливості ПХО вогнепальної рани: обробляючи рани щелепно - лицевої ділянки, 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 для профілактики слинних норниць.

- 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 проєкціях, при не рентгенконтрастних сторонніх тілах → контрастування ранового каналу або із зондом в каналі.

Наскрізнi 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 декількох 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 декілька. 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 -промені 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 легенями залежить від дисперсності речовини: великі пилові частки затримуються у верхніх дихальних шляхах, менші попадають до легенів. Радіоактивні речовини швидко всмоктуються в кров і розповсюджуються по всьому організму. При радіоактивному забрудненні місцевості радіонукліди разом з їжею та водою надходять до травного тракту і потім в 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 в 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 вражаючими 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 тривалістю 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 де-яких 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 порушаються 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-лицевої 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 променевої хвороби 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, наступає 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 лицевого скелету при комбінованих радіаційних ураженнях характерні затримка початку консолідації, 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. Різке 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-тубика;
- 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 наступних 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: у першу чергу, другу, третю та четверту чергу. У 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 зрошення 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 (внутришньом'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 пухко 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. Він 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 дренивання 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 посилене 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 обпечена, 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 міжм'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 покрити некротичною плівкою, прогресування некрозу та розвиток інфекції у рані, сповільнюється очищення та загоєння рани. При потрапленні 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 прилегли 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 зливаються 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 легень, колапс. Рана загоюється з утворенням грубих спаяних з тканинами болючих, 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;

– підбинтовування 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 % настоячкою 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, наруківниках. 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 склали біля 35 % всіх пошкоджень щелепно-лицевої ділянки. За статистичними даними військово-медичного управління Корейської народної армії опіки напалмом склали 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;
– Ш 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 Ш 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. Після опікові 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, вилична 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 грануляцій завжди залишаються гіпертрофічні рубці. Опіки Ш А та Ш Б ступенів супроводжуються інфекцією. Процес загоювання супроводжується утворенням після опікових 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 наступний: 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, променевою) 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 загальмований, не реагує на навколишні обставини, апатичний, шкірні покриви бліді, риси обличчя загострені, слизові оболонки синюшні, визначається тахікардія, артеріальний тиск знижений.

II період – гостра опіка 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 полягає в тому, що кислоти змінюють біологічні рідини колоїди клітин, відбувається дегідратація і коагуляція тканин, розвивається сухій некроз. Механізм опіку лугами полягає в тому, що луки утворюють із тканинами лужні альбумінати, омилюють 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 пораненим 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 анагетичні із аптечки індивідуальній. 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 поранених 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 поранених з опіками

обличчя особливо важливим є медичне сортування. Насамперед виділяють поранених, які потребують невідкладної медичної допомоги (лікарської). До цієї групи відносяться потерпілі з багатофакторними 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 анагетика (1 мл 2 % розчину пантопону або 1 мл 2 % розчину промедолу) в поєднанні з антигістамінними препаратами (1 мл 2 % розчину діпразину 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 потерпілі 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 протишоковій 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 внутрішньовенне 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 нош 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'єкцію оксибутирату натрію (10-20 мл 20 % розчину внутрішньовенне, дроперідолу (10-20 мл 0,25 % розчину внутрішньовенне). При гіпертермії вводять 1 мл 50 % розчину анальгін у внутрішньом'язево чи 5 мл реопіріну і одночасно 5000 ОД гепарину, внутрішньовенне струменеве 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 сортувальньо-евакуаційному відділенні вводять аналгетики, 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 губ та повік, як правило, викликає виворіт губ, крил носа. Враховуючи те, що пересаджені 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 м'язи. Там, де ці м'язи пошкоджені внаслідок опіку чи при недостатньо кваліфікованій некректомії, відновити їх функцію практично неможливо. Втрата функції м'язів викликає деформацію обличчя, що потребує довготривалого лікування. Ці потерпілі, а також ті, що мають опіки ШБ-IV 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 плинущо 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 (напів-постільний), 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 напів-сидячи. 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 вправах; небезпека повторної кровотечі через наявність

стороннього тіла поблизу судин; недостатня іммобілізація відламків пошкодженої 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 мозолі - I період застосування ЛФК, що триває 12-14 доби, повинні строго дотримуватися умови іммобілізації. Задача лікувальної фізкультури в цей період - поліпшення загального стану, стимуляція консолідації відламків і загоєння рани, профілактика ускладнень, пов'язаних із гіподинамією скронево-нижньощелепного суглоба, сприяння координованій роботі 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 відламків. Сприяють розслабленню м'язів - застосовують управи для м'язів 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 нижньою 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. До них належать фіброзні анкілози, зморщування суглобних капсул і низок, ригідності суглобів, рубців, що стягають, парезів нервів. Для механотерапії застосовують: гумові розпірки,

пробки, дерев'яні клини, прищіпки, 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 відкриття рота і сили жувальної мускулатури. Ступінь відкриття рота визначають за допомогою лінійки, окклюзійного вимірювача, або введенням пальців хворого між центральними різцями щелеп. «Робоче» відкриття рота - 2-2,5 см, максимальне - біля 4 см. Силу жувальної мускулатури визначають гнатодинамометром або міотонетром, за допомогою жувальних проб по І.С. Рубінову.

Матеріали для самоконтролю:

1. Пацієнтка, 38 років, звернулася в лікарню із скаргами на наявність рани в області лівої щоки. Травму отримала 16-18 годин тому, свідомість не втрачала. Об'єктивно: в області лівої щоки визначається різана рана завдовжки близько 3 см з порушенням цілісності шкіри, підшкірно-жирової клітковини і м'язів. Є кровотеча з рани. Яка ПХО рани буде проведена хворій залежно від часу отримання травми?

Варіанти відповіді:

- A. Рання ПХО рани.
- B. Відстрочена ПХО рани.
- C. Вторинна хірургічна обробка рани.
- D. ПХО з пластикою.
- E. Не надавати допомогу.

Правильна відповідь:

- A. Рання ПХО рани.

2. Під час препарування 3.7 зуба під штучну коронку лікар випадково сепараційним диском поранив язик пацієнта. Через декілька хвилин хворий з кровотечею був доставлений в хірургічний кабінет поліклініки. Об'єктивно: з порожнини рота спостерігається значна кровотеча. На правій бічній поверхні язика – глибока різана рана завдовжки близько 3 см з рівними краями, з глибини рани – кровотеча яскраво-червоного кольору. Якою має бути тактика лікаря в даному клінічному випадку?

Варіанти відповіді:

- A. Перев'язка зовнішньої сонної артерії.
- B. Антисептична обробка порожнини рота.
- C. Зупинка кровотечі шляхом накладення затискача в рані.
- D. Глибоке глухе прошивання рани.
- E. Перев'язка язичної артерії в трикутнику М.І. Пирогова.

Правильна відповідь:

- D. Глибоке глухе прошивання рани.

3. На медичний пункт полка поступив постраждалий з вогнепальним пораненням правої привушно-жувальної області. В ході обстеження

виявлено, що у пацієнта не закривається праве око, опущений кут рота справа. Що сталося?

Варіанти відповіді:

- A. Ушкодження лицевого нерва.
- B. Ушкодження м'язів.
- C. Ушкодження паренхіми привушної слинної залози.
- D. Ушкодження капсули привушної слинної залози.
- E. Ушкодження вивідної протоки привушної слинної залози.

Правильна відповідь:

- A. Ушкодження лицевого нерва.

4. Пацієнт із рваною раною щічної області звернувся до лікаря за медичною допомогою. Травма побутова. Лікар, оглянувши хворого, вирішує провести ранню хірургічну обробку рани. Протягом якого часу після поранення проводиться цей вид обробки?

Варіанти відповіді:

- A. Не пізніше 72 годин.
- B. Не пізніше 48 годин.
- C. Не пізніше 24 годин.
- D. Не пізніше 12 годин.
- E. Не пізніше однієї години.

Правильна відповідь:

- C. Не пізніше 24 годин.

5. Пацієнтка із різаною раною щічної області звернулася до лікаря. Отримала побутову травму 4 доби тому, по медичну допомогу не зверталася.

Об'єктивно: загоєння проходить шляхом поступового заповнення ранової порожнини, що містить гній, грануляційною тканиною з подальшими епітелізацією й утворенням рубця. Який вид загоєння має місце?

Варіанти відповіді:

- A. Первинний і вторинний натяг.
- B. Первинний і третинний натяг.
- C. Вторинний натяг.
- D. Третинний натяг.
- E. Комбінований.

Правильна відповідь:

- C. Вторинний натяг.

6. Пацієнт, 36 років, отримав опіки обличчя і шиї при займанні бензину.

Доставлений в травмпункт. Очні щілини закриті внаслідок набряку повік. На шкірі підборіддя, щік, носа, лоба, верхніх відділів передньої поверхні шиї на тлі гіперемованої шкіри відзначаються великі напружені пухири. Визначте ступінь опіку.

Варіанти відповіді:

- A. Опік I-го ступеню.

- В. Опік II-го ступеню.
- С. Опік III-а ступеню.
- Д. Опік III-б ступеню.
- Е. Опік IV ступеню.

Правильна відповідь:

В. Опік II-го ступеню.

7. У солдата, обпаленого полум'ям вогню, на тлі гіперемованої набряклої шкіри обличчя є різної величини пухирі, які заповнені прозорою рідиною. Яка ступінь опіку шкіри обличчя?

Варіанти відповіді:

- А. II ступінь.
- В. I ступінь.
- С. III-А ступінь.
- Д. III-Б ступінь.
- Е. IV ступінь.

Варіанти відповіді:

А. II ступінь.

8. У пацієнта С., що отримав опіки, на обличчі виявлені пухирі з прозорим вмістом. Якого ступеню глибина ураження тканин?

Варіанти відповіді:

- А. I ступеню.
- В. II ступеню.
- С. III -А ступеню.
- Д. III -Б ступеню.
- Е. IV ступеню.

Варіанти відповіді:

В. II ступеню.

9. Потерпілий, 24 років, звернувся в клініку з опіком обличчя. Травму отримав внаслідок дії відкритого полум'я. Скаржить на біль і печіння обличчя. При огляді: гіперемія шкіри обличчя, в ділянках підборіддя, носа, брів, лоба визначаються пухирі з прозорою рідиною. Яку ступінь опіку встановить лікар хворому?

Варіанти відповіді:

- А. I-II ступінь.
- В. II-IIIА ступінь.
- С. II-IIIВ ступінь.
- Д. IIIВ-IV ступінь.
- Е. II-IV ступінь.

Варіанти відповіді:

А. I-II ступінь.

10. Встановлено, що пацієнт Н. отримав хімічний опік обличчя сірчаною кислотою. Яку речовину необхідно використати для попередньої обробки?

Варіанти відповіді:

- A. Луг.
- B. Проточну воду.
- C. Антисептик.
- D. Кислоту.
- E. Спирт.

Варіанти відповіді:

- A. Луг.

Ситуаційні задачі

Задача 1.

Пацієнтка, яка звернулася за допомогою до лікаря - стоматолога скаржиться на наявність рани в ділянці верхньої губи, травму отримала 16 годин тому. Встановлено діагноз: забита рана верхньої губи. Якою буде хірургічна обробка рани?

Варіанти відповіді:

- A. Первинна.
- B. Вторинна.
- C. Відкладена.
- D. Пізня.
- E. Хірургічну обробку не проводять.

Правильна відповідь:

- A. Первинна..

Алгоритм рішення:

ПХО поділяють залежно від термінів, тому правильною буде відповідь А.

Задача 2.

Наскрізне поранення щоки унаслідок розриву снаряду отримав військовослужбовець, який звернувся за допомогою до хірурга стоматолога. У ділянці вихідного отвору зяюча рана, краї нерівні, пульсуюча кровотеча, відсутні премоляри верхньої щелепи. Які із судин могли бути пошкоджені під час поранення?

Варіанти відповіді:

- A. Поверхнева скронева артерія.
- B. Підчочномкова артерія.
- C. Лицева артерія.
- D. Лицева вена.
- E. Ментальна артерія.

Правильна відповідь:

С. Лицева артерія.

Алгоритм рішення:

Пульсуюча кровотеча говорить про поранення артерії, враховуючи локалізацію рани – правильна відповідь С.

Задача 3.

Під час об'єктивного обстеження пацієнтки виявлено різану непроникаючу рану у правій щічній ділянці, яку вона отримала 2 години тому уламками скла. При огляді: лінійна різана рана завдовжки до 7 см у межах шкіри, підшкірної жирової клітковини та м'язів, помірна артеріальна кровотеча. Яка тактика чергового лікаря щодо пацієнтки?

Варіанти відповіді:

А. Ушивання рани, накладання асептичної пов'язки, рекомендація звернутися наступної доби в поліклініку.

В. Накладання асептичної стисної пов'язки, негайна госпіталізація хворої до щелепно-лицевого відділення обласної лікарні.

С. Накладання асептичної пов'язки та проведення протиправцевої профілактики.

Д. Ушивання рани, накладання асептичної пов'язки та призначення антибіотиків.

Е. Антисептична обробка рани, накладання асептичної пов'язки та рекомендації щодо лікування у стоматологічній поліклініці.

Алгоритм рішення:

Враховуючи симптоматику, лікар ушіє рану, наложить асептичну пов'язку та порадить звернутися у поліклініку.

Задача 4.

Пацієнт, 34 років, госпіталізований в клініку зі скаргами на озноб, біль в обличчі, наявність на обличчі сухих коричневих ділянок, що підвищуються над шкірою обличчя. З анамнезу відомо, що отримав опік при роботі з електроприбором з оголеним дротом, дія електричного струму була короткочасною, зазначає втрату свідомості, перша допомога надана медичною сестрою в медсанчасті. При огляді виявлено дві ділянки коричневого кольору на шкірі щічної області, що підвищуються над рівнем шкіри, пальпація їх безболісна, але при глибокій пальпації виявляється болісність м'яких тканин щічної ділянки справа.

1. Обґрунтуйте діагноз.
2. Складіть план лікування.

Алгоритм рішення:

1. Скарги пацієнта на наявність сухих коричневих ділянок на шкірі обличчя і погане самопочуття в поєднанні з даними анамнезу про ураження обличчя електричним струмом та даними огляду можна поставити діагноз: «Електричний опік правої щічної області».
2. Введення знеболюючих засобів, протиправцевої сироватки, сердечних засобів, антибіотиків, достатньої кількості рідини. Місцеве лікування при відкритому способі передбачає застосування препаратів, які сприяють профілактиці вторинної інфекції та стимулюють епітелізацію з урахуванням значного уруження оточуючих тканин.

Задача 5.

Пацієнт, 37 років, госпіталізований в клініку зі скаргами на наявність грануляцій в області правої нижньої повіки, губ, підочної області справа, обмеження рухомості в цих областях, порушення чутливості. З анамнезу відомо, що пацієнт отримав термічний опік на виробництві, лікувався в ЦРЛ, в хірургічному відділенні, направлений на оперативне лікування. З перенесених захворювань зазначає ГРВІ.

1. Поставте діагноз.
2. Як можна попередити «виворіт» нижньої повіки та утворення мікротоми.

Алгоритм рішення:

1. Скарги пацієнта на наявність рани, що вкрита грануляціями, та анамнестичні дані про отриманий термічний опік обличчя з наступним лікуванням у поєднанні з даними місцевого огляду свідчать про опік IIIa-IIIб ступеню у стадії дозрівання грануляцій. Діагноз: Термічний опік обличчя IIIa-IIIб ступеню у другій фазі ранового процесу.
2. Слід провести вільну пересадку шкірних трансплантатів на підочну область та шкірну частину верхньої та нижньої губи.

Задачі для самоконтролю:

У клініку щелепно-лицевої хірургії госпіталізовано потерпілого, 26 років, зі скаргами на біль на ділянці кута нижньої щелепи зліва, головний біль, нудоту. Зі слів потерпілого – вчора ввечері був побитий невідомими, втрачав свідомість, мала місце однократна блювота. Об'єктивно: обличчя асиметричне за рахунок припухлості на ділянці кута нижньої щелепи зліва, припухлість болісна, відкривання рота до 2 см., болісне, порушення прикусу. Який попередній діагноз?

- A. Ангулярний перелом нижньої щелепи зліва, закрита черепно-мозкова травма.
- B. Ангулярний перелом нижньої щелепи зліва.
- C. Ангулярний перелом нижньої щелепи справа.

D. Перелом суглобового відростка зліва.

E. Перелом гілки щелепа зліва.

(Відповідь: А.)

В щелепно-лицеве відділення обласної лікарні госпіталізовано хворого з діагнозом: двосторонній перелом нижньої щелепи на ділянці кута зліва та ментальний з права, закрита черепно-мозкова травма. Консультація якого спеціаліста необхідна в першу чергу?

A. Невропатолога.

B. Нейрохірурга.

C. Психіатра.

D. Реаніматолога.

E. Нарколога.

(Відповідь: B.)

Хворий 39 років, скаржиться на головний біль, хрускіт в вухах під час рухів головою. Травму отримав в ділянку середньої зони обличчя. Свідомість втрачав, є неодноразова блювота. При огляді визначається западіння середньої зони обличчя, деформація спинки носу, двобічний екзофтальм, симптом "окулярів" через 12 годин, симптом «сходінки» по зовнішньому краю очниці. З носу кров'янисто-масні виділення. Прикус відкритий, верхні щелепи не рухомі. Визначте попередній діагноз хворого.

A. Перелом верхніх щелеп по Ле Фор III (верхній тип), відкрита черепно-мозкова травма.

B. Перелом основи черепа, відкрита черепно-мозкова травма.

C. Перелом виличних та носових кісток, закрита черепно-мозкова травма.

D. Перелом верхньої щелепи по Ле Фор II (середній тип), струс головного мозку.

E. Перелом кісток носу, суглобових голівок нижньої щелепи, закрита черепно-мозкова травма.

(Відповідь: А.)

Перелік індивідуальних завдань (якщо їх виконання при вивченні даного модуля передбачено робочою навчальною програмою з дисципліни).

Не передбачено програмою.

Перелік теоретичних питань до підсумкового модульного контролю (з типової навчальної програми).

1. Травматична хвороба: патогенез, класифікація, прогноз, перебіг, особливості, лікування, наслідки хвороби.

2. Обсяг та зміст медичної допомоги пораненим в щелепно-лицеву ділянку в мирний та військовий час.

3. Поєднані пошкодження лицевого та мозкового черепа: класифікація, особливості перебігу, діагностика ліквореї, принципи надання допомоги.

Перелік практичних завдань та робіт до підсумкового модульного контролю (з типової навчальної програми).

1. Знати схему та зміст доповіді про хворого викладачеві; обґрунтувати діагноз та скласти план лікування.

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

ЗАТВЕРДЖЕНО
на засіданні кафедри хірургічної стоматології
та клінічних дисциплін
Завідувач кафедри
к. мед. н., доц. Гема-Багіна Н. М.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

Курс V; Факультет Стоматологічний

Навчальна дисципліна: Хірургічна стоматологія

Субординатура

Тема № 16. 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.

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Знання клінічної картини, особливостей діагностики пошкоджень щелепно-лицевої ділянки та їх ускладнень, методів лікування дозволить лікарю-стоматологу надати медичну допомогу щелепно-лицевим пораненим в повному обсязі як в умовах військового часу, так і в умовах екстремальних ситуацій.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Методи діагностики та негайної допомоги при вогнепальних, невогнепальних пошкодженнях кісток лицевого скелету.
- 2.2. Особливості хірургічної обробки ран обличчя, порожнини рота.
- 2.3. Методи діагностики при пошкодженнях кісток лицевого скелету.
- 2.4. Негайна допомога при пошкодженнях кісток лицевого скелету.
- 2.5. Ренгендіагностика при пошкодженнях кісток лицевого скелету.
- 2.6. Лікування пошкодженнях кісток лицевого скелету.
- 2.7. Регенерація тканин ЩЛД.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Нормальна анатомія.	Орієнтуватися в основних питаннях будови щелепно-лицевої ділянки.
2. Топографічна анатомія та оперативна хірургія.	Знати топографічну анатомію щелепно-лицевої ділянки. Принципи оперативних доступів до різних відділів щелепно-лицевої ділянки. Визначити топічний діагноз травматичних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки.
3. Патологічна фізіологія.	Уявляти етіопатогенез поєднаної травми щелепно-лицевої ділянки та травматичної хвороба.
4. Нейрохірургія.	Вміти класифікацію, клініку, діагностику та загальні принципи лікування ЗЧМТ. Скласти план обстеження та лікування потерпілих з пошкодженням ЩЛД та ЗЧМТ.
5. Клінічна фармакологія.	Знати фармакокінетику та фармакодинаміку лікарських препаратів, що застосовуються при поєднаних пошкодженнях щелепно-лицевої ділянки. Призначити лікарські препарати при поєднаних пошкодженнях щелепно-лицевої ділянки.
6. Загальна хірургія.	Вміти скласти план обстеження хворого з травматичним пошкодженням, заповнити медичну документацію.

4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
1. Черепно-щелепно-лицеві пошкодження.	Це одночасне пошкодження ЩЛД та головного мозку.
2. Поєднані пошкодження.	Це дія одного травмуючого агента на дві і більше ділянки одночасно.
3. Травматична хвороба.	Патологічний процес, що розвивається внаслідок травматичного шоку.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Визначити поняття «черепно-щелепно-лицева травма».
2. Класифікація поєднаних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки.
3. Визначення та патогенез травматичної хвороба.
4. Клініка поєднаних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки.
5. Особливості надання невідкладної допомоги потерпілим з поєднаною травмою щелепно-лицевої ділянки.
6. Особливості лікування потерпілих з поєднаною травмою щелепно-лицевої ділянки.
7. Профілактика ускладнень при поєднаних пошкодженнях щелепно-лицевої ділянки.

4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Тренінг з надання невідкладної допомоги при черепно-щелепно-лицевих пошкодженнях та поєднаній травмі ЩЛД.
2. Складання алгоритму лікування поєднаної травми ЩЛД на етапах медичної евакуації.

ЗМІСТ ТЕМИ:

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 ранячого снаряду, 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 бойової 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 щелепно-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 раннячий снаряд викликає важкі розрушення. В зв'язку з цим поява нових видів стрілецької зброї і раннячих снарядів, які мають високу початкову швидкість та велику кінетичну енергію, яку вони внаслідок легкості і наданої їм форми, здатні миттєво віддавати пошкодjuвальному 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 внутрішньо тканинного вибуху, який визначає ступінь ураження тканин вздовж ранового каналу, утворюючий тимчасову пульсуючу порожнину, розрушує тканини за долі секунд і продовжує діяти навіть після того, як раннячий снаряд покидає вихідний отвір. В результаті внутрішньо тканинного 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 обличчя. Наступають важкі функціональні порушення: утруднена мова, та розжовування і ковтання 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 проведене 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 потенціально важкими. Суттєво від непроникаючих ран відрізняються вогнепальні рани лиця, проникаючі в порожнину рота і носа, гайморову пазуху, орбіту. Проникаючі рани, навіть завжди забруднені вмістом порожнини рота, тому і нагноєння в рані протікає завжди важче, наступає одужання в значно більш пізні строки, ніж при сліпих пораненнях.

Класифікація пошкоджень щелепно-лищевої ділянки
(Ентін, Кабаков)

I. Вогнепальні поранення

За виглядом пошкодження Тканин	За характером пошкоджень	За видом снаряда
1. Поранення м'яких тканин. 2. Поранення з пошкодженням кісток: А) нижньої щелепи; Б) верхньої щелепи; В) обох щелеп; Г) виличної кістки; Д) одночасне пошкодження декількох кісток	1. Наскрізні; А. Ізольовані; 2. Сліпі; а) без пошкоджень 3. Дотичні; б) з пошкодженням обличчя. Б. Поєднані (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.

Широкого розповсюдження набула класифікація за **Ле-Фор**:
I- лінія перелому 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 (Герена перелом).
II- лінія перелому проходить поперечно через спинку носа, по внутрішній стінці і дну очниці, далі по щелепно-виличному шву до криловидних відростків. При такому переломі верхня щелепа разом з носовими кістками відділяється від виличної кістки і кісток мозкового відділу.
III- повний відрив кісток лищевого скелету (відрив верхньої щелепи з носовими, виличними 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 часткова 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'юнктиву), 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 зони обличчя, що вказує на зміщення уламка верхньої щелепи дистально. 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 кісток нижньої щелепи: серединні, бокові (ментальні), кутові (ангулярні), шийкові (цервікальні). Вогнепальні пошкодження нижньої щелепи в 30% оскольчасті. Клінічна картина і діагностика переломів нижньої залежить від кількості переломів і ступені зміщення уламків. Діагноз встановлюється на підставі опитування, огляду, пальпації 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 забрудненням диханням (загроза асфіксії). Діагностика вогнепальних переломів нижньої щелепи не складна. Особлива увага – поранення язика, слинних 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: вивиха або після 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 між щелепного зв'язування за Айві, Гейкіним, Вільга, ВМА: 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 цілості нижньої, і другий верхньої щелепи (фіксується щелепа на протилежній стороні); перелом обох верхніх щелеп в поєднанні з використанням давлючої жорсткої праці; при пораненнях в ділянці ментального відділу нижньої щелепи слід використати лігатурне зв'язування тому, що накладання працевидних 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 фрагментів 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 знеболенні і закріплення їх в правильному положенні назубними шинами з алюмінієвого дроту. Шини С.С.Тігерштедта (1916): гладка шина-скоба; шина з розпіркою – при переломах з дефектом в зубному ряді; шина з похилою площиною використовується при 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 щелепним витягінням. Ускладнення пошкоджень нижньої щелепи – вторинні кровотечі, післятравматичий остеомієліт, слинні нориці, анкілози, хибні суглоби, бронхопульмональні порушення. При зміщенні уламків дістально і вниз спостерігається відкритий прикус, при зміщенні вниз уламок може утримуватись тільки на м'яких тканинах і висовуватись вперед, але частіше спостерігається зміщення дістально під дією сили снаряду чи кулі. На відміну від невогнепального перелому верхньої щелепи майже не спостерігаються вбиті 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 раничного снаряду. Але, має значення вага самих уламків і тяга тої чи іншої частини крило видно м'язу, яка прикріплена до крило видно відростка і горба верхньої щелепи, та очевидно, тяга деяких м'язів, що прикріплені до верхньої щелепи. При пальпації покрів обличчя (без зондування рани), можна визначити рухомість уламків, яке супроводжується різкою болочістю. 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 язико глоткового, блукаючого, язикового нервів і барабанної струни. При косих пораненнях з

пошкодженням соскоподібного 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 порушень 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 ранячого 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 зміщується з кров'ю і залишається непоміченою. Для диференційної 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, 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 тимчасової фіксуючої іммобілізації: пращевидна пов'язка (Померанцевої-Урбанської); шина-праща Ентіна; між щелепове зв'язування

за Айві, Вільга, Гейкіним, Лімбергом, Стоутом, Рідсоном, Гоцко. Протипоказання до лігатурного зв'язування: відсутність свідомості пораненого; при загрозі кровотечі з порожнини рота, через виникнення аспіраційної асфіксії; при евакуації повітряним або морським шляхом (небезпека виникнення блювоти і пов'язанням з цим асфіксії). Фіксацію фрагментів верхньої щелепи бажано проводити ортопедичними чи консервативними заходами (назубні шини, лабораторні і поза лабораторні шини і апарати). І тільки при неможливості добитись достатньої фіксації застосовують остеосинтез. Протипоказанням до остеосинтезу є шоківий стан, а також період розпаду 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 утрудненому 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 засоби, фізіотерапія та ЛФ з механотерапією. Наслідком поранень ЩЛД є не тільки анатомічні дефекти і порушення функцій, але і важкі психічні розлади. Лицем індивідуум представлений в суспільстві з втратою тонких мімічних рухів лица людини позбавлена важливих засобів спілкування та інших функцій.

Рентгенологічні методи дослідження є провідними в діагностиці захворювань щелепно-лицевої ділянки, що зумовлено їх достовірністю та інформативністю. Методи рентгенодіагностики знайшли широке застосування в практиці терапевтичної стоматології (для виявлення захворювань періо. і пародонту); в ортопедичної стоматології (для оцінки стану збережених зубів, періапикальних тканин, пародонту, за рахунок чого і визначається вибір ортопедичних заходів). Затребувані рентгенологічні методи і щелепно-лицевої хірургії в діагностиці травматичних ушкоджень, запальних захворювань, кіст, пухлин та інших патологічних станів. Методика і техніка рентгенологічного дослідження зубів і щелеп має свої особливості.

Найбільш часто в стоматологічній практиці застосовуються: Оглядова рентгенографія; позаротові рентгенографія зубів і щелеп; внутрішньоротова рентгенографія.

Оглядову рентгенограму можна виконувати в трьох проекціях - прямій, бічній і передній полуаксіальній - і дозволяють отримати зображення всього особового і мозкового черепа. Пряма проекція може бути виконана при носолобному або носо-підборідному розташуванні хворого до касети. Показаннями для знімків в носо-лобової проекції є: травми кісток обличчя, мозкового відділу. Дана укладка використовується при сіалографії та фістулографії. Знімки в носо-підборідній проекції застосовуються: для дослідження кісток середнього і верхнього відділів лицевого черепа, додаткових пазух носа. Стан зубів на рентгенограмах в прямій проекції не аналізується. Бічні знімки черепа виконують як обов'язкове доповнення до прямих. Проте вивчати стан кісток лицевого скелета з цих знімків через сумацийний ефект правої і лівої половини черепа досить складно. Зазвичай доступні огляду лише грубі, великі кісткові зміни. Бічні знімки частіше виконуються для дослідження стану мозкового черепа, його основи, турецького сідла, основної та лобної пазух, а також для визначення локалізації сторонніх тіл, при переломах нижньої щелепи. Аксіальні і передні полуаксіальні знімки виконуються при необхідності дослідження всіх структур основи черепа, кісток середньої зони обличчя, в тому числі очниць, гайморових пазух, виличних кісток. Позаротові рентгенограми виконують для діагностування нижньої щелепи, виличних кісток, скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС), а також при сіалографії, фістулографії. Показаннями для таких знімків можуть бути запальні, пухлинні, травматичні пошкодження щелеп, великі кісти, при періодонтитах нижньої щелепи при неможливості виконання внутрішньоротових рентгенограм. Для вивчення стану СНЩС можуть бути застосовані спеціальні укладання по Шюллер, за Парма. Знімки виконуються обов'язково з обох сторін для порівняння суглобів.

Внутрішньоротова рентгенографія як і раніше служить основою рентгенологічного дослідження при більшості захворювань зубів і пародонту. В даний час існують чотири методики внутрішньоротової рентгенографії, які використовуються з метою вивчення стану зубів, періодонта: 1. Контактна рентгенографія за правилом ізометрії. 2. Інтерпроксимальна рентгенографія. 3. Рентгенографія вприкус (оклюзійна). 4. Рентгенографія зі збільшенням фокусної відстані паралельним пучком променів (длиннофокусная рентгенографія).

ЛІНІЙНА ТОМОГРАФІЯ або пошарова рентгенографія - метод, що дозволяє усунути сумацийний характер зображення і найбільш чітко виділити певну ділянку області. Суть методу полягає в синхронному переміщенні трубки і плівки щодо хворого. Чітким виходить зображення шару, розташованого на рівні геометричної осі обертання важеля. У стоматології томографія застосовується для вивчення СНЩС, при складних переломах середньої зони обличчя, післятравматичних деформаціях, новоутвореннях,

запальних процесах і може виконуватися в прямій і бічній проекціях. В останні 10-15 років широке застосування в практиці отримала

ЛІНІЙНА зонографія - пошарове дослідження під малим кутом гоїдання рентгенівської трубки. Перевагою зонографії є отримання більш «товстих» зрізів, що дозволяє скоротити число знімків, зробити процедуру більш економічною і безпечною в плані променевого навантаження і отримати таку ж інформацію, яку дає серія томограм.

Ортопантомографія (панорамна томографія) - метод, що дозволяє отримати зображення вигнутого шару на плоскій рентгенівській плівці. Під час зйомки трубка і касета з плівкою описують неповне коло навколо голови хворого (270°). Касета при цьому обертається ще навколо власної вертикальної осі, як би «обкатуючи» щелепи хворого спереду. Рентгенівський промінь проходить через щільну діафрагму шириною 2 мм, далі через анатомічні структури голови і лицевої частини і потрапляє на нові не експоновані ділянки плівки. У сучасних ортопантомографах передбачені програми для вивчення зубних рядів, кісткової структури верхньої, середньої та нижньої зон лицевого скелета, СНЩС, а також краніовертебрального переходу, внутрішнього і середнього вуха, каналу зорового нерва. Є можливість змінювати товщину і глибину досліджуваного шару.

Телерентгенографія - методика дозволяє отримати зображення анатомічних структур з мінімальним проекційним збільшенням. При телерентгенографії об'єкт дослідження і касету з плівкою відсувають від рентгенівської трубки на відстань 2-2,5 м і більше. На знімках повинні бути видні не тільки кісткові структури, але і м'які тканини щелепно-лицевої ділянки, м'яке піднебіння, язик, задня стінка глотки. При необхідності м'які тканини маркують в'язкою контрастною речовиною (йодоліпол, барійодол та ін), на м'яке піднебіння також наносять рентгеноконтрастні мітки. У подальшому за певною схемою виконують краніометричні розрахунки. Незважаючи на погрішності, що виникають при аналізі телерентгенограмм, методика широко застосовується в ортодонції для діагностики та планування лікування аномалій прикусу, а також для планування хірургічного лікування при вроджених і набутих деформаціях щелепно-лицевої ділянки.

КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ дозволяє отримати поперечне пошарове зображення будь-якої ділянки людського тіла, у тому числі черепа. Серія поперечних зрізів може бути трансформована в площинне або об'ємне зображення в будь-якій площині. Дослідження необтяжливо для пацієнта, при дослідженні щелепно-лицевої області не вимагає спеціальної підготовки. У спіральних комп'ютерних томографах передбачена нова «дентальна» програма для вивчення зубних рядів. Проте використання даного методу пов'язане зі значною променевим навантаженням на пацієнта. Так, при КТ лицевого черепа поверхнева доза в 2-10, а доза на кришталік ока в 100 разів перевищує таку при рентгенографії і лінійної томографії.

МАГНІТНО-резонансної томографії (МРТ) - метод променевої діагностики, заснований на реєстрації енергії, що випускається протонами ядер водню внутрішніх середовищ людського тіла при поверненні їх із

збудженого стану в початкове (т.зв. релаксація). МРТ дозволяє отримати зображення шарів тіла людини в будь-якій площині - фронтальній, сагітальній, аксіальної та інші, які потім можна реконструювати в об'ємні образи. Метод не обтяжливий для хворого, не несе шкідливого впливу на його організм. Протипоказанням для МРТ-дослідження є наявність у пацієнта металевих сторонніх тіл (в т.ч. деяких типів коронок).

Методики штучного контрастування широко використовується в практичній роботі при дослідженні: проток слинних залоз (сіалографія), Свищевих нориць (фістулографія), верхньощелепних пазух (гайморографія). **Сіалографія.** На оглядових рентгенограмах слинні залози звичайно не видно, виявити можна лише тіні рентгеноконтрастних слинних конкрементів. Для дослідження протока слинних залоз у гирлі протоки за допомогою голки з тупим кінцем або через тонкий катетер вводять 1,5-3 мл контрастної речовини до появи почуття напруги в області залози. У якості контрастних речовин застосовують водорозчинні контрастні речовини підвищеної в'язкості або різко розріджені і емульговані масляні препарати (діанозіл, ліпйодол, етійодол, майоділ та ін.) Знімки виконуються в прямій і бічній проекціях. Для отримання контрастного зображення одночасно всіх великих слинних залоз показана також ортопантомографія. Сіалографія застосовується для діагностики слинокам'яної хвороби, запальних і пухлинних процесів. Подвійним контрастуванням - методика полягає в одночасному введенні в протоки слинних залоз ліпйодола, а в навколишні тканини залозу - кисню.

Фістулографія - заповнення контрастною речовиною свищевих ходів з метою вивчення на знімку їх протяжності, напрямки, зв'язки з патологічним процесом. В якості контрастної речовини використовується підігрітий йодоліпол. Відразу ж після введення контрастної речовини виконують знімки у двох взаємно перпендикулярних проекціях.

Артрографія застосовується для вивчення стану СНЩС і в першу чергу для уточнення стану внутрішньосуглобового меніска. У порожнину суглоба під контролем телевізійного екрана вводять 0,8-1,5 мл в'язкої водорозчинної контрастної речовини і виконують томограми або зонограмами суглоба з відкритим і закритим ротом.

Ангіографія - методика дослідження судин щелепно-лицевої ділянки з використанням водорозчинних та неіонних контрастних речовин (кардіотраст, верографіна, гіпак, омніпак, Ультравіст та ін). Методика виконується в умовах рентгенкабінета. Ангіографія застосовується для діагностики захворювань та аномалій судинної системи (гемангіоми, юнацькі ангіофіброми основи черепа). У практиці щелепно-лицевої хірургії дана методика застосовується досить рідко.

ГАЙМОРОГРАФІЯ - рентгенологічне дослідження верхньощелепних синусів після введення в них контрастної речовини шляхом проколу її стінки, через комірку видаленого зуба (за наявності повідомлення з синусом) або через норицевий хід. Після аспірації вмісту пазухи вводять 3-7 мл злегка підігрітого контрасту (йодоліпол, йодіпін, ліпйодол та ін.) Знімки виконують

у носо-підборіддя і бічний проекціях. Методика показана для діагностики кіст, поліпів пазух, продуктивних форм гаймориту, пухлинних захворювань.

МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

Завдання для самоконтролю (таблиці, схеми, малюнки, графіки):

1. Методи діагностики та негайної допомоги при вогнепальних, невогнепальних пошкодженнях кісток лицевого скелету.
2. Особливості хірургічної обробки ран обличчя, порожнини рота.
3. Методи діагностики при пошкодженнях кісток лицевого скелету.
4. Негайна допомога при пошкодженнях кісток лицевого скелету.
5. Ренгендіагностика при пошкодженнях кісток лицевого скелету.
6. Лікування пошкодженнях кісток лицевого скелету.
7. Регенерація тканин ЩЛД.
8. Травматична хвороба.

Б. Задачі для самоконтролю:

1. У постраждалого в анамнезі короткочасна втрата свідомості, блювота, носова кровотеча. Про який стан це може свідчити?

Варіанти відповіді:

- A. Коллапс.
- B. Обморок.
- C. Струс головного мозку.
- D. Травматична хвороба.
- E. Травматичний шок.

Правильна відповідь:

C. Струс головного мозку.

2. Який з показників не відноситься до оцінки стану центральної нервової системи при травмі:

- Частота пульса.
- Наявність свідомості.
- Стан зіниць.
- Орієнтація в часі.
- Орієнтація в просторі.

3. Пацієнт Н., 42 років, доставлений в щелепно-лицеве відділення з приводу травми, отриманої під час ДТП. Під час огляду серед інших виявлених так званий "симптом окулярів". Коли виникає і куди поширюється вказаний симптом при ізольованому переломі кісток основи черепа?

Варіанти відповіді:

- A. Виникає не раніше, ніж через 12 годин після травми і має поширений характер.
- B. Виникає не раніше, ніж через 12 годин після травми і не виходить за межі кругового м'яза ока.
- C. Виникає безпосередньо після травми і має поширений характер.

D. Виникає не раніше, ніж через 24-48 годин після травми і має поширений характер.

E. Виникає безпосередньо після травми і не виходить за межі кругового м'яза ока.

Правильна відповідь:

B. Виникає не раніше, ніж через 12 годин після травми і не виходить за межі кругового м'яза ока.

4. Травматична хвороба – це:

Варіанти відповіді:

A. Порушення гомеостазу організму при переломі будь-якої кістки скілета.

B. Порушення гомеостазу організму внаслідок травми м'язів.

C. Симптомокомплекс, що супроводжує пошкодження внутрішніх органів.

D. Порушення функцій центральної нервової системи внаслідок закритої черепно-мозкової травми.

E. Комплекс патологічних змін, що розвивається внаслідок шокогенної політравми.

Правильна відповідь:

E. Комплекс патологічних змін, що розвивається внаслідок шокогенної політравми.

5. Пацієнт С., 34 роки, потрапив в ДТП. Свідомість не втрачав. Скарги на головний біль, запаморочення, загальну слабкість, нудоту. Через 12 годин після травми з'явився симптом "окулярів", який не виходить за межі кругового м'яза ока. Для якого перелому характерний даний симптом.

Варіанти відповіді:

A. Перелом кісток основи черепа.

B. Перелом верхньої щелепи Ле Фор II

C. Перелом кісток носа.

D. Двобічний перелом виличних кісток.

E. Перелом лобних кісток.

Правильна відповідь:

A. Перелом кісток основи черепа.

6. У пораненого на полі бою виявлено наскрізну рану лівої щоки, яка забруднена радіоактивними речовинами. На рану накладена асептична пов'язка з індивідуального перев'язувального пакету, застосована знеболююча та антибактеріальна терапія. На якому етапі медичної евакуації слід замінити пов'язку?

Варіанти відповіді:

A. На медичному пункті батальйону.

B. На кожному етапі евакуації.

C. На медичному пункті полку.

D. В окремому медичному батальйоні.

E. Коли пов'язка в незадовільному стані.

Правильна відповідь:

В. На кожному етапі евакуації.

7. На етап спеціалізованої допомоги поступив пацієнт з комбінованим ушкодженням ЩЛД. У історії хвороби вказано на травму обличчя з ушкодженням м'яких тканин і лицевого скелета, і отриману велику дозу опромінення. З метою профілактики ускладнень, проявів синдрому взаємного обтяження вкажіть, в які допустимо сприятливі терміни необхідно провести первинне хірургічне лікування?

Варіанти відповіді:

- А. Впродовж 12 годин.
- В. Впродовж перших 3-х годин.
- С. У перші 6 годин після опромінення.
- Д. У перші 48 годин з моменту травми.
- Е. Після 72 годин з моменту травми.

Правильна відповідь:

Д. У перші 48 годин з моменту травми.

8. На сортувальний майданчик медичного пункту полку (МПП) доставлений поранений в щелепно-лицеву ділянку, у якого під час дозиметричного контролю зафіксовано зараження радіоактивними речовинами. У який функціональний підрозділ МПП необхідно направити потерпілого?

Варіанти відповіді:

- А. Евакуаційний намет.
- В. Перев'язувальний намет.
- С. Майданчик спеціальної обробки.
- Д. Ізолятор.
- Е. Приймально-сортувальний намет.

Правильна відповідь:

С. Майданчик спеціальної обробки.

9. На сортувальний пост медичного пункту полку (МПП) доставлено пораненого у щелепно-лицеву ділянку, в якого під час дозиметричного контролю зафіксовано ураження радіоактивними речовинами. У який функціональний підрозділ МПП необхідно направити потерпілого?

Варіанти відповіді:

- А. Площадка спеціальної обробки.
- В. Перев'язочна палатка.
- С. Евакуаційна палатка.
- Д. Ізолятор.
- Е. Приймально-сортувальна палатка.

Правильна відповідь:

А. Площадка спеціальної обробки.

10. Лікування постраждалих з травматичною хворобою полягає у:

- A. Проведення ранніх втручань відразу після виведення з шокового стану.
- B. Проведення екстрених хірургічних втручань в єдиному комплексі протишокових заходів.
- C. Ранній початок реконструктивних втручань.
- D. Проведення планових втручань в спеціалізованих медичних закладах.
- E. Закріплення процесу довгострокової компенсації.

Правильна відповідь:

- B. Проведення екстрених хірургічних втручань в єдиному комплексі протишокових заходів.

В. Ситуаційні завдання :

Задача 1.

Пацієнт С., 34 років, потрапив в ДТП. Свідомість не втрачав. Скарги на головний біль, запаморочення, загальну слабкість, нудоту. Через 12 годин після травми з'явився симптом "окулярів", крововилив не виходить за межі кругового м'яза ока. Для якого перелому характерний цей симптом?

Варіанти відповіді:

- A. Перелом кісток основи черепа.
- B. Перелом верхньої щелепи за Ле Фор II.
- C. Перелом кісток носа.
- D. Двосторонній перелом виличних кісток.
- E. Перелом лобної кістки.

Правильна відповідь:

- A. Перелом кісток основи черепа.

Алгоритм відповіді:

«Симптом окулярів» виникає унаслідок просочування кров'ю з ушкоджених судин навколобульбарної клітковини .

Задача 2.

Пацієнтка К., 48 років, була доставлена в лікарню із скаргами на наявність рани щоки, а також сильний головний біль, нудоту, запаморочення. З анамнезу з'ясовано, що пацієнтка отримала травму при падінні. Після повноцінного обстеження був встановлений діагноз: «Забито-рвана рана щоки. ЗЧМТ. Струс головного мозку». До яких ушкоджень можна віднести цю травму?

Варіанти відповіді:

- A. Поєднані.
- B. Ізольовані.
- C. Комбіновані.
- D. Множинні.
- E. Поодинокі.

Правильна відповідь:

- A. Поєднані.

Алгоритм відповіді:

Ушкодження при яких дві або більше анатомічних областей вражаються одним травмуючим фактором називаються поєднаними.

Задача 3.

Пацієнтка, 36 років, звернулася із скаргами на головний біль, неможливість зімкнути щелепи. У анамнезі травма, втрата свідомості, нудота. При огляді визначається набряк тканин середньої зони обличчя, крововиливи в нижні повіки з двох сторін, прикус відкритий. При пальпації кісток середньої зони обличчя визначається різкий біль. У ділянці спинки носа – симптом "сходинки", кров'яні виділення з носа. При пальпації з боку порожнини рота визначається рухливість верхньої щелепи. Визначте діагноз пацієнта.

Варіанти відповіді:

- A. Травматичний перелом верхніх щелеп за Ле Фор II (середній тип). Струс головного мозку.
- B. Травматичний перелом верхніх щелеп за Ле Фор III (верхній тип).
- C. Травматичний перелом верхніх щелеп за Ле Фор I (нижній тип)
- D. Травматичний перелом верхніх щелеп за Ле Фор II (середній тип).
- E. Травматичний перелом верхньої щелепи за Гереном.

Правильна відповідь:

A. Травматичний перелом верхніх щелеп за Ле Фор II (середній тип). Струс головного мозку.

Алгоритм відповіді:

Для встановлення діагнозу слід звернути увагу на скарги пацієнтки (на головний біль, неможливість зімкнути щелепи), дані анамнезу (втрата свідомості, нудота) та дані об'єктивного обстеження (при огляді – визначається набряк тканин середньої зони обличчя, крововиливи в нижні повіки з двох сторін, прикус відкритий; при пальпації кісток середньої зони обличчя визначається різкий біль; у ділянці спинки носа – симптом "сходинки", кров'яні виділення з носа; при пальпації з боку порожнини рота визначається рухливість верхньої щелепи). Таким чином, правильна відповідь А.

Задача 4.

Пацієнт, 20 років, госпіталізований зі скаргами на високу температуру тіла, зміни з боку слизової оболонки порожнини рота, випадіння волосся, тріщини губ та язика, які не загоюються. З анамнезу відомо, місяць тому знаходився в зоні підвищеної радіації під час військової служби. У момент випробувань зброї та вибуху був поранений в праву половину обличчя. При огляді визначаються некротичні зміни слизової оболонки порожнини рота, рубцева деформація правої половини обличчя з наявністю трофічної виразки в щічній області справа.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Які додаткові та клінічні дані необхідні для встановлення остаточного діагнозу та призначення лікування?

Алгоритм відповіді:

1. Комбіноване радіаційне ураження та рана правої щічної області. Променева хвороба, III період.
2. Слід з'ясувати перебіг захворювання, тривалість I та II періоду променевої хвороби, яке лікування проводилось, загальний стан натепер.

Задача 5.

Пацієнт, 84 років, госпіталізований в клініку зі скаргами на загальне нездужання, втрату апетиту, запаморочення, наявність тріщин на губах та язичці, норицевого хода з гнійним виділенням на альвеолярному відростку нижньої щелепи справа в області премолярів, наявність новоутворення в області першого моляра на слизовій оболонці альвеолярного відростку. З анамнезу відомо, що півтора місяці тому був перелом нижньої щелепи справа в області 4.6, 4.5, травму отримав в зоні підвищеної радіації (300 рад), лікувався у шпиталі. З перенесених захворювань зазначає ГРВІ, новоутворення на слизовій альвеолярного відростку впродовж двох років. При огляді – шкіра обличчя бліда. На губах тріщини, що кровоточать, осередків некрозу та вкритих зеленим слизом виразок, новоутворення на слизовій оболонці альвеолярного відростку в області 4.6, 2х3 см, щільно-еластичної консистенції, норицевий хід з гнійними виділення там же.

1. Встановіть діагноз.
2. Які додаткові відомості та клінічні дані необхідні для встановлення діагнозу?

Алгоритм відповіді:

1. Комбіноване радіаційне ураження, променева хвороба – III період, після променевої остеорадіонекроз нижньої щелепи справа.
2. Слід з'ясувати яке лікування проведено у шпиталі, тривалість I та II періоду променевої хвороби, який загальний стан нині, ЗАК.

ЛІТЕРАТУРА:

Основна:

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник / [В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін.] — К. : ЛОГОС, 2011. У 2 т. — Т. 1. — 669 с.
2. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник / [В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін.] — К. : ЛОГОС, 2011. У 2 т. — Т. 2. — 606 с.
3. Рибалов О.В. Практично-орієнтований іспит з хірургіч. стоматології.: Нав.-медод.-поіб. 2006, П.:РВВ УМСА,
4. Терапевтична стоматологія: підручник у 4-х т. / [М.Ф.Данилевський, А.В. Борисенко, Л.Ф. Сидельнікова та ін.]. / За редакцією А.В. Борисенко. – К.: Медицина, 2008-2010. – Т.2 544с, Т.3 616 с, Т.4 640 с.

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>