

СУМСЬКИЙ ДУРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ
Кафедра стоматології

Затверджено
на засіданні кафедри стоматології
протокол № 1 від 28.08.2017 р.
Завідувач кафедри
_____ д.мед.н. Лахтін Ю.В.

**Методичні рекомендації
для самостійної роботи студентів
з дисципліни «Хірургічна стоматологія» 4 курс
Модуль 3**

Суми 2017

**Методичні вказівки складено:
асистент Черненко В.М.**

З М І С Т

1. Організація онкостоматологічної допомоги хворим та їх диспансеризація. Порядок та методи обстеження онкостоматологічного хворого. Медична документація хірурга-стоматолога.
2. Біологічні основи клінічної онкології. Онконастороженість. Класифікація пухлин щелепно-лицевої ділянки.
3. Передракові захворювання шкіри обличчя, слизової оболонки порожнини рота та язика: гістологічна будова, клінічні форми, диференційна діагностика, лікування, ускладнення і профілактика.
4. Епітеліальні пухлини м'яких тканин. Клініка, діагностика, диференціальна діагностика, лікування.
5. Пухлиноподібні утворення м'яких тканин: атерома, рінофіма, кератоакантома, кератолітична папілома (шкірний ріг). Клініка, діагностика, диференціальна діагностика, лікування.
6. Пухлини та пухлиноподібні утворення фіброзної тканини. Клініка, діагностика, диференціальна діагностика, лікування.
7. Пухлини та пухлиноподібні утворення м'язової та жирової тканини. Клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.
8. Пухлини кровоносних і лімфатичних судин м'яких тканин та щелеп. Клініка, діагностика, лікування.
9. Пухлини меланогенної системи: невус, меланома. Клініка, діагностика, лікування.
10. Пухлини та пухлиноподібні ураження периферичних нервів обличчя. Клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.
11. Епітеліальні та неепітеліальні пухлини слинних залоз. Клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.
12. Кісти слинних залоз. Клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.
13. Одонтогенна пухлина амелобластома (адамантинома). Одонтогенні пухлини та пухлиноподібні ураження кісток лицевого скелету: одонтома, цементома, одонтогенна фіброма. Клініка, діагностика, диференціальна діагностика, лікування.

14. Одонтогенні епітеліальні кісти щелеп: радикулярна, зубовміщуюча, парадентарна, первинна, фолікулярна, кіста прорізування, ясенева. Клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.

15. Первинна кісткова остеогенна пухлина остеобластокластома. Остеогенні кісткові пухлини: остеома, остеодостома, хондрома, остехондрома, фіброостеома. Клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.

16. Пухлиноподібні ураження щелеп: фіброзна дисплазія, херувізм, хвороба Енгля-Реклінгаузена, хвороба Педжета, еозинофільна гранульома. Клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.

17. Пухлини та пухлиноподібні ураження зародкового походження: бронхіальні, тіреоглосальні кісти, нориці обличчя та шиї, тератома, бронхіогенний рак. Клініка, діагностика, диференціальна діагностика, лікування.

18. Злоякісні пухлини слинних залоз: гістологічна будова, клінічні форми, диференційна діагностика, лікування.

19. Рак і саркома щелеп: походження та гістологічна будова, класифікація, клініка, диференційна діагностика, лікування, ускладнення та профілактика.

20. Рак губи. Рак органів порожнини рота (язика, щоки, дна порожнини рота, твердого та м'якого піднебіння). Походження та гістологічна будова, класифікація, клініка, диференційна діагностика, лікування, ускладнення, профілактика

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
Сумський державний університет
Медичний інститут

«Затверджено»
на засіданні кафедри
стоматології

Завідувач кафедри
д.мед.н.Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Організація онкостоматологічної допомоги хворим та їх диспансеризація. Порядок та методи обстеження онкостоматологічного хворого. Медична документація хірурга-стоматолога.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

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 ший, а також їх профілактики.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати дані статистики пухлин та пухлиноподібних захворювань щелепно-лицевої ділянки.
- 2.2. Пояснювати особливості етіології та патогенезу пухлин та пухлиноподібних захворювань щелепно-лицевої ділянки.
- 2.3. Запропонувати методи діагностики пухлин та пухлиноподібних захворювань щелепно-лицевої ділянки.
- 2.4. Класифікувати пухлини та пухлиноподібні утвори щелепно-лицевої локалізації.
- 2.5. Трахувати основи організації онкологічної допомоги пацієнтам з пухлинами та пухлиноподібними утворами щелепно-лицевої локалізації.
- 2.6. Малювати схему обстеження пацієнта з пухлиною або пухлиноподібним захворюванням щелепно-лицевої ділянки.
- 2.7. Проаналізувати принципи диспансеризації пацієнтів з пухлинами та пухлиноподібними захворюваннями щелепно-лицевої локалізації.
- 2.8. Скласти план лікування пацієнта з пухлиною або пухлиноподібним захворюванням щелепно-лицевої ділянки.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Етика та деонтологія.	Встановити психологічний контакт з онкохворим.
2. Організація охорони здоров'я.	Застосовувати знання з принципів організації онкодопомоги та диспансеризації. Оформити необхідну документацію.
3. Патоморфологія.	Описувати характер патологічних змін анатомічних структур при розвитку пухлин. Демонструвати навички з взяття матеріалу для цитологічного та морфологічного дослідження.
4. Патологічна фізіологія.	Визначати етіологію та патогенез пухлин.
5. Пропедевтика внутрішніх хвороб.	Написати схему загального обстеження хворого. Провести курацію онкохворого.
6. Загальна онкологія.	Описувати принципи діагностики та лікування онкозахворювань. Призначити схему обстеження пацієнта.

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. Структура організації онкостоматологічної допомоги.
2. Принципи диспансеризації пацієнтів з пухлинами голови та шиї.
3. Організація онкостоматологічної допомоги.
4. Медична документація хірурга-стоматолога.
5. Класифікація пухлин щелепно-лицевої локалізації.
6. Методика обстеження пацієнта з онкозахворюваннями.

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

1. Провести курацію пацієнта з пухлиною щелепно-лицевої ділянки.
2. Скласти схему обстеження пацієнта з пухлиною або пухлиноподібним захворюванням щелепно-лицевої локалізації.

5. ЗМІСТ ТЕМИ:

Диспансеризація – активний метод динамічного спостереження за станом здоров'я як майже здорового населення, так і пацієнтів, які мають хронічні та довготривалі захворювання.

Диспансерний метод спостереження – це система профілактичних та лікувальних заходів, спрямованих на зміцнення здоров'я, покращення фізичного розвитку, активне виявлення захворювань на ранніх стадіях, систематичне спостереження за станом здоров'я осіб, взятих на диспансерний нагляд, надання їм своєчасної лікувальної допомоги, збереження їх працездатності, а також активну профілактику ускладнень захворювань, тобто на здійснення активних заходів індивідуальної та соціальної профілактики, оздоровлення виробничих та побутових умов.

Диспансеризація пацієнтів стоматологічного профілю - система лікувальних заходів, спрямованих на якомога раннє виявлення захворювань органів та тканин порожнини рота та щелепно-лицевої ділянки, ліквідацію причин, які викликають ці захворювання, якісне комплексне обстеження, лікування пацієнтів, які перебувають на диспансерному обліку, збереження їх працездатності. Організація проведення та облік диспансерної роботи в стоматології регулюється наказом Міністерства охорони здоров'я № 327 від 08.12.2000 « про відновлення диспансеризації населення і впровадження моніторингу стану його здоров'я».

Принципи диспансеризації стоматологічних хворих:

- плановість та комплексність лікувально-профілактичних заходів;
- диференційований підхід з використанням сучасних методів діагностики, лікування та профілактики захворювань щелепно-лицевої локалізації;
- постійне підвищення кваліфікації лікарів.

Елементи диспансеризації стоматологічних пацієнтів:

- відбір;
- спостереження;
- оздоровлення;
- планування;
- управління.

Диспансерному нагляду у хірурга-стоматолога підлягають пацієнти з:

- передраковими захворюваннями щелеп, органів та тканин порожнини рота;
- злоякісні новоутвори щелеп та порожнини рота (спільно з онкологами залежно від стадії захворювання).

Порядок та методи обстеження онкостоматологічного хворого.

1. з'ясування скарг та збір анамнезу;
2. об'єктивне обстеження з використанням фізикальних методів;
3. застосування додаткових методів обстеження.

При опитуванні пацієнта слід звернути увагу на скарги:

- неспецифічні скарги, зумовлені наявністю новоутворення (наявність пухлини, асиметрія обличчя, деформація органа та ін.);
- скарги на неспецифічні функціональні порушення (утруднення жування, мовлення, ковтання, зміна тембру голоса, носового дихання, під час відкривання рота, під час повороту голови, зсув очного яблука, погіршення зору, оніміння певних ділянок обличчя та ін.);
- біль у ділянці новоутворення (мимовільний, причинний, сильний, помірний, слабкий, короткочасний, тривалий, постійний, ниючий, колючий та ін.);
- специфічні скарги (періодичні рясні кровотечі при гемангіомах, неврологічна симптоматика при пухлинах периферичних нервів, специфічний характер болю при остеод-остеоми та ін.);
- скарги загального характеру (слабкість, нездужання, втрата апетиту та ін.).

Після з'ясування скарг пацієнта переходять до збору **анамнезу захворювання та життя:**

- час появи новоутворення або момент, коли пацієнт його уперше помітив;
- з чим пацієнт пов'язує виникнення пухлини;
- якими були перші ознаки;
- темпи зростання новоутворення, прискорення росту, періоди збільшення-зменшення, приєднання запальних явищ, поява нової симптоматики та ін.;
- чи звертався пацієнт за медичною допомогою та її результат;
- попередня оцінка стану здоров'я пацієнта;
- умови праці та побуту;
- спадковість та ін.

Вивчення **Status localis полягає у ретельній оцінці:**

- симетрії обличчя;
- стану шкірних покривів;
- функції скроневопідщелепових суглобів;
- стану порожнини рота, глотки;
- функції слинних залоз та стану їх проток;
- стану регіонарних лімфатичних вузлів (для виключення лімфо генних метастазів при злоякісних пухлинах).

Методи об'єктивного клінічного дослідження:

- огляд;
- пальпація;
- перкусія (зубів, що розташовані у ділянці новоутворень щелеп);
- аускультация (гіллясті гемангіоми, хемодектоми, судинні аневризми – для виявлення систолічного шуму).

Послідовність характеристики новоутворення:

- локалізація;
- розміри;
- колір;
- форма та контури;
- стан поверхні;
- консистенція;
- флуктуація;
- наявність характерних симптомів (наповнювання –спорожнювання, пергаментного хрусту);
- болісність при пальпації;
- рухливість;
- зміни шкіри та слизових оболонок над новоутворенням.

Додаткові методи обстеження пацієнтів з пухлинами та пухлиноподібними новоутвореннями:

- рентгенологічне;
- комп'ютерна томографія з 3D-моделюванням;
- МРТ;
- цитологічне дослідження (пункція, мазок-відбиток, зскрібок);
- біопсія (інцизійна, ексцизійна, трепанобіопсія, щипцева, кюретаж);
- термографія;
- радіоізотопне дослідження;
- ультразвукове дослідження;
- лабораторні дослідження (крові, сечі та ін.).

Медична документація:

Медична карта стоматологічного хворого (форма № 043/0) – є звітним та обліковим документом, містить графі із указівкою паспортних даних, діагнозу захворювання, скарг, анамнезу захворювання та життя пацієнта, даних об'єктивного та додаткових методів обстеження, а також щоденник та лікування та профілактичних оглядів пацієнта. Медична карта стоматологічного пацієнта містить відомості про навчання пацієнта навичкам гігієни і контролю гігієнічного стану порожнини рота.

Листок щоденного обліку роботи лікаря-стоматолога (форма №037/0) – звітний та обліковий документ, що заповнюється щодня лікарем після прийому пацієнтів і містить відомості про фактично відпрацьований робочий час, кількість прийнятих пацієнтів, діагнози пацієнтів і комплекс виконаного лікування з урахуванням здійсненого знеболювання, відомості про санацію порожнини рота, відпрацьовані умовні одиниці трудомісткості. На підставі даних «Листка щоденного обліку роботи лікаря-стоматолога» наприкінці місяця заповнюється «Щоденник обліку роботи лікаря-стоматолога».

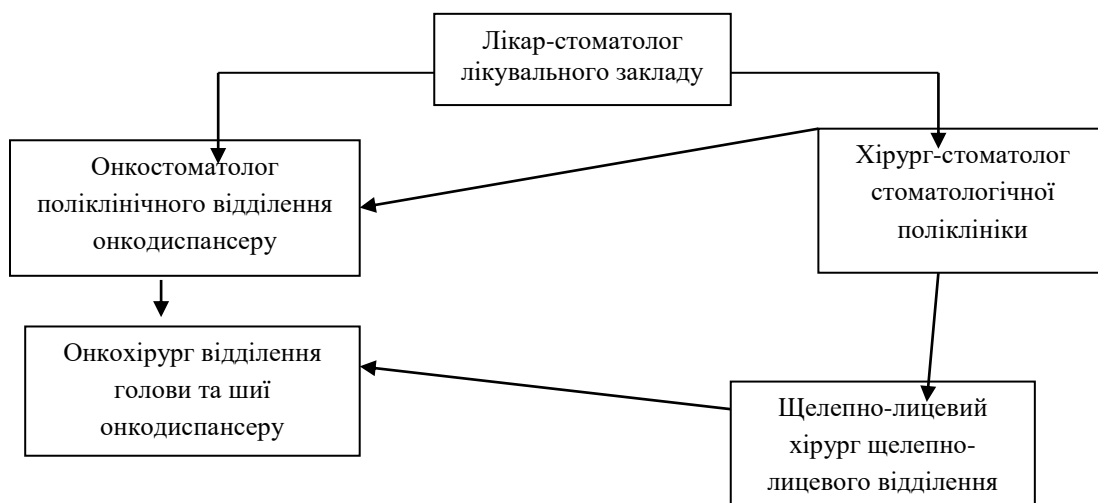
Щоденник обліку роботи лікаря-стоматолога (форма № 039-2/0) – звітний та обліковий документ, що містить 51 графу з відомостями про відпрацьований протягом місяця робочий час, кількість прийнятих пацієнтів, обсяг виконаної лікувальної і профілактичної роботи. Щоденник заповнюється наприкінці робочого місяця та служить для статистичної обробки результатів і обліку роботи лікаря-стоматолога.

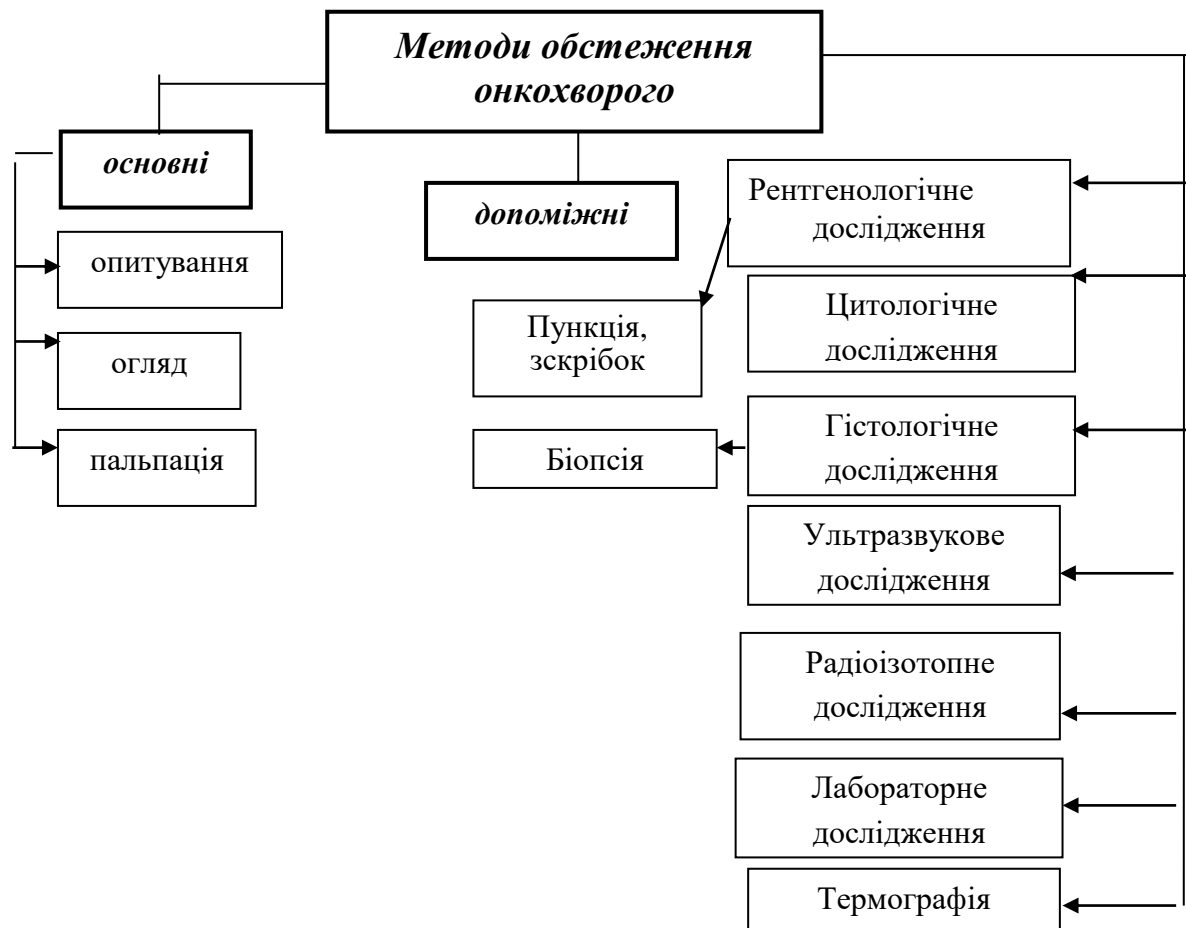
Журнал обліку профілактичних оглядів порожнини рота (форма № 049/0) є звітним та обліковим документом, що відображає профілактичну роботу лікаря-стоматолога з належними групами пацієнтів, характеризує стан диспансерної роботи стоматологічного закладу.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Завдання для самоконтролю:

1. Організація онкостоматологічної допомоги.





Б. Задачі для самоконтролю:

1. Хворий А., 53 років, звернувся до лікаря хірурга-стоматолога зі скаргами на наявність виразки на боковій поверхні язика, яка виникла унаслідок травмування гострим краєм протезу. Виразка існує понад місяць.

Якою має бути тактика лікаря?

(Відповідь: якщо після видалення травмуючого фактора, виразка не зникне протягом 2 тижнів, пацієнта слід направити до онкодиспансеру)

2. Лікар хірург-стоматолог направив на цитологічне дослідження матеріал, який взяв з виразки на слизовій оболонці під'язикової ділянки. З цитологічної лабораторії одержав підтвердження злоякісної виразки.

Які подальші дії лікаря?

(Відповідь: направити хворого в онкодиспансер)

3. Хворий звернувся до стоматолога зі скаргами на погане загоювання лунки зуба, що був видалений два тижні тому. Лікар декілька разів зробив вишкрібання лунки, а через три тижні, коли з'явився постійний біль в щелепі, направив хворого на консультацію в стоматологічну поліклініку, де, після гістологічного дослідження грануляцій, був встановлений діагноз злоякісної пухлини.

Яку помилку зробив стоматолог?

Відповідь: (грануляції, що були видалені з лунки, було обов'язково направити на гістологічне дослідження)

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (α=Π):

1. Вкажіть характеристику, що не притаманна злоякісній пухлині:

- A. Інфільтративний ріст.
- B. Не має капсули.
- C. Клітинний атипізм.
- D. Не дає метастазів.

Е. Порушує загальний стан.

(Правильна відповідь: D)

2. Вкажіть характеристику, що не притаманна доброякісній пухлині?

А. Має добре визначену капсулу.

В. Не дає метастазів.

С. Схильність до розпаду пухлини.

Д. Не порушує загального стану.

Е. Не має атипізму клітин.

(Правильна відповідь: С)

3. Для якого захворювання характерні такі ознаки: погіршення самопочуття пацієнта, кахексія, наявність припухлості, збільшення регіонарних лімфатичних вузлів, клітинний та тканинний атипізм?

А. Запальні захворювання.

В. Диспластичні процеси.

С. Пухлиноподібні утворення.

Д. Доброякісні пухлини.

Е. Злоякісні пухлини.

(Правильна відповідь: Е)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. Хворий Д., 41 року, звернувся до лікаря хірурга-стоматолога зі скаргами на наявність припухлості у правій привушно-жувальній ділянці, яка виникла понад 10 років тому, повільно зростала. При об'єктивному дослідженні виявлено новоутворення до 3 см в діаметрі, м'яко-еластичної консистенції, безболісне, з оточуючими тканинами не зв'язане, рухливе.

Якою має бути тактика лікаря?

Які додаткові методи обстеження слід застосувати?

(Відповідь: лікар має взяти матеріал для цитологічного дослідження. Додаткові методи обстеження: лабораторні (загальний та біохімічний аналіз крові), за необхідності рентгенологічний (сіалограма, враховуючи розташування новоутворення)

2. Лікар хірург-стоматолог направив на цитологічне дослідження матеріал, який взяв з виразки у лівій піднижньощелепній ділянці. За результатами цитологічного дослідження знайдено атипові клітини.

Які подальші дії лікаря?

(Відповідь: направити хворого в онкологічний диспансер)

3. Пацієнт А., 42 років, звернувся до хірурга-стоматолога у зв'язку з тим, що у нього виникла сухість у роті. При об'єктивному дослідженні встановлено: асиметрія обличчя за рахунок припухлості у правій привушно-жувальній ділянці, птозу правого ока та опущення правого кута рота. Шкірні покриви в кольорі не змінені. Праві піднижньощелепні лімфатичні вузли збільшені, спаяні між собою, нерухомі. Відкривання рота вільне. Слизова оболонка правої щічної ділянки без видимої патології, суха, слина з устя протоку привушної слинної залози не виділяється.

Поставте попередній діагноз.

Якою має бути тактика лікаря?

(Відповідь: злоякісне новоутворення правої привушної слинної залози. Цитологічне та рентгенологічне дослідження. Консультація та подальше лікування у лікаря-онколога).

7. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Дунаевский В.А., Шеломенцев Ю.А. Предопухолевые заболевания и злокачественные опухоли слизистых оболочек полости рта.- Москва: Медицина, 1986г.

2. Колесов А.А., Воробьев Ю.И., Каспарова Н.Н. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков.- Москва: Медицина, 1989г.

3. Машкилейсон А.Л. Предрак красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта.- Москва: Медицина, 1970г.

4. Пачес А.Г. Опухоли головы и шеи.- Москва: Медицина, 1983г.

5. Рибалов О.В., Одабашьян А.Л., Соколова Н.П., Саяпіна Л.М. Онкологія щелепно-лицевої ділянки і навчальний посібник для студентів та лікарів-інтернів стоматологів.

Додаткова література:

1. Солнцев А.М., Колесов В.С., Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта.- Киев.: Здоровье, 1985.-150

2. Соловьев М.М. Онкологические аспекты в стоматологии. –Москва .: Медицина, 1983

3. Травматологія та онкологія щелепно-лицевої ділянки: Збірник тестових запитань для студентів стоматологічного факультету / О.В.Рибалов, Л.М.Саяпіна, І.В.Яценко, О.О.Розколупа: АСМІ, 2002. –197с.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
Сумський державний університет
Медичний інститут

«Затверджено»
на засіданні кафедри
стоматології

Завідувач кафедри
д.мед.н.Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Біологічні основи клінічної онкології. Онконастороженість. Класифікація пухлин щелепно-лицевої ділянки.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Пухлина, як хвороба, виникає унаслідок реакції організму на шкідливі зовнішні та внутрішні впливи. Вона формується з усіма своїми індивідуальними властивостями залежно від особливостей реакції індивідуума та від зовнішніх і внутрішніх впливів, що викликали її зростання. Ці дві обставини формують біологічні якості пухлини. Ці біологічні особливості різні при різних пухлинах, і ця різниця найвиразніша у доброякісних та злоякісних пухлинах. Особливості злоякісної пухлини як хвороби значною мірою визначаються якостями її клітин, які значно відрізняються від нормальних клітин. Ці якості визначають зростання, розповсюдженість, метастазування пухлини та її вплив на увесь організм. Новоутворення потребують для діагностики цілий комплекс методів обстеження та лікування.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати причини виникнення пухлин та пухлиноподібних утворів щелепно-лицевої ділянки та шиї.
- 2.2. Пояснювати патогенез пухлин та пухлиноподібних утворів щелепно-лицевої ділянки та шиї.
- 2.3. Запропонувати визначення поняття «онконастороженість».
- 2.4. Класифікувати пухлини та пухлиноподібні утворення щелепно-лицевої ділянки та шиї.
- 2.5. Трактувати біологічні основи клінічної онкології.
- 2.6. Малювати схему протиракового захисту організму.
- 2.7. Проаналізувати дію різних канцерогенів на організм людини.
- 2.8. Скласти план профілактики онкологічних захворювань щелепно-лицевої локалізації.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Етика та деонтологія.	Встановити психологічний контакт з онкохворим.
2. Організація охорони здоров'я.	Застосовувати знання з принципів організації онкодопомоги та диспансеризації. Оформити необхідну документацію.
3. Патоморфологія.	Описувати характер патологічних змін анатомічних структур при розвитку пухлин. Демонструвати навички з взяття матеріалу для цитологічного та морфологічного дослідження.
4. Патологічна фізіологія.	Визначати етіологію та патогенез пухлин.
5. Пропедевтика внутрішніх хвороб.	Написати схему загального обстеження хворого. Провести курацію онкохворого.
6. Загальна онкологія.	Описувати принципи діагностики та лікування онкозахворювань. Призначити схему обстеження пацієнта.

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.	Це аномальна маса тканини з надлишковим розростанням, яке не корелює з ростом нормальної тканини і триває після припинення дії чинників, які його зумовили.
2. Канцерогенез.	Це складний багатоетапний процес, який призводить до значної пухлинної реорганізації нормальних клітин організму.
3. Канцероген (від лат. cancer – рак та д.-грец. γέννάω – (випромінювання) вплив на організм людини або	Це хімічний (сполука) або фізичний (випромінювання) вплив на організм людини або

народжую), він же карциноген (від д.-грец. <i>καρκίνος</i> – краб и <i>γεννάω</i> – народжую).	тварини, що підвищує вірогідність виникнення злоякісних новоутворень (пухлин).
4. Мутація (лат. <i>mutatio</i> — зміна).	Це стійка (тобто така, що може бути успадкована нащадками даної клітини або організму) зміна генотипу, яка відбувається під впливом зовнішнього або внутрішнього середовища. Процес виникнення мутацій має назву мутагенезу.
5. Анеуплоїдія (від грец. <i>an</i> - негативна частка, <i>eu</i> - добре, сповна, - <i>ploos</i> - кратний та <i>eidos</i> - вид).	Гетероплоїдія, явище, при якому клітини організму містять змінене число хромосом, яке не кратне гаплоїдному набору. Основний механізм виникнення анеуплоїдії – нерозходження та втрати окремих хромосом в мітозі і мейозі. Унаслідок порушення балансу хромосом анеуплоїдія призводить до зниження життєздатності та нерідко до загибелі.
6. Гістогенез (від д.-грец. <i>ἵστός</i> – тканина + <i>γένεσις</i> – утворення, розвиток).	Це сукупність процесів, що призводять до утворення та відновлення тканин в ході індивідуального розвитку (онтогенезу).
7. Онкологічна настороженість.	Це лікарська тактика спрямована на раннє виявлення онкозахворювань.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Онкогенез. Сучасні погляди на біологічні засади онкогенезу.
2. Біологічні принципи лікування доброякісних та злоякісних пухлин ШЧЛД.
3. Система імунітету при пухлинах і пухлиноподібних процесах ШЧЛД.
4. Що таке онкологічна настороженість?
5. Класифікації пухлин голови та шиї.

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

1. Провести курацію хворого з пухлиною щелепно-лицевої локалізації.
2. Скласти схему обстеження хворого.
3. Оформити необхідну медичну документацію

5. ЗМІСТ ТЕМИ:

Причиною виникнення пухлини є дія факторів, що зумовлюють незворотні зміни в генетичному апараті клітини, у результаті чого порушується процес її розподілу. В уражених клітинах виникає неконтрольована стимуляція розподілу або втрачається (стає неефективним) його гальмування.

Загальноприйнятої теорії пухлинного росту до сьогодні ще не визначено, але найбільш широке визнання отримали поліетіологічна теорія й уявлення про канцерогенез новоутворень, як стадійного процесу перетворення нормальної соматичної клітини в пухлину. Зміни в клітинах можуть бути спричинені прямою або опосередкованою дією різноманітних ендегенних (5% усіх канцерогенів) та екзогенних факторів (95%) – хімічних, біологічних та фізичних.

Хімічні канцерогени – найбільша група, їх кількість постійно зростає в результаті розвитку промисловості, урбанізації, видобутку та переробки нафти та ін. Вони можуть мати біологічне походження та утворюватися ендегенно в організмі людини в результаті обмінних процесів.

Фізичні канцерогени – іонізуюче та ультрафіолетове опромінення, підвищена температура, ультразвук високої інтенсивності та гальванічні струми, які безпосередньо ушкоджують ДНК та активують вільнорадикальне окислення з ураженням генетичного апарату. Канцерогенний вплив має також довготривала механічна дія (хронічна травма, тривале стиснення тканин).

Біологічні канцерогени – це різні ДНК- та РНК-утримувальні віруси, які проникають у клітину й вбудовуються в її геном. Вони або безпосередньо містять ген, що відповідає за пухлинний рост (онкоген), або активують відповідні гени в геномі людини.

Хоча канцерогени надзвичайно різноманітні за своєю природою, всі вони мають певні ознаки:

1. Канцерогени здатні викликати незворотні зміни в геномі клітини, які не призводять до її загибелі.
2. Можуть проникати через біологічні бар'єри, в тому числі клітинну мембрану (що є умовою для взаємодії канцерогенезу із ДНК хромосом).
3. Мають здатність до кумуляції і сумарії канцерогенного ефекту.
4. Субпорогових концентрацій/доз канцерогену не існує, навіть мінімальна його концентрація може призвести до виникнення пухлини.
5. Більшість канцерогенів пригнічують імунні реакції організму.

Механізми пухлинного переродження клітини й подальшого розвитку пухлини. Механізм поділу клітин спрощено представлений в гіпотезі Х'югса, відповідно до якої регуляція клітинного поділу визначається системою генів-ініціаторів, що запускають мітоз, і генів-супресорів, які блокують ген-ініціатор. При репаративній регенерації, запаленні, компенсаторній гіперплазії поділ клітин відбувається під дією зовнішніх паракринних регуляторних факторів (фактор росту та ін.). Поділ клітин контролюється та регулюється декількома механізмами:

- пригнічення синтезу факторів росту за механізмом зворотнього зв'язку;
- контактне гальмування (клітина перестає ділитися після того, як її мембрана досягає контакту з мембраною сусідньої клітини);
- ліміт Хейфлика – клітина ділиться певну кількість разів, потім гине.

Фази канцерогенезу:

1. Ініціація – коли відбуваються незворотні порушення генотипу нормальної соматичної клітини і вона стає схильною до трансформації в пухлинну клітину. При взаємодії генотоксичних канцерогенів з ДНК відбувається транслокація й підсилюється дія протоонкогена – гена, що контролює рост та диференціювання клітини й надає властиві їй якості. У стадії ініціації відбувається близько 30 подвоєнь, тобто утворюється 30 поколінь (близько 1 млрд) латентних клітин і посилюється вироблення онкобілка, з появою й наростанням продукції якого настає друга фаза канцерогенезу – промоція.

2. Промоція – початок росту пухлини (промоція), як правило, починається під дією прововуючого фактора – травми, запалення, хімічних агентів, гормональних стимулів. Пухлинні клітини, які були в латентному стані, починають активно ділитися, формуючи пухлинний вузол. Вважають, що стадія промоції коротка за часом і впродовж неї відбувається близько 10 подвоєнь клітин, що трансформуються. Ріст пухлини супроводжується зміною властивостей пухлинних клітин, спрямованих на підвищення автономності новоутворення (пухлинна прогресія). Головним чином вони розвиваються у бік малігнізації і підвищення злоякісності пухлини. Найбільш характерні такі зміни:

- збільшення числа спонтанних і індукованих мутацій у клітинах пухлин з появою низькодиференційованих, агресивних форм;
- «клональна еволюція» – під дією захисних механізмів організму й медикаментозного лікування (хіміотерапії) виживають тільки найстійкіші пухлинні клітини.

Цим пояснюється здатність доброякісних пухлин до злоякісного переродження й поява рентген- і хіміорезистентності в злоякісних пухлинах у ході лікування. Впливу канцерогенного фактора й включення механізмів канцерогенезу ще недостатньо для виникнення пухлини, оскільки в організмі існують різноманітні механізми протипухлинної резистентності.

Механізми протипухлинної резистентності організму

Антиканцерогенні механізми	Антитрансформаційні механізми	Антицелюлярні механізми
Інактивація хімічних канцерогенів у процесі макросомального окислю-вання. Інгібіція вільних радикалів антиоксидант-ною системою. Елімінація канцерогенів з організму. Інгібіція онкогенних вірусів	Ферментативні системи репарації ДНК. Система генів-супресорів. Антионкогенні протеїни p53, p21, p16. Апоптоз.	Цитотоксична дія: Т-лімфоцитів макрофагів натуральних кілерів, антитіла до пухлинних антигенів. TNF (фактор некрозу пухлини).

інтерфероном і специфічними антитілами.		Інтерферон.
---	--	-------------

Фактори, що зумовлюють виникнення пухлин

Екзогенні фактори	Ендогенні фактори
Нераціональне харчування. Куріння. Підвищена інсоляція. Уживання алкоголю. Вплив промислових канцерогенів. Вірусні інфекції.	Генетична схильність. Первинні або вторинні імунодефіцити. Виснаження антиоксидантної системи. Ендогенні канцерогени. Стреси.

Теорії виникнення раку:

- «імунологічного нагляду» (Bernet, 1970) – активні Т-лімфоцити не спроможні розпізнати та знищити пухлинні клітини з моменту їх появи.
- **мутаційна теорія** – в основі захворювання лежать зміни в геномі клітини (нагромадження мутацій у специфічних ділянках клітинної ДНК, що призводять до утворення дефектних білків). Злоякісні пухлини розвиваються з однієї клітини, тобто, мають моноклональне походження. Однак, Lawrence A. Loeb (1974), вважає, що в основі канцерогенезу лежить виникнення величезної кількості мутацій.
- **ранньої нестабільності** (К.Лингаур, 1997) – рання хромосомна нестабільність зумовлює появу мутацій в онкогенах і генах-супресорах.
- **анеуплоїдії** (П.Дюсберг, 1999) – рак є наслідком анеуплоїдії – укорочення й подовження хромосом, переміщення їхніх великих ділянок (транслокації).

Біологічні характеристики пухлинної тканини:

1. Тканинна та клітинна анаплазія або метаплазія.

Під анаплазією розуміють втрату специфічних функцій вихідної тканини й наближення пухлинних клітин до ембріонального стану. Метаплазія – придбання пухлиною властивостей іншої тканини.

2. Неконтрольований і найчастіше безмежний ріст.

3. Автономність пухлинної тканини. Взаємини злоякісних пухлин і організму розглядають як конкурентні. В процесі життєдіяльності пухлина інтенсивно поглинає поживні речовини й трофічні чинники з кров'яного русла, виділяючи в кров продукти життєдіяльності, багато з яких є токсичними. Це є осовним механізмом кахексії при злоякісних пухлинах.

4. Зміна метаболізму пухлинних клітин характерніша для злоякісних пухлин. Вона полягає в активації гліколізу з одночасною зміною (пригніченням) окисного фосфорилування та спрощенням біохімічної структури.

5. Зміна механізмів регуляції. Пухлинна тканина не реагує або неадекватно реагує на нормальні механізми нейрогуморальної регуляції. У той самий час у пухлинній тканині виникають власні регуляторні механізми, пов'язані з інтенсивним виділенням паракринних регуляторів і факторів росту.

6. Зміна антигенних властивостей пухлинної клітини. Пухлинна танина за своїми антигенними властивостями відрізняється від тканин організму, однак пухлина досить ефективно уникає механізмів імунологічного контролю.

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».

Онкологічна настороженість полягає у наступному:

- знання симптомів передракових захворювань, їх лікування та попередження;
- знання симптомів злоякісних пухлин в ранніх стадіях та їх лікування;
- знання принципів організації онкологічної допомоги, що дозволяє своєчасно направити пацієнта з підозрою на злоякісне новоутворення за призначенням;
- ретельне дотримання схеми обстеження пацієнта для виключення наявності онкологічного захворювання;
- при неясній клінічній картині слід завжди пам'ятати про вірогідність нетипового стертого прояву пухлини.

Лікар, який дотримується принципів онкологічної настороженості, більшою мірою гарантований від несвоєчасної діагностики та помилкової тактики щодо пацієнта з онкологічною патологією.

У обстеженні кожного пацієнта, а онкологічного особливо, має бути чітка та визначена система. Друге важливе положення – ретельне вивчення симптомів захворювання. Третє положення – активний збір анамнезу. Особливо ретельно лікар має обстежувати пацієнтів на різні хронічні захворювання: хронічні тріщини, виразки на шкірі обличчя, слизовій оболонці порожнини рота, хейліти, стоматити та ін.

У анамнезі онкологічного пацієнта має місце безперервне збільшення кількості та тяжкості симптомів. При приєднанні запального компонента, симптоми злоякісного новоутворення нівелюються.

Слід завжди цікавитися способом життя пацієнта. Особливо має насторожувати факт наявності злоякісного новоутвору іншої локалізації – це може свідчити про наявність ракової хвороби. Деякі захворювання можуть слугувати фоном для виникнення злоякісної пухлини (хронічний гайморит, лейкоплакія).

Знання професійних шкідливостей, з якими стикається пацієнт, часто дозволяє виявити схильність до того чи іншого злоякісного новоутворення.

При обстеженні пацієнта необхідно враховувати спадковість. Слід приділяти увагу національним звичаям (жування бетеля і маста часто призводить до розвитку раку дна порожнини рота), місце постійного проживання (регіони із жарким кліматом), порушення особистої гігієни.

Питання **класифікації пухлин та пухлиноподібних новоутворень** щелепно-лицевої локалізації дуже складне, оскільки голова та шия характеризуються складною анатомічною будовою та гістоархітектонікою. З 1971 р. ВООЗ розпочала розробку й публікацію серій Міжнародної гістологічної класифікації пухлин (МГКП), кожна з яких є класифікацією групи новоутворень, виділених за принципом анатомічної локалізації.

Пухлини щелепно-лицевої локалізації та шиї представлені в таких серіях МГКП:

- МГКП № 3 «Гістологічна класифікація пухлин м'яких тканин»;
- МГКП № 4 «Гістологічна класифікація пухлин порожнини рота і ротоглотки»;
- МГКП № 5 «Гістологічна класифікація кісткових пухлин»;
- МГКП № 6 «Гістологічна класифікація одонтогенних пухлин, кіст щелеп і подібних уражень»;
- МГКП № 7 «Гістологічна класифікація пухлин слинних залоз»;
- частково МГКП № 12 «Гістологічна класифікація пухлин шкіри»;
- МГКП № 19 «Гістологічна класифікація пухлин носа та приносних пазух».

МГКП має низку переваг порівняно з раніше запропонованими класифікаціями, основними з яких є такі:

1. Об'єктивність критеріїв, які використовують для віднесення пухлини до тієї або іншої групи: злоякісність, гістогенез, локалізація, будова.
2. Єдність номенклатури, термінології та принципів класифікації новоутворень у всіх серіях МГКП.
3. Класифікація є універсальною й загально визнаною, створена із залученням провідних спеціалістів з різних держав і використанням даних основних світових центрів.
4. МГКП постійно допрацьовують і переглядають з урахуванням останніх наукових даних.
5. Включає всі відомі на сьогодні новоутворення.
6. Містить детальну характеристику клінічної, морфологічної та рентгенологічної картини пухлин.

Відповідно до МГКП всі пухлини **класифікують** за:

1. **Локалізацією** (пухлини порожнини рота та ротоглотки, пухлини порожнини носа та приносних пазух, пухлини слинних залоз, пухлини ЦНС, пухлини щитоподібної залози, пухлини та кістки щелеп, пухлини шкіри).
2. **За гістогенезом** (епітеліальні пухлини, пухлини м'яких тканин, пухлини кісток і хрящової тканини, пухлини лімфоїдної і кровотворної тканини, пухлини змішаного генезу, вторинні пухлини (метастази злоякісних пухлин внутрішніх органів у щелепно-лицевій ділянці), пухлини спірного або неясного гістогенезу, пухлиноподібні стани).
3. **За особливостями клінічної картини та біологічної поведінки** (доброякісні та злоякісні).
4. **Пухлиноподібні ураження:**

- ембріональні вади розвитку, порушення закладки й формування органів і тканин (судинні аномалії та мальформації, лімфангіоми, гамартоми, брахіогенні й дермоїдні кісти, фіброзна остеодисплазія, фолікулярні кісти та ін.);
- прояв спадкових синдромів (нейрофіброматоз, херувізм та ін.);
- прояв системних захворювань (синдром Шегрена, фіброматоз ясен при гормональних захворюваннях, хвороба Педжета, паратиреоїдна дистрофія);
- наслідок гострої або хронічної травми (травматична неврома, проста або травматична кісткова кіста, фіброзні розростання та папіломатоз слизової оболонки порожнини рота);
- реактивна гіперплазія при хронічному запаленні (піогенна гранульома, радикулярні кісти, пухлина Кюттнера);
- порушення відтоку (ретенція) секрету екзокринних залоз (ретенційні кісти слинних залоз, атероми);
- пухлиноподібні ураження, генез яких до кінця не вивчено (аневризмальна кісткова кіста).

Класифікація злоякісних пухлин за системою TNM

- T₀ – первинна пухлина не визначається.
 T₁ – пухлина 1-2 см в діаметрі в межах ураженої тканини (органу).
 T₂ – пухлина більше 2 см в найбільшому вимірі, в межах одного ураженого органу.
 T₃ – пухлина більше 3 см в найбільшому вимірі. Вражена більша частина, або весь орган.
 T₄ – пухлина вражає увесь орган з переходом на сусідні тканини.
 N₀ – лімфатичні вузли не пальпуються.
 N₁ – одnobічні рухомі лімфатичні вузли.
 N₂ – двобічні рухомі лімфатичні вузли.
 N₃ – одnobічні нерухомі лімфатичні вузли.
 N₄ – двобічні нерухомі лімфатичні вузли.
 M₀ – метастази відсутні.
 M₁ – визначаються віддалені метастази.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Завдання для самоконтролю:

1. Заповнити графи таблиці:

Механізми протипухлинної резистентності організму

Антиканцерогенні механізми	Антитрансформаційні механізми	Антицелюлярні механізми
1. Інактивація хімічних канцерогенів у процесі макросомального окислю-вання. 2. Інгібіція вільних радикалів антиоксидант-ною системою. 3. _____ 4. _____	1. Ферментативні системи репарації ДНК. 2. _____ 3. Антионкогенні протеїни p53, p21, p16. 4. _____	Цитотоксична дія: Т-лімфоцитів макрофагів натуральних кілерів, антитіла до пухлинних антигенів. TNF (фактор некрозу пухлини). Інтерферон.

2. Додайте відомості у таблицю:

Фактори, що зумовлюють виникнення пухлин

Екзогенні фактори	Ендогенні фактори
1. Нераціональне харчування. 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. Вірусні інфекції.	1. Генетична схильність. 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. Стреси.

Б. Задачі для самоконтролю:

4.1. Пацієнтка, 42 років, звернулася до хірурга-стоматолога зі скаргами на наявність новоутворення в порожнині рота. При об'єктивному дослідженні встановлено: на незмінній слизовій оболонці лівої щоки наявне новоутворення блідо-рожевого кольору, округлої форми, на ніжці, діаметром до 1см, безболісне, м'яко-еластичної консистенції.

Який метод біопсії слід застосувати?

(Відповідь: ексцизійна біопсія)

4.2. Пацієнт С., 24 років звернувся до хірурга-стоматолога з приводу наявності новоутворення в ділянці підборіддя, яке повільно збільшується. Об'єктивно: асиметрія обличчя за рахунок наявності новоутворення в ділянці підборіддя. Шкіра в кольорі не змінена. Пальпаторно визначається новоутворення розміром 3х5см, овальної форми, рухоме, безболісне.

Яку діагностичну маніпуляцію слід провести?

(Відповідь: пункційну біопсію)

4.3. У хірургічне відділення обласної стоматологічної поліклініки направлений пацієнт з підозрою на наявність пухлини правої привушної слинної залози.

Який метод дослідження буде найінформативнішим в даному випадку?

(Відповідь: гістологічне дослідження)

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (α=Π):

1. У хірурга-стоматолога обласної стоматологічної поліклініки на диспансерному обліку перебувають пацієнти з пухлинами щелепно-лицевої ділянки, які пройшли лікування у відділенні голови та шиї обласного онкологічного диспансері.

Яка повинна бути документація на цих хворих?

A. Історія хвороби стаціонарного хворого.

B. Амбулаторна картка хворого, контрольна картка диспансерного Нагляду.

C. Виписка з медичної картки хворого.

D. Амбулаторна картка хворого, журнал обліку хворих, яких направлено зі стаціонару.

E. Документація ЛКК.

(Правильна відповідь: B)

2. Після комбінованого радикального лікування рака шкіри щоки II клінічної групи хворий знаходиться під диспансерним наглядом.

Як часто він повинен проходити обстеження?

A. 1 раз на півріччя.

B. 1 раз на рік.

C. Перший рік – 1 раз на квартал, другий рік 1 раз на півріччя, в подальшому – 1 раз на рік.

D. Перший рік – 1 раз на півріччя, в подальшому – 1 раз на рік.

E. Щоквартально впродовж 5 років.

(Правильна відповідь: C)

3. У хворого 56 років діагностовано пухлину, яка характеризується інвазивним ростом, інфільтрацією навколишніх тканин, утворює перифокальні вогнища запалення, часто метастазує в навколишні лімфатичні вузли та віддалені тканини.

Для якого типу пухлин характерний механізм розвитку?

A. Для некласифікованих пухлин.

B. Для доброякісних пухлин.

C. Для пухлиноподібних утворень.

D. Для злоякісних пухлин.

E. Для вродженої патології.

(Правильна відповідь: D)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. Пацієнт, 32 років, звернувся зі скаргами на наявність утворення на язиці. Раніше за медичною допомогою не звертався. Зовнішній вигляд пацієнта без особливостей, піднижньощелепні

лімфатичні вузли не збільшені. На боковій поверхні язика справа ближче до його основи визначається округлий утвір.

Поставте попередній діагноз. Яке захворювання або патологічний стан Ви можете передбачити? Які додаткові відомості та клінічні дані необхідні для встановлення остаточного діагнозу? Складіть план лікування.

(Відповідь: фіброма язика. Повне описання новоутворення (розмір, консистенція, болісність при пальпації, рухливість, зв'язок з оточуючими тканинами). План лікування: обстеження пацієнта для проведення оперативного втручання; хірургічне лікування; медикаментозна терапія; диспансерний нагляд)

2. Пацієнтка, 34 років, звернулася зі скаргами на наявність утворення на слизовій оболонці лівої щічної ділянки, яке помітила випадково. Пацієнтка зазначає, що у даний час майже здорова, однак має в анамнезі двобічний хронічний гайморит. Зовнішній вигляд без особливостей, під нижньощелепні лімфатичні вузли не збільшені. На слизовій оболонці лівої щічної ділянки по лінії змикання зубів визначається новоутворення.

Поставте попередній діагноз. Які додаткові відомості та клінічні дані необхідні для встановлення остаточного діагнозу? Складіть план лікування. Чи має значення для складання плану лікування наявний хронічний двобічний гайморит?

(Відповідь: фіброма. Повне описання новоутворення (розмір, консистенція, болісність при пальпації, рухливість, зв'язок з оточуючими тканинами). План лікування: обстеження пацієнта для проведення оперативного втручання; хірургічне лікування; медикаментозна терапія; диспансерний нагляд. Наявний хронічний двобічний гайморит для складання плану лікування значення не має, якщо відсутня фаза загострення)

3. Чоловік, 42 років, звернувся до хірурга-стоматолога з приводу збільшення родинки на щоці, яку він майже постійно травмує під час гоління. Зі слів пацієнта, місяць тому родинка почала інтенсивно зростати, на її поверхні з'явилася виразка. Об'єктивно: на лівій щоці утворення овальної форми, розміром 1х1см, темно-коричневого кольору. На поверхні його – виразка. Регіонарні лімфовузли збільшені.

Поставте попередній діагноз. Поставте діагноз за системою TNM. Складіть план лікування та профілактики.

(Відповідь: попередній діагноз – меланома лівої щічної ділянки. Діагноз за системою TNM – T2 N1 M0. План лікування - обстеження пацієнта для проведення оперативного втручання; хірургічне лікування (широке висічення осередку ураження та регіонарних лімфатичних вузлів); хіміо- та імунотерапія; диспансерний нагляд. Заходи профілактики: обмеження природної інсоляції та штучного ультрафіолетового опромінення)

7. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Гнатюшак А.И. Общая клиническая онкология. – Львов, 1988. – 233с.
2. Маланчук В.О., Копчак А.В. Доброякісні пухлини та пухлиноподібні ураження щелепно-лицевої ділянки та шиї / навчальний посібник. – К.: Видавничий дім «Асканія», 2008. – 320с.
3. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: В 2-х томах./ Под ред. В.М.Безрукова, Т.Г.Робустовой. – Изд.2-е, перераб. И доп. – М.: Медицина, 2000. – 448с.
4. Хирургическая стоматология в схемах и таблицах: Учеб.пособие для студентов и врачей-интернов / Г.П.Ружин, А.А.Дмитриева. – Харьков: ХГМУ, 2001. – 108с.

Додаткова література:

1. Губайдулина Е.Я., Цегельник Л.Н. Опухоли, опухолеподобные поражения и кисты лица, органов полости рта, челюстей и шеи //Хирургическая стоматология. – М.: Медицина, 1996. – С.512-624.
2. Колесов А.А., Воробьев И.Ю. Новообразования мягких тканей. – К., Здоровье, 1991. – 312с.
3. Сагатбаев Д.С. Опухоли челюстно-лицевой области. – Алма-Ата, 1998. – 206 с.
4. Солнцев А.М., Колесов В.С. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта. – Киев: Здоровье, 1985. – 150 с.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
Сумський державний університет
Медичний інститут

«Затверджено»
на засіданні кафедри
стоматології
Завідувач кафедри
д.мед.н.Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Передракові захворювання шкіри обличчя, слизової оболонки порожнини рота та язика: гістологічна будова, клінічні форми, диференційна діагностика, лікування, ускладнення і профілактика.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Небезпечність передракових захворювань полягає в тому, що вони можуть довгий час існувати не турбуючи хворого, наприклад деякі форми лейкоплакії. Злоякісне переродження цих захворювань спочатку теж не викликає суттєвих змін стану пацієнта. Неуважне ставлення до свого здоров'я нерідко обертається занадто пізнім звертанням за медичною допомогою. Своєчасне виявлення і лікування передракових захворювань становить відповідальну задачу лікаря-стоматолога, особливо якщо врахувати сучасну тенденцію до зростання цих патологічних станів.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати результати клінічних обстежень хворих з передраковими захворюваннями.
- 2.2. Пояснювати результати додаткових досліджень.
- 2.3. Запропонувати плани лікування хворих з різними передраковими станами.
- 2.4. Класифікувати всі передракові захворювання щелепно-лицевої ділянки.
- 2.5. Трактувати етіологію та клінічні прояви передракових захворювань шкіри обличчя та слизової оболонки рота, ранню симптоматику їх переродження у злоякісну пухлину.
- 2.6. Малювати схему факторів, які сприяють виникненню передракових захворювань.
- 2.7. Проаналізувати основні принципи діагностики та лікування цих хвороб.
- 2.8. Скласти план діагностики та диференційної діагностики, передракових захворювань щелепно-лицевої ділянки, виявити та пояснити процес малігнізації передраків, провести терапію хворого, встановити діагноз, провести диференційну діагностику, скласти план обстеження та лікування хворого з передраковими захворюваннями.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Топографічна анатомія.	Визначити ділянку ураження щелепно-лицевої локалізації.
2. Гістологія.	Описувати морфологічну будову слизових оболонок порожнини рота та язика, шкіри обличчя.
3. Пропедевтика хірургічної стоматології.	Володіти методами забору матеріалу для гістологічного або цитологічного дослідження.
4. Патологічна анатомія.	Ідентифікувати гістологічну та цитологічну картину при передракових станах.
Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
5. Патологічна фізіологія.	Описувати етіологію та патогенез передракових станів.
6. Пропедевтика внутрішніх хвороб.	Застосовувати схему обстеження хворого, описувати історію хвороби.

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
Цитологія.	Це наука про клітини.
Біопсія.	Це прижиттєво взятий шматок тканини для гістологічного дослідження.
Малігнізація.	Це придбання клітинами організму нормальної або патологічно зміненої тканини властивостей злоякісної пухлини.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

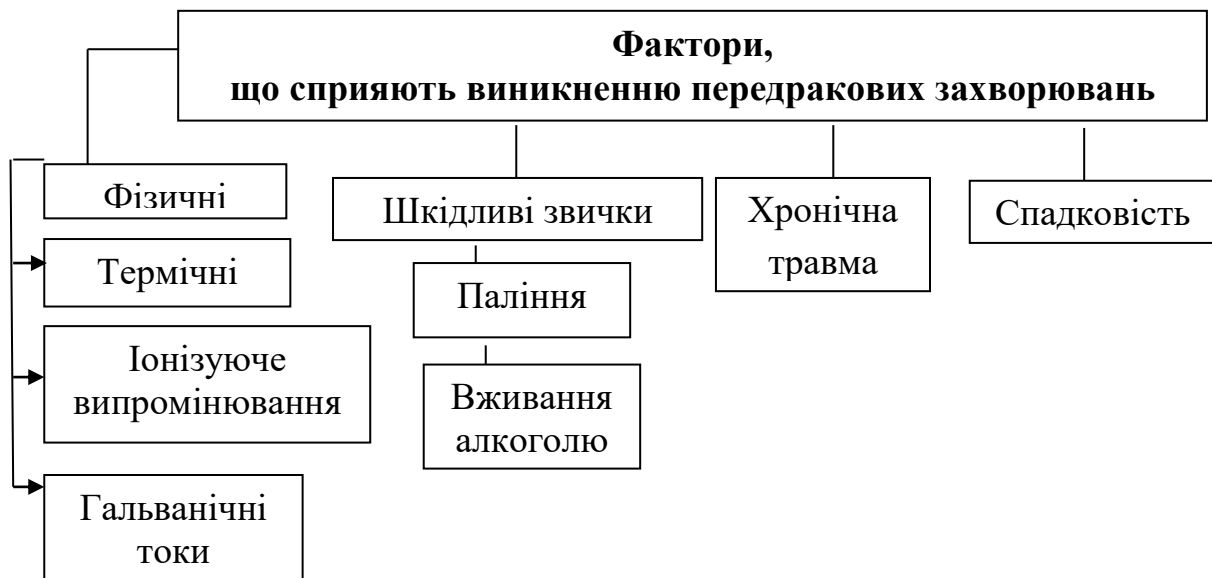
1. Що таке передрак?

2. Що таке факультативні передракові захворювання?
3. Що таке облігатні передракові захворювання?
4. Перелічити фактори, які сприяють виникненню передракових захворювань.
5. Навести класифікацію передракових захворювань шкіри обличчя та слизової оболонки порожнини рота.
6. Описати клінічну картину передракових захворювань слизової оболонки рота.
7. Описати клінічну картину передракових захворювань червоної облямівки губ.
8. Описати клінічну картину передракових захворювань шкіри обличчя.
9. Гістологічні особливості, етіологія при передракових станах.
10. Методи діагностики, додаткові методи дослідження при підозрі на передракове захворювання.
11. Диференційна діагностика передракових захворювань.
12. Профілактика виникнення передракових захворювань порожнини рота.
13. Методи лікування передракових захворювань.
14. Ускладнення передракових захворювань шкіри обличчя, губ та слизової оболонки порожнини рота.

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

1. Обрати необхідний інструментарій для забору матеріалу на цитологічне дослідження.
2. Провести забор матеріалу для цитологічного дослідження, заповнити направлення в цитологічну лабораторію.
3. Обрати необхідний інструментарій для проведення біопсії.
4. Виконати біопсію для гістологічного дослідження; заповнити направлення в гістологічну лабораторію.
5. Заповнити медичну документацію хворих з передпухлинними захворюваннями.

5. ЗМІСТ ТЕМИ:



Передраки – патологічні стани, які тривалий час передують появі злоякісних пухлин, але не завжди перетворюються в них і є стадією канцерогенезу. Термін «передрак» (praecancer) було запропоновано М.В.Дюбрейлем у 1986 році на Міжнародному конгресі дерматологів у Лондоні. Він поставив питання про кератози, як станах, що передують виникненню злоякісних пухлин шкіри. З того часу термін «передрак» широко застосовується в клінічній медицині, але, слід відмітити, що ще задовго до цього, були відомі випадки виникнення раку на місці різноманітних патологічних станів. Незважаючи на це, до цих пір немає єдиної думки про значення патологічних процесів в розвитку злоякісних пухлин. Деякі фахівці вважають, що поняття «передрак» необхідно звужити та не рахувати його обов'язковою фазою в розвитку пухлин. Інші автори вважають, що кожен рак має свій передрак, але не кожен передрак обов'язково перетворюється на рак.

Експериментально та клінічно доведено, що розвитку пухлин передують певні патологічні процеси.

Мельников А.В., один з провідних онкоморфологів України, дає таке визначення передраку: передрак це місцеве (спадкове, народжене або надбане) доброякісне захворювання епітелію шкіри, слизової оболонки або паренхіми органу, яке, розташовуючись в типових місцях, піддаючись постійному подразненню (неспецифічному) і, будучи занедбаним, при нашаруванні ряду ендогенних причин, переходить в злоякісну пухлину. А.В.Мельников умовно виділив чотири стадії перетворення передраку в рак:

- а) гіперплазія і перебудова тканини;
- б) вогнищева гіперплазія;
- в) поява доброякісної пухлини;
- г) перетворення доброякісної пухлини в злоякісну з характерним інфільтративним та деструктивним ростом.

Л.М.Шабад виділяє 4 стадії в розвитку раку:

1. Нерівномірна дифузна гіперплазія, змінена морфологічно та функціонально.
2. Вогнищеві розростання на фоні дифузної гіперплазії з мультицентричних зачатків; ознаки незрілості, атипії.
3. Вогнищеві проліферати, зливаючись, утворюють вузол відокремлений від оточуючих тканин (доброякісна пухлина).
4. Малігнізація.

Деякі автори виділяють три гістологічні ступені передракових станів: стадія А – відповідає I стадії розвитку раку за Шабадом, характеризується лише дифузною або множинною гіперплазією епітелію; стадія В – відповідає II та III стадіям за Шабадом, характеризується вогнищевою проліферацією, з початковими ознаками атипії (базофілія, поліморфізм цитоплазми та ядер); стадія С – представляє різку атипію і фактично вже початковий рак.

Більшість авторів вважають безпосередньо передраковими 2 та 3 стадії, тобто, вогнищеві проліферати та доброякісні пухлини. Вони пропонують відмежувати передраки від фонових захворювань.

Практично перераховані стадії переходять з однієї в другу без чітких меж; можливе виникнення злоякісної пухлини без 3 стадії.

Таким чином, передрак – це динамічний стан, який може перейти в рак за рахунок постійної зміни властивостей клітин в бік злоякісності. Передрак перетворюється на рак не стільки за рахунок кількісних змін (час, маса), скільки в наслідок біологічних змін клітин, накопичення в них якостей, які характерні злоякісним клітинам.

Передраковим станам бракує одного або декількох ознак, відрзняючих його від раку. Біологічною особливістю клітин передракових вогнищ є велика їх чутливість до дії факторів, які викликають клітинне розмноження.

Динаміка передракових станів може бути різною:

- прогресія та розвиток раку;
- виникнення доброякісної пухлини;
- регресія.

Причини цих змін до цього часу невідомі, але вони безпосередньо залежать від імунно-біологічного стану організму, тривалості та інтенсивності онкогенних факторів.

Венкеї і Шугар, співставляючи свою клінічну класифікацію з гістологічними стадіями, дійшли висновку, що більшість змін, які належать до факультативної групи передраку в широкому розумінні слова, гістологічно належать до стадії А передраку; більшість змін, що належать до факультативного передраку в більш вузькому розумінні, гістологічно «втискуються» в стадію В передраку, і, нарешті, зміни, що належать до облігатного передраку, гістологічно відповідають групі С.

Особливо показовим значення передраку визначається при локалізації процесу на слизових оболонках червоної облямівки губ і порожнини рота. Це пов'язано з доступністю спостереження за хворим й, очевидно, з тим, що більшість ракових пухлин цієї локалізації виникають внаслідок дії зовнішніх канцерогенних чинників.

За різними статистичними даними, раку порожнини рота і губи передують передракові зміни від 92% випадків (Л.А.Епштейн) до 26% (В.А.Гремілов). Все ж, більшість провідних вчених (М.М. Петров, І.Т. Шевченко та ін.) вважають, що більшість раків щелепно-лицевої локалізації виникають внаслідок прогресування передракових станів.

КЛАСИФІКАЦІЯ ПЕРЕДРАКОВИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Останнім часом широкого впровадження в практику набула класифікація передраків, запропонована угорськими авторами – Венкеї і Шугар, згідно якої всі передраки розподіляються на облігатні (обов'язкові) та факультативні. Факультативні передраки в свою чергу діляться на факультативні передраки в широкому розумінні слова та факультативні передраки у вузькому розумінні.

Класифікація передракових захворювань за Т.Ванкеї та Я.Шугаром

I. Факультативні передракові стани

- 1). Факультативні передракові процеси в широкому розумінні (основні захворювання).
- 2). Факультативні передракові процеси в вузькому розумінні (кератопреканцерози).

II. Облігатні передракові стани, або інтрадермальні раки.

Передракові стани в широкому розумінні характеризуються тим, що вірогідність їх малігнізації нижче 10% випадків. До них належать стареча атрофія шкіри; хронічні рентгенівські, радіаційні дерматити; дерматити, що викликані дією дьогтю, миш'яку; рубці; хронічні запальні процеси, в тому числі червоний вовчак, доброякісні пухлини та інші.

До факультативних передраків у вузькому розумінні належать так звані кератопреканцерози (старечий кератоз, кератоакантома, шкірний ріг, трофічні виразки). Вірогідність малігнізації біля 20-30% випадків.

До облігатних передраків шкіри належать пігментна ксеродерма, хвороба Боуена, еритроплазія Кейра, хвороба Педжета.

Подібні принципи в розподіленні передраків губи та слизової оболонки порожнини рота покладені в основу класифікації, створеної А.Л.Машкиллейсоном (1970), якої дотримуються як стоматологи, так і онкологи.

Розрізняють наступні форми передраків слизової оболонки порожнини рота та червоної облямівки губ.

Класифікація передракових захворювань за А.Л.Машкиллейсоном

I. Облігатні передракові захворювання:

- 1) хвороба Боуена та еритроплазія Кейра;
- 2) бородавчастий, або вузликаний, передрак червоної облямівки губ;
- 3) абразивний преканцерозний хейліт Манганотті;
- 4) обмежений передраковий гіперкератоз червоної облямівки губ.

II. Факультативні передракові захворювання з великою потенційною злякисністю:

- 1) лейкоплакія ерозивна та веррукозна;
- 2) папілома та папіломатоз піднебіння;
- 3) шкірний ріг;
- 4) кератокантома.

III. Факультативні передракові захворювання з меншою потенційною злякисністю:

- 1) лейкоплакія плеската;
- 2) хронічні виразки слизової оболонки порожнини рота;
- 3) ерозивні та гіперкератотичні форми червоного вовчаку та червоного плескатоного лишая червоної облямівки губ;
- 4) хронічні тріщини губ;
- 5) післяпроменевий хейліт та стоматит;
- 6) метеорологічний та актинічний хейліти.

Облігатні передраки – процеси, які з найбільшою частотою перетворюються на злякисні новоутворення у відносно короткий час. Факультативні передраки з меншою вірогідністю перетворюються на рак при більш тривалій експозиції.

Таким чином, всі передракові зміни слизової оболонки порожнини рота і червоної облямівки губ розподілені на три групи: облігатні передракові стани, факультативні передракові стани з більшою потенційною злякисністю, для яких характерна трансформація в рак у 15-30% випадків, і на факультативні передракові стани з меншою потенційною злякисністю, при яких малігнізація виникає не більше, ніж у 6-10% хворих. В гістологічному відношенні перша і друга групи захворювань належать до вогнищевих проліфератів або так званих доброякісних пухлин (за термінологією Л.А.Шабада), в той час як захворювання, що віднесені до третьої групи, патоморфологічно представлені у вигляді дифузної, патологічно нерівномірної гіперплазії. В першу групу включені захворювання, гістологічна структура яких відповідає стану, що позначається як cancer in situ, так званий "компенсований" рак, який згідно міжнародної

гістологічної класифікації передраків належить до передраків (хвороба Боуена, еритроплазія Кейра).

Співставляючи класифікацію Машкіллейсона А.Л. з класифікацією Венкеі і Шугара, помітно, що виділені три групи передракових станів за Машкіллейсоном майже повністю відповідають трьом патоморфологічним фазам А, В і С. Наприклад, захворюванням, що входять в першу групу, відповідає гістологічна картина, характерна для фази А; захворюванням другої групи – фаза В; захворюванням третьої групи відповідає стадія В-С або С.

ОБЛІГАТНІ ПЕРЕДРАКИ

Хвороба Боуена вперше була описана в 1912 році. Етіологія та патогенез не вивчені.

Облігатні передраки; морфологічні та клінічні процеси дуже схожі і можуть бути розцінені як одне захворювання, гістологічно їх можна віднести до *cancer in situ*. Клінічна картина різноманітна; частіше локалізується в задніх відділах слизової оболонки порожнини рота (піднебінні дужки, корінь язика, м'яке піднебіння), рідко в ретромолярних та передніх відділах, на червоній облямівці губ. Вогнище ураження неправильної форми. Може проявлятися плямисто-вузликовими поразками, що поволі збільшуються в розмірі, можуть мати дрібнобугоркову поверхню та сосочкові розростання. При тривалому існуванні спостерігається легка атрофія, вогнище злегка западає, можлива його ерозія, вогнища можуть зливатися, утворюючи пляшки поліциклічних контурів, розміри пляшок від 0,1 до 1,0 см. Поверхня ділянки гіперемована, гладка або бархатиста з дрібними сосочковими розростаннями, можливе невелике шелушіння та зуд. За клінічними проявами виділяють чотири форми хвороби Боуена: 1) папуло-лусочкова; 2) папуло-кірочкова; 3) атрофічна; 4) мокнуча. Диференціювати потрібно з лейкоплакією, червоним плескатим лишаем, сифілісом. Діагноз встановлюють тільки за результатами гістологічного дослідження.

Гістологічно спостерігаються гігантські клітини в шиповидному шарі із скопиченням ядер у вигляді комків. Може спостерігатися кератинезація окремих клітин у мальпігівому шарі, в стромі – інфільтрат, який складається з плазматичних клітин та лімфоцитів.

Лікування. Електрохірургічне широке видалення вогнища або криогенна деструкція. При неможливості хірургічного лікування - близькофокусна рентгенотерапія доступних ділянок. Якщо виявлено інвазивний рост, показано комбінований метод лікування.

Еритроплазія Кейра була описана в 1921 році. Гістологічна картина відповідає хворобі Боуена (вкладається в поняття «рак на місці»), тому хвороба Боуена деякі автори трактують, як подальшу стадію розвитку еритроплазії Кейра. Інші дослідники не бачуть необхідності розділяти хворобу Боуена та еритроплазію Кейра.

Хвороба починається з появи на слизовій оболонці губ, щік чітко обмежених яскраво-червоних вогнищ з малопомітним ущільненням в основі. Вогнища злегка підвищуються над поверхнею слизової оболонки. Поверхня вогнищ гладка, гіперемована, декілька бархатиста. Поступово на поверхні вогнища з'являються виразки і хвороба перетворюється на рак, можливі метастази в лімфатичні вузли. Для цього захворювання характерний повільний перебіг, лікування тільки радикально-хірургічне; променевий метод лікування малоефективний, консервативні методи – зовсім неефективні.

Абразивний преанцерозний хейлит Манганотті – належить до облігатних передраків губ В 1933 р. Манганотті виділів із чисельної групи хейлитів одну форму, особливістю якої є дуже часта трансформація у рак. Багатьма онкологами ця форма часто описувалась під назвою "деструктивний дискератоз". Клініка хейліту Манганотті відрізняється деякою різноманітністю. Захворювання вражає тільки нижню губу, проявляючи себе у вигляді однієї або декількох ерозій овальної або неправильної форми, розмірами 0,5-1,0 см, часто з гладенькою, ніби полірованою поверхнею, що має насичений червоний колір. У деяких хворих поверхня ерозії частково вкрита прозорим тонким епітелієм. Досить часто на поверхні ерозії виникають кірки (кров'янисті бо серозні), які досить міцно утримуються на поверхні. Зняття кірок викликає незначну кровотечу, в той час як незначна травматизація ерозивної поверхні без кірок кровотечі не викликає. Часто спостерігається епітелізація ерозії, а потім рецидив. Ерозії частіше розташовані на боковій частині губи, інколи – в центрі. В деяких випадках ерозія розташована на дещо інфільтрованій і гіперемованій основі, причому запальна реакція спостерігається до 1,0-1,5 см за межами ерозії. Малігнізація можлива у терміни від декількох місяців до декількох років – з утворенням плоскоклітинного раку. Ознаки малігнізації: втрата тенденції до епітелізації, розростання на фоні ерозій утворень, схожих на грануляції, підвищення у вигляді валика країв ерозії, поява кровотечі з ерозій, ущільнення в основі ерозії, поява значного ороговіння безпосередньо навколо ерозії. Остаточо питання про можливу малігнізацію процесу може бути вирішено морфологічним дослідженням. Слід відзначити, що інколи, навіть при відсутності

вказаних клінічних ознак малігнізації, при гістологічному дослідженні виявляється картина спиноцелюлярного (плоскоклітинного) раку.

Диференційну діагностику хейлита Манганотті слід проводити з пухирчаткою, Гермесом, афтозним стоматитом, червоним плоским лишаям, червоним вовчаком, ерозивною лейкоплакією, екземою губ, виразковою формою раку губ.

Лікування абразивного преканцерозного хейліту Манганотті полягає в застосуванні засобів, що стимулюють епітелізацію ерозії – ретинол, тіаміну хлорид, рибофлавін, нікотинова кислота. Лікування слід починати після усунення подразнюючих факторів, санації порожнини рота, лікування патології кишково-шлункового тракту. Якщо процес не піддається консервативному лікуванню, або коли з'являються ознаки малігнізації, то слід застосовувати хірургічне втручання – видалення вогнища ураження в межах здорових тканин з обов'язковим гістологічним пошаровим дослідженням. Диспансерне спостереження за такими хворими здійснюється як стоматологами, так і онкологами (це стосується всіх хворих з облігатними передраками).

Бородавчастий або вузликовий передрак червоної облямівки губ. Захворювання описане А.Л.Машкіллейсоном у 1970 р. В порівнянні з хейлітом Манганотті зустрічається частіше у більш молодих людей. Як правило, утворення локалізується збоку від центру губи, переважно нижньої, в межах червоної облямівки, не виходячи ні на шкіру, ні до зони Клейна.

Клінічно утворення схоже з папіломою або бородавкою, маючи чітко окреслені межі. Елемент розміром від 4 мм до 1,0 см, напівкулеподібної форми, виступає над рівнем оточуючої червоної облямівки на 3-5 мм, має щільну консистенцію. Забарвлення змінюється від кольору нормальної червоної облямівки до застійно-червоного. У більшості хворих поверхня вузлика звичайно вкрита невеликою кількістю лусочок, які міцно тримаються на поверхні, не знімаючись при зшкрябуванні. В таких випадках поверхня набуває сірувато-червоного кольору. Пальпація вузлика зазвичай безболісна. Частіше цей елемент розташований на зовні незмінній облямівці, інколи – на фоні незначного запалення.

Перебіг бородавчастого передраку досить швидкий. Малігнізація процесу може відбутись вже через 1-2 місяці після початку захворювання, хоча у деяких хворих цей процес триває і до 1-3 років.

Диференційну діагностику бородавчастого передраку слід проводити зі звичайною бородавкою, папіломою, кератоакантомою, піогенною гранульою.

До ознак малігнізації бородавчастого передраку слід відносити прискорення темпів росту, посилення процесів ороговіння на поверхні вузлика. Велике значення слід приділяти появленню ущільнення в основі елементу і появи болючості. Але слід вказати на відносність цих ознак, які інколи можуть бути відсутніми в процесі малігнізації.

Лікування бородавчастого передраку червоної облямівки губ полягає в повному хірургічному видаленні ділянки ураження з наступним обов'язковим морфологічним дослідженням. Видалення краще робити електроножем в межах здорових тканин. Електрокоагуляцію та кріодеструкцію в чистому вигляді ніколи робити не слід, так як вони позбавляють можливості проведення морфологічного верифікації процесу.

Диспансерне спостереження здійснюється як лікарем-стоматологом, так і онкологом, тому що існує висока вірогідність малігнізації, як що своєчасно не виконати видалення вогнища ураження у межах здорових тканин.

Профілактичні заходи. Захист від дії несприятливих метеорологічних чинників і, перш за все, інсоляції. Уникати травматизації червоної облямівки губ. Своєчасне лікування хронічних запальних процесів на губах, систематична санація порожнини рота. Заборона паління.

Обмежений передраковий гіперкератоз червоної облямівки губ. Описаний А.Л.Машкіллейсоном в 1965 р. До цього клініцисти трактували це захворювання як лейкоплакію. Але від лейкоплакії обмежений передраковий гіперкератоз відрізняється не тільки клінічно, але й по суті перебігу процесу, тому що він має значно більшу потенційну злоякісність в порівнянні з лейкоплакією, і належить до облігатних передраків. На відміну від інших передраків і цієї групі переважають особи молодого і середнього віку. Процес також локалізується переважно на нижній губі, частіше – приблизно по середині між центром губи та кутом рота.

Клінічно обмежений передраковий гіперкератоз проявляється у вигляді обмеженої ділянки, яка часто має полігональну форму, розміром від 0,2 до 1,5 см. У більшості хворих поверхня вогнища не підвищується над рівнем оточуючої червоної облямівки, а часто навпаки

здається дещо пониженою, запалою, оточеною тоненьким білястим валиком. Поверхня такої ділянки вкрита скопиченням щільно-розташованих лусочок сірувато-коричньового кольору. При пальпації вогнище безболісне, м'яке.

Перебіг обмеженого передракового гіперкератозу повільніше в порівнянні з вузликовою формою передраку. Ділянки ураження можуть існувати без малігнізації впродовж декількох років, але інколи малігнізація може виникнути на протязі першого року захворювання і навіть впродовж перших місяців. Велика кількість випадків малігнізації обмеженого передракового гіперкератозу є підставою для віднесення цієї форми до групи облігатних передраків.

Диференційну діагностику обмеженого передракового гіперкератозу слід проводити із лейкоплакією, ексфолювативним хейлитом, червоним плоским лишаям та червоним вовчаком. Під час огляду хворого обмеженим передраковим гіперкератозом червоної облямівки губ самим складним є вирішення питання, чи не відбулась вже малігнізація процесу. З клінічних ознак, які хоча б частково допомогли вирішенню цього питання, Машкіллейсон називає три: посилення процесу ороговіння, поява ерозій на поверхні та поява ущільнень в основі утворення. Тому єдиним надійним засобом діагностики є біопсія, яку рекомендується проводити як можна раніше.

Лікування обмеженого передракового гіперкератозу полягає у хірургічному видаленні вогнища ураження в межах здорових тканин. Краще проводити електроексцизію. Видалена тканина обов'язково підлягає гістологічному дослідженню, від результатів якого залежить подальша терапія.

ФАКУЛЬТАТИВНІ ПЕРЕДРАКОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ З ВЕЛИКОЮ ПОТЕНЦІЙНОЮ ЗЛОЯКІСНІСТЮ

Лейкоплакія верукозна. Локалізація: слизова оболонка щік, дна порожнини рота, язик, губа. Виражен процес ороговіння. Має дві форми. Бородавчаста форма - щільнуваті, горбисті, сірувато-білого іноді молочного кольору утворення з бородавчастими розростаннями на поверхні. Бляшкоподібна форма - гладкі, різко обмежені бляшки неправильної форми, що підносяться над навколишньою слизовою оболонкою молочно-білого кольору, з шорсткою поверхнею.

Лікування. Хірургічне видалення вогнища.

Профілактичні заходи. Відмова від паління, усунення хронічної травматизації слизової оболонки порожнини рота гострими краями зубів, при неправильному прикусі неякісно зробленими протезами, усунення подразнюючої їжі, алкоголю. Протезування однорідним металом для попередження виникнення гальванізації.

Лейкоплакія ерозивна. Виникає, як наслідок плоскої або верукозної лейкоплакії. На фоні вогнищ ураження плоскою або верукозною лейкоплакією виникають тріщини або ерозії, які супроводжуються болями, печією та ін., особливо під час прийому їжі. Тріщини періодично то збільшуються, то епітелізуються.

Лікування. Терапевтичне медикаментозними препаратами, які прискорюють епітелізацію (гель «Солкосеріл»), при безуспішності – видалення хірургічним шляхом.

Профілактичні заходи. Уникати інсоляції, змащувати губи кремом, жиром, періодично приймати концентрат вітаміну А по 10 крап., 3 рази на день, протягом 2 місяців, відмова від паління.

Папілома. Пухлина на ніжці або на широкій основі, може нагадувати бородавку або кольорову капусту, іноді на поверхні можуть бути ворсинки. Розрізняють ороговіваючі папіломи сірувато-білого кольору та неороговіваючі – за кольором не відрізняються від кольору тієї тканини, на який вона розташована. Локалізується на шкірі, губах, слизових оболонках порожнини рота та язика.

Лікування. Видалення хірургічним шляхом.

Профілактичні заходи. Уникати травматизації.

Папіломатоз. Множинне розростання папілом на окремій ділянці шкіри, губ або слизової оболонки порожнини рота та язика. Виявляються щільні вузлики, що добре контуруються, застійно-червоного кольору, підносяться над навколишньою поверхнею, напівкулястої форми, розміром 0,2 - 0,4 см. Іноді вузлики зливаються. Поверхня їх внаслідок ороговіння може приймати сірувато-білий колір. Улюблена локалізація - слизова оболонка твердого і м'якого піднебіння.

Лікування. Видалення хірургічним шляхом.

Профілактичні заходи. Санація порожнини рота з раціональним протезуванням. Щадна дієта. Заборона паління та вживання алкоголю.

Кератоакантома. Щільний вузлик округлої форми сірувато-червоного кольору, розміром до 1 - 1,5см в діаметрі, з ущільненими краями та характерним воронкоподібним поглибленням в центрі, заповненим роговими масами, що вільно видаляються.

Лікування. Видалення хірургічним шляхом.

Шкірний риг має вигляд чітко обмеженого вогнища діаметром 0,3 - 0,5 см в основі, від якого відходить утворення конусоподібної форми, висотою 0,5 -1 см сіруватого кольору, щільно спаяне з основою. Частіше розвивається одне вогнище, але може бути і більше. Локалізація: шкіра або червона облямівка губ. Вражає людей похилого віку.

Лікування. Видалення хірургічним шляхом.

Профілактичні заходи. Своєчасне лікування запальних процесів на червоній облямівці губ та шкірі.

ФАКУЛЬТАТИВНІ ПЕРЕДРАКОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ З МЕНШОЮ ПОТЕНЦІЙНОЮ ЗЛОЯКІСНІСТЮ

Лейкоплакія плеската спостерігається у вигляді обмежених вогнищ ороговіння, різної форми та розміру, не підвищується над поверхнею слизової оболонки; поверхня може бути складчастою, колір сірувато-білий, матовий; іноді, навкруги вогнища, може бути запалення. Найчастіша локалізація: слизова оболонка щоки, ретро-молярної ділянки, рідше – дна порожнини рота, язика, слизової оболонки губ.

Лікування. Консервативне, медикаментозними засобами (масло обліпихи, шипшини, «Аекол», «Аевіт»).

Профілактичні заходи. Відмова від паління, усунення хронічної травматизації слизової оболонки порожнини рота гострими краями зубів, при неправильному прикусі неякісно зробленими протезами, усунення подразнюючої їжі, алкоголю. Протезування однорідним металом для попередження виникнення гальванізації.

Ерозивно-виразкова і гіперкератотична форми червоного вовчаку та червоного плескатоного лишая. Прояви червоного вовчаку частіше бувають на відкритих ділянках шкіри, а також, на червоній облямівці губ та слизових оболонках порожнини рота. При ерозивно-виразковій формі червоного вовчаку на тлі гіперемії з чіткими контурами розташовані ерозії, що легко кровоточать, не схильні до епітелізації, з ущільненням в підставі. Гіперкератоз невеликий.

Лікування. Синтетичні антималярійні препарати з невеликими дозами кортикостероїдних препаратів (преднізолон, дексаметазон) і вітамінами групи В, в першу чергу, ніотинової кислоти. Місцево – аплікації мазями з кортикостероїдами.

Профілактичні заходи. Уникати надмірної інсоляції. З метою захисту від УФ-променів застосовують мазі, що містять фотозахисні засоби, 10% фенілсаліцилат, 5% хінін. З метою профілактики ці мазі слід застосовувати в осінньо-весняно-літній період не залежно від наявності або відсутності вогнищ гіперемії.

При червоному плескатоному лишая локалізація патологічних вогнищ спостерігається на слизовій оболонці щік в ділянці останніх молярів по лінії змикання зубів та на язиці; губи та піднебіння вражаються рідко.

При ерозивній формі червоного плескатоного лишая - ерозії і виразки покриті фібринозним нальотом, по видаленню якого кровоточать. Навколо ерозій і виразок на гіперемійованій і набряклій основі є типові папульозні висипання у вигляді сітки. При гіперкератичній формі червоного плескатоного лишая - на застійному фоні гіперкератоз, що підноситься над рівнем червоної облямівки губ, у вигляді бляшок, що нагадують лейкоплакію.

Лікування. Прийом преднізолону з делягілом всередину. За наявності протипоказань до призначення кортикостероїдних препаратів всередину, можна застосовувати ін'єкції гідрокортизону в слизову оболонку під осередки ураження, застосування мазей «Холісал», «Солкосеріл» та преднізолонової. При безуспішності терапії - хірургічне видалення вогнища.

Профілактичні заходи. Своєчасне лікування червоного плескатоного лишая, уникати травм, надмірної інсоляції, відмова від паління, раціональне протезування.

Післяпроменевиий хейліт. Гіперемія губ, сухість, тріщини, ерозії, атрофії. На поверхні можуть бути гіперкератоз або бородавчасті розростання епітелію.

Лікування. Мазі з кортикостероїдними препаратами, метілурацилова, іноді всередину призначають препарати хінолінового ряду.

Профілактичні заходи. Уникати надмірної дії УФ-інсоляції.

Післяпроменевиий стоматит. На слизових оболонках порожнини рота та язика виникає вологий мукозит, можливо ерозивно-виразкового характеру. Епітеліальний покрив в зоні випромінювання може підвергатися ороговінню.

Лікування. Аплікації з маслом шипшини, обліпихи та інших жирних речовин. Полоскання розчинами антисептиків, включаючи розчин метацилу, хлорофіліпту.

Профілактичні заходи. Уникати надмірної дії УФ-інсоляції.

Хейліт актинічний та метеорологічний – пошкодження червоної облямівки губ, яке виникає під тривалою дією сонячного випромінювання. Клінічно виділяють дві форми: ексудативну, котра характеризується набряком та гіперемією, виникненням на цьому фоні пухирьків, ерозій, корочок, лусочок, тріщин; та суху (ксерозну). При цій формі червона облямівка має ярко червоний колір, вкрита сірувато-білими лусками, котрі після їх зняття з'являються знов. Потім червона облямівка стає сухою, шороховатою, легко вразливою; у хворих з'являється відчуття печії, зуду, болю. Для цього захворювання характерні рецидиви у весняно-літній період.

Лікування. Терапевтичне з використанням медикаментозних засобів: захисні креми, масло шишшини, обліпихи, солкосерил .

Профілактичні заходи. Захист губ від надмірної дії сонячного випромінювання, застосування фотозахисних мазей.

ПЕРЕДРАКОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ ШКІРИ ОБЛИЧЧЯ ОБЛІГАТНІ ПЕРЕДРАКОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ ШКІРИ

Пігментна ксеродерма. Тип успадкування захворювання – аутосомно-рецесивний. У виникненні захворювання велике значення має кровна спорідненість батьків і природжена підвищена чутливість до сонячного випромінювання. Шкіра хворих у край чутлива до сонячного випромінювання і зміни в ній призводять до малігнізації.

Клініка. У 2-3-річних дітей на відкритих ділянках (шкіра обличчя, шиї, кистів) у весняно-літній період з'являються гіперемія, лущення, сухість. Після перебування на сонці залишаються набряклі нечітко відмежовані еритематозні ділянки. Після розрешення еритеми залишається пігментація у вигляді лентиги і веснянок. Крім пігментації виникають поверхнева атрофія білого кольору, телеангіектазії, кератози. Кількість пігментних плям збільшується, шкіра стає строкатою, а ділянки атрофії можуть призвести до атрезії ротового отвору, ектропіону. Крім того, ураження шкіри супроводжується кон'юктивитами і світлобоязню. Атрофічні зміни призводять до стоншування вух і кінчика носа, випадання вії. Із кератозів розвиваються бородавчасті розростання, які з часом трансформуються в епітеліоми, а іноді, в саркоми та меланому. Новоутворення потім метастазують до внутрішніх органів. Крім того, у цих хворих відмічають кісткову дистрофію, мікроцефалію, відставання у фізичному та психічному розвитку. Більшість хворих вмирає до 15-річного віку.

Лікування. Загальнозміцнююча терапія.

Профілактичні заходи. Максимальна стриманість від сонячної і УФ-інсоляції.

Хвороба Боуена. Передраковий дерматоз, який за своєю суттю є внутрішньоепідермальним раком. Рідко локалізується на обличчі. Характерним є нерівномірний ріст вогнища ураження по периферії, його строкатість через наявність ерозивних ділянок, поверхневої атрофії, вогнищ гіперкератозу і підвищеного периферичного валику. Центральна зона виглядає запалою, нерівною, дещо бородавчастою, покритою лусочками та кірочками, під яким відкривається нерівна, папіломатозна поверхня з ерозіями. Виразка розпадається рідко. Підведений край має інтенсивніше забарвлення. Якщо в межах вогнища формується щільна пухлина, схильна до виразкування, хвороба Боуена перетворюється у плескатоклітинний рак.

Лікування. Широке висічення, діатермокоагуляція, кріодеструкція, рентгено- та лазеротерапія. Одночасно призначають етретинат у дозі 1мг/кг маси тіла.

Профілактичні заходи. Уникати травматизації.

Епітеліома Барета-Ядассона. Вражає людей похилого віку. Інтрадермальна пухлина. Зазвичай одне вогнище ураження: пляшка округлої або овальної форми, рожевого або коричневого кольору, гладка або бородавчата, блискуча або вкрита лусочками, що відшаровуються. Якщо з'являються виразки, зазвичай малігнізується. Диференціювати необхідно з псоріазом, невусом, папіломою.

Лікування. Хірургічне видалення.

ФАКУЛЬТАТИВНІ ПЕРЕДРАКОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ ШКІРИ

Кератома (стареча атрофія). Шкіра стає сухою, тонкою, зморщеною. На ній з'являються жовтуватобурі плями, що підвищуються, вкриті щільними кірками, що важко знімаються. При тривалому травмуванні стареча кератома може малігнізуватись.

Лікування. Хірургічне, електроінцизія, лазерне видалення, близько фокусна рентгенотерапія

Активні кератози – це різновид себорейних (старечих) кератозів на дистрофічно зміненій шкірі особи (у моряків і осіб, що тривало працюють на відкритому повітрі).

Лікування. Електрокоагуляція або кріодеструкція вогнищ кератозу. Вит. А.

Профілактичні заходи. Виключити несприятливі метеорологічні дії.

Пізнні променеві виразки. Виразки шкіри, що трудно гояться, з вогнищами атрофії і телеангіектазії навколо місця променевої дії (через багато років після нього).

Лікування. Неподразливе місцеве протизапальне і епітелізуюче лікування, вітамінотерапія. При показаннях - хірургічне видалення.

Профілактичні заходи. Виключити повторну променеву дію і УФ-інсоляцію.

Трихоепітеліома. Доброякісна пухлина придатків шкіри. Зазвичай це спадкове вроджене захворювання. Виникає на шкірі обличчя, рідше на волосистій частині голови у вигляді множинних, щільних, пухлиноподібних вузликів величиною 0,3-0,5 см, округлої форми, колір від світло-рожевого до жовтуватого, з телеангіектазіями на всій поверхні. Трихоепітеліома існує тривалий час, росте поволі і може трансформуватися в базаліому.

Лікування хірургічне: широке висічення елементів висипання, електрокоагуляція, кріодеструкція, лазерне видалення, дермабразія.

Профілактичні заходи. Уникати травматичних пошкоджень.

Шкірний ріг. Доброякісне епітеліальне новоутворення, яке переважно розташовується на обличчі, волосистій частині голови. Зазвичай, у літніх осіб розвивається із старечої кератоми, але може виникати на рубцях, папіломах, вогнищах туберкульозного вовчака, після хронічних рентгенівських уражень шкіри. Пухлина є конусовидним утвором завдовжки декілька сантиметрів із рогових мас жовтувато-коричневого або темного кольору. Основа пухлини щільна, поверхня покрита подовжніми і поперечними борознами. Запальних явищ немає. У старечому віці нерідко трансформується в рак шкіри.

Лікування. Найкращий результат дає застосування рідкого азоту з кюретажем; кюретажу має попереджувати аплікація 70%-ної гліколевої кислоти на 3-5 хвилин. Можна використовувати діатермокоагуляцію, лазеротерапію.

Профілактичні заходи. Своєчасне лікування кератом, папілом та ін. захворювань, що передують виникненню шкірного рогу.

Папілома. Найдоброякісніша пухлина шкіри обличчя. Розвивається з покривного епітелію. Папіломи діагностуються як солітарні (поодинокі) та множинні (папіломатоз). Приблизно у 20% випадках у хворих папіломи малігнізуються. Папіломи локалізуються на різних ділянках обличчя. Їхня клінічна симптоматика різноманітна: на тонкій або товстій ніжці, округлої або овальної форми, поверхня гладенька або зморшкувата з сосочкових розростань із зроговілим або незроговілим епітелієм, різних розмірів (0,5-2,0). Наявність множинних папілом визначають, як папіломатоз шкіри обличчя. Папіломи з гіперкератозними змінами часто стають злоякісними.

Лікування. Кріодеструкція, висічення, лазерне видалення.

Профілактичні заходи. Утримання від пошкоджень, своєчасне лікування.

Невус. Пігментне утворення на шкірі нейроектодермального походження, до складу якого входять невусні клітини, що мають меланін.

Найбільш повною класифікацією пігментних невусів є класифікація М.З. Сігала, що наведена в дисертації А.С.Абдулліна (1967), в який новоутворення розподілені наступним чином.

1. За зовнішнім виглядом:

- а) плескаті;
- б) плескато-бугристі;
- в) папіломатозні;
- г) вузлуваті;
- д) на ніжці;
- є) бородавчасті.

2. За розмірами:

- а) крапчасті;
- б) середні;
- в) великі;
- г) гігантські.

3. За кольором:

- а) сіро-бурі;
- б) коричневі;
- в) чорні;
- г) темно-сині.

4. За наявністю волосяного покриву:

- а) з волосяним покривом;
- б) без волосяного покриву.

1. За клінічним перебігом:

- а) ті, що покояються;
- б) ускладнені.

А.І. Пачес (1983) відмічав, що розміри та колір невусів вкрай різноманітні, вони не є факторами, що обумовлюють характер процесу і навряд чи можуть бути основою класифікації.

В практичній роботі А.І.Пачес (1983) запропонував виділити наступні клініко-анатомічні форми невуса:

1. Плескатий невус – трохи підвищується над рівнем шкіри, поверхня його гладка, колір чорний або коричневий, іноді є волосяний покрив.
2. Бугорчастий невус – також з чіткими межами, але поверхня бугриста. колір, частіше, бурий, часто є волосяний покрив.
3. Папіломатозний невус – форма різноманітна, є множинні сосочкові виступи, колір різноманітний, часто виступи не мають пігменту, консистенція м'яка, волосся, зазвичай, немає.
4. Вузлуватий невус – вузол гладкий, щільний, колір бурий, коричневий або синій, інколи вузол має ніжку, що нагадує гриб, волосся немає.
5. Бородавчастий невус – новоутворення з бороздками різної глибини, часто чорного кольору, має волосяний покрив.

На шкірі обличчя частіше спостерігаються плескати та бугорчасті невуси; папіломатозні виявляються на червоній облямівці губ, іноді біля зовнішнього вугла очниці. Згідно даним літератури, найчастіше малігнізуються пограничний невус, рідше – ускладнений і ще рідше – голубий.

Вроджені пігментні невуси зазвичай збільшуються повільно, у дітей до періоду статевої зрілості їх ріст може зупинитися. У хворих з вродженими невусами рідко буває їх малігнізація. Невуси, що з'явилися у позаутробному періоді розвитку дитини, мають тенденцію до злоякісного переродження.

Лікування. Видаляти необхідно ті невуси, які знаходяться на містах, що підвержені постійному роздратуванню, травматизації або за косметичними показниками.

Профілактичні заходи. Уникати травмуючих та дратівливих факторів, надмірної дії сонячної інсоляції.

Обмежений передпухлинний меланоз Дюбрея. Захворювання переважно літнього і старечого віку. Основна локалізація - обличчя. Зазвичай – одне вогнище нерівномірного порушення пігментації, лущення, іноді - ерозія.

Лікування. Повне видалення в межах здорових тканин. Профілактичні заходи. Уникати травми і дії сонячних променів.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Завдання для самоконтролю:

№ п/п	Основні завдання. Вивчити.	Вказівки
1.	Етіологія та патогенез передракових захворювань.	Перелічіть фактори, що сприяють виникненню та розвитку передракових станів.
2.	Класифікація передракових захворювань щелепно-лицевої ділянки.	Навести класифікацію Машкіллейсона.
3.	Гістологічна будова шкіри та слизової оболонки при враженні передраковими захворюваннями.	Навести гістологічну картину, що відповідає різним формам передракових станів.
4.	Клінічні форми передракових станів.	Перелічити клінічні прояви, що супроводжують передракові захворювання шкіри, губ, слизової оболонки порожнини рота та язика.
5.	Диференційна діагностика передракових захворювань.	Провести внутрішньо- та позагрупову диференційну діагностику передракових захворювань щелепно-лицевої ділянки.
6.	Лікування передракових захворювань.	Перелічити методи лікування передракових захворювань щелепно-лицевої ділянки.
7.	Ускладнення передракових захворювань.	Навести клінічні прояви малігнізації

		передракових захворювань.
8.	Профілактика виникнення передракових захворювань.	Навести схему профілактичних заходів передракових захворювань.

Б. Задачі для самоконтролю:

1. При огляді порожнини рота виявленій осередок зміненої слизової оболонки щоки у вигляді білуватої плями, чітко окресленої, безболісної, гладкої, розташованої вздовж лінії змикання зубів.

Який попередній діагноз можна поставити?

(Відповідь: лейкоплакія)

2. У хворого похилого віку на червоній облямівці губи на протязі 1 місяця є ерозія овальної форми біля 1 см з гладким червонуватим дном, не кровоточить, безболісне. По краях епітелій при піднятій у вигляді валика. Місцями вкрита шкірою, видалення якої супроводжувалось крововиливами.

Який попередній діагноз можна поставити?

(Відповідь: хейліти Манганотті)

3. У хворого молодого віку на червоній облямівці губи є обмежене утворення півкулеподібної форми діаметром до 0,5 см, щільної консистенції. Поверхня сірувато-рожевого кольору з невеличкою кількістю щільно сидячих білісуватих лусочок. Епітелій навколо не змінений.

Імовірний діагноз?

(Відповідь: бородавчастий передрак червоної облямівки)

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (α=Π):

1. Яке захворювання належить до облігатних передраків?

A. Лейкоплакія.

B. Хвороба Боуена.

C. Папіломатоз.

D. Постпроменевиї стоматит.

E. Ерозивно-виразкова форма червоного вовчука.

(Правильна відповідь: B)

2. Яке з захворювань належить до облігатного передраку червоної облямівки губ?

A. Лейкоплакія.

B. Кератоакантома.

C. Шкірний ріг.

D. Папілома.

E. Бородавчастий передрак.

(Правильна відповідь: E)

3. Яке з захворювань варто віднести до облігатного передраку червоної облямівки губ?

A. Лейкоплакію.

B. Кератоакантому.

C. Шкірний ріг.

D. Папілому.

E. Обмежений гіперкератоз.

(Правильна відповідь: E)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. На слизовій оболонці нижньої губи у хворого є обмежений осередок яскраво-червоного кольору з бархатистою поверхнею, що злегка лушиться. Мікроскопічно: виявлені поліморфні клітини багатоядерного плоского епітелію, явища вогнищ дискератозу відсутні.

Діагноз захворювання?

(Відповідь: еритроплазія Кейра)

2. Захворювання почалося з появи на шкірі щоки щільного, при піднятого над шкірою вузла з ділянки западіння в центрі, заповненого роговими масами. Через 3 – 4 тижні це утворення досягло 2 см у діаметрі. Характерною морфологічною ознакою було вогнище запалення, акантоз, наявність «рогової чаші».

Яке захворювання виявлене в хворого?

(Відповідь: кератоакантома)

3. У хворого на шкірі губи є поодинокий роговий виступ, що конічно звужується до вершини. Ширина утворення біля 0,4 см, у довжину до 0,6 см, безболісний, сірого кольору. Утворення має шарувату будову.

Яке захворювання виявлене в хворого?

(Відповідь: шкірний ріг)

7. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина, 1983.
2. Дунаевский В.А., Шеломенцев Ю.А. Предопухольные заболевания и злокачественные опухоли слизистых оболочек полости рта. – М.: Медицина, 1986.
3. Колесов А.А., Воробьев Ю.И., Каспарова Н.Н. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков. – М.: Медицина, 1989.

Додаткова література:

1. Солнцев А.М., Колесов В.С. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта. – К.: Здоров'я, 1985. – 150 с.
2. Соловьёв М.М. Онкологические аспекты в стоматологии. – М.: Медицина, 1983.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
Сумський державний університет
Медичний інститут

«Затверджено»
на засіданні кафедри
стоматології
Завідувач кафедри
д. мед. н. Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Епітеліальні пухлини м'яких тканин. Клініка, діагностика, диференціальна діагностика, лікування.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Епітеліальні пухлини м'яких тканин, особливо такі як папілома і невус спостерігаються на амбулаторному прийомі дуже часто. Звичайно вони не становлять загрози здоров'ю хворого, але при певних умовах здатні перероджуватись у злоякісну пухлину. До того ж деякі злоякісні пухлини можуть з'являтися під виглядом цих новоутворень, насамперед така небезпечна пухлина як меланома. Чітке знання клінічних проявів цієї групи пухлин допоможе лікарю уникнути грубих діагностичних помилок.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1.Аналізувати етіологію та патогенез епітеліальних пухлин м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.
- 2.2.Пояснювати, що таке пухлинний процес.
- 2.3.Запропонувати план обстеження хворого з пухлиною м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.
- 2.4.Класифікувати пухлини м'яких тканин.
- 2.5.Трактувати клінічні ознаки епітеліальних пухлин м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.
- 2.6.Малювати схеми обстеження та лікування хворих з епітеліальними пухлинами м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.
- 2.7.Проаналізувати заключення додаткових методів обстеження хворих з епітеліальними пухлинами м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.
- 2.8.Скласти план лікування та диспансерного нагляду хворих з епітеліальними пухлинами м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Етика та деонтологія.	Встановити психологічний контакт з хворим.
2. Патоморфологія.	Описувати гістологічну будову епітеліальних пухлин м'яких тканин.
3. Внутрішні хвороби.	Застосовувати методи обстеження хворого з епітеліальними пухлинами м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.
4.Пропедевтика хірургічної стоматології.	Володіти методами додаткових обстежень хворих з епітеліальними пухлинами м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.

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. Канцерогенез.	Це (лат. cancerogenesis; cancer — рак) — складний патофізіологічний процес зародження та розвитку пухлини.
2. Пухлина.	Це (син.: новоутворення, неоплазія, неоплазма) — патологічний процес, який представлений новоутворенною тканиною, в якій зміни генетичного апарату клітин призводять до порушення регуляції їх росту та диференціювання.
3. Епітеліома.	Це пухлина, що утворюється з клітин епітелію, які вкривають поверхню тіла, вистилають просвіти або створюють внутрішні органи. Раніше цю пухлина звали карциномою.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Перелічити епітеліальні пухлини м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.
2. Дати клінічну характеристику папіломи.
3. Дати клінічну характеристику кератоакантоми.
4. Дати клінічну характеристику шкірного рога.

5. Дати клінічну характеристику неvusів.
6. Що таке епітеліоми? Назвати їх.
7. Назвати клінічні прояви злоякісного переродження епітеліальних пухлин м'яких пухлин.
8. Провести диференційну діагностику епітеліальних пухлин м'яких пухлин обличчя і порожнини рота.
9. Які методи діагностики застосовують для верифікації пухлин.
10. Які методи застосовують для лікування епітеліальних пухлин м'яких пухлин та різних видів епітеліом.

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.

5. ЗМІСТ ТЕМИ:

Папілома. Розвивається з покривного епітелію. Розвивається з покривного епітелію. Папіломи діагностуються як солітарні (поодинокі) та множинні (папіломатоз). Приблизно у 20% випадках у хворих папіломи малігнізуються. Папіломи локалізуються на різних ділянках обличчя. Їхня клінічна симптоматика різноманітна: на тонкій або товстій ніжці, округлої або овальної форми, поверхня гладенька або зморшкувата з сосочкових розростань із зроговілим або незроговілим епітелієм, різних розмірів (0,5-2,0). Наявність множинних папілом визначають, як папіломатоз. Папіломи з гіперкератозними змінами часто стають злоякісними.

Локалізується на шкірі, губах, слизових оболонках порожнини рота та язика.

Лікування. Видалення хірургічним шляхом.

Профілактичні заходи. Уникати травматизації.

Кератоакантома. Щільний вузлик округлої форми сірувато-червоного кольору, розміром до 1 - 1,5см в діаметрі, з ущільненими краями та характерним воронкоподібним поглибленням в центрі, заповненим роговими масами, що вільно видаляються.

Лікування. Видалення хірургічним шляхом.

Шкірний ріг. Доброякісне епітеліальне новоутворення, яке переважно розташовується на обличчі, волосистій частині голови. Зазвичай, у літніх осіб розвивається із старечої кератоми, але може виникати на рубцях, папіломах, вогнищах туберкульозного вовчака, після хронічних рентгенівських уражень шкіри. Пухлина є конусовидним утвором діаметром 0,3 – 0,5 см в основі завдовжки декілька сантиметрів із рогових мас жовтувато-коричневого або темного (сіруватого) кольору. Основа пухлини щільна, поверхня покрита подовжніми і поперечними борознами. Запальних явищ немає. У старечому віці нерідко трансформується в рак шкіри.

Лікування. Найкращий результат дає застосування рідкого азоту з кюретажем; кюретажу має попереджувати аплікація 70%-ної гліколевої кислоти на 3-5 хвилин. Можна використовувати діатермокоагуляцію, лазеротерапію.

Профілактичні заходи. Своєчасне лікування кератом, папілом та ін. захворювань, що передують виникненню шкірного рогу.

Неvus. Пігментне утворення на шкірі нейроектодермального походження, до складу якого входять неvusні клітини, що мають меланін.

Найбільш повною класифікацією пігментних неvusів є класифікація М.З. Сігала, що наведена в дисертації А.С.Абдулліна (1967), в який новоутворення розподілені наступним чином.

1. За зовнішнім виглядом:
 - а) плескати;
 - б) плескато-бугристі;
 - в) папіломатозні;
 - г) вузлуваті;
 - д) на ніжці;
 - е) бородавчасті.
2. За розмірами:
 - а) крапчасті;

- б) середні;
- в) великі;
- г) гігантські.

3. За кольором:

- а) сіро-бурі;
- б) коричневі;
- в) чорні;
- г) темно-сині.

4. За наявністю волоссяного покриву:

- а) з волоссяним покривом;
- б) без волоссяного покриву.

1. За клінічним перебігом:

- а) ті, що покояться;
- б) ускладнені.

А.І. Пачес (1983) відмічав, що розміри та колір невусів вкрай різноманітні, вони не є факторами, що обумовлюють характер процесу і навряд чи можуть бути основою класифікації.

В практичній роботі А.І.Пачес (1983) запропонував виділити наступні клініко-анатомічні форми невуса:

1. Плескатий невус – трохи підвищується над рівнем шкіри, поверхня його гладка, колір чорний або коричневий, іноді є волоссяний покрив.

2. Бугорчастий невус – також з чіткими межами, але поверхня бугриста. колір, частіше, бурий, часто є волоссяний покрив.

3. Папіломатозний невус – форма різноманітна, є множинні сосочкові виступи, колір різноманітний, часто виступи не мають пігменту, консистенція м'яка, волосся, зазвичай, немає.

4. Вузлуватий невус – вузол гладкий, щільний, колір бурий, коричневий або синій, інколи вузол має ніжку, що нагадує гриб, волосся немає.

5. Бородавчастий невус – новоутворення з бороздками різної глибини, часто чорного кольору, має волоссяний покрив.

На шкірі обличчя частіше спостерігаються плескаті та бугорчасті невуси; папіломатозні виявляються на червоній облямівці губ, іноді біля зовнішнього вугла очниці. Згідно даним літератури, найчастіше малігнізуються пограничний невус, рідше – ускладнений і ще рідше – голубий.

Вроджені пігментні невуси зазвичай збільшуються повільно, у дітей до періоду статевої зрілості їх ріст може зупинитися. У хворих з вродженими невусами рідко буває їх малігнізація. Невуси, що з'явилися у позаутробному періоді розвитку дитини, мають тенденцію до злоякісного переродження.

Лікування. Видаляти необхідно ті невуси, які знаходяться на містах, що підвержені постійному роздратуванню, травматизації або за косметичними показниками.

Профілактичні заходи. Уникати травмуючих та дратівливих факторів, надмірної дії сонячної інсоляції.

Обмежений передпухлинний меланоз Дюбрея. Захворювання переважно літнього і старечого віку. Основна локалізація - обличчя. Зазвичай – одне вогнище нерівномірного порушення пігментації, лущення, іноді - ерозія.

Лікування. Повне видалення в межах здорових тканин.

Профілактичні заходи. Уникати травми і дії сонячних променів.

Епітеліома – загальний термін для визначення доброякісних та злоякісних пухлин поверхневого епітелію, переважно шкіри та її придатків.

Епітеліома Малерба (шкіри) – рідко зустрічається, доброякісна пухлина. Яка складається з частково просотаних вапном шарів некротизованого епідермісу з гігантоклітинною реакцією по периферії. Клінічно проявляється поодиноким безболісним інкапсульованим вузлом округлої форми, щільної консистенції з діаметром від 0,5 до 4,5 см, який розташовується в нижній частині дерми. На розтині – сіро-жовтого кольору, шаруватої будови, має ділянки звапнення та некрозу.

Лікування хірургічне.

Трихоепітеліома. Доброякісна пухлина придатків шкіри. Зазвичай це спадкове вроджене захворювання. Виникає на шкірі обличчя, рідше на волосистій частині голови у вигляді множинних, щільних, пухлиноподібних вузликів величиною 0,3-0,5 см, округлої форми, колір від світло-рожевого до жовтуватого, з телеангіектазіями на всій поверхні. Трихоепітеліома існує тривалий час, росте поволі і може трансформуватися в базаліому.

Лікування хірургічне: широке висічення елементів висипання, електрокоагуляція, кріодеструкція, лазерне видалення, дермабразія.

Профілактичні заходи. Уникати травматичних пошкоджень.

Хвороба Боуена. Передраковий дерматоз, який за своєю суттю є внутрішньоепідермальним раком. Рідко локалізується на обличчі. Характерним є нерівномірний ріст вогнища ураження по периферії, його строкатість через наявність ерозивних ділянок, поверхневої атрофії, вогнищ гіперкератозу і підвищеного периферичного валику. Центральна зона виглядає запалою, нерівною, дещо бородавчастою, покритою лусочками та кірочками, під яким відкривається нерівна, папіломатозна поверхня з ерозіями. Виразка розпадається рідко. Підведений край має інтенсивніше забарвлення. Якщо в межах вогнища формується щільна пухлина, схильна до виразкування, хвороба Боуена перетворюється у плескатоклітинний рак.

Лікування. Широке висічення, діатермокоагуляція, кріодеструкція, рентгено- та лазеротерапія. Одночасно призначають етретинат у дозі 1мг/кг маси тіла.

Профілактичні заходи. Уникати травматизації.

Епітеліома Барета-Ядассона. Вражає людей похилого віку. Інтрадермальна пухлина. Зазвичай одне вогнище ураження: бляшка округлої або овальної форми, рожевого або коричневого кольору, гладка або бородавчата, блискуча або вкрита лусочками, що відшаровуються. Якщо з'являються виразки, зазвичай малігнізується. Диференціювати необхідно з псоріазом, невусом, папіломою.

Лікування. Хірургічне видалення.

Еритроплазія Кейра була описана в 1921 році. Гістологічна картина відповідає хворобі Боуена (вкладається в поняття «рак на місці»), тому хворобу Боуена деякі автори трактують, як подальшу стадію розвитку еритроплазії Кейра. Інші дослідники не бачуть необхідності розділяти хворобу Боуена та еритроплазію Кейра.

Хвороба починається з появи на слизовій оболонці губ, щік чітко обмежених яскраво-червоних вогнищ з малопомітним ущільненням в основі. Вогнища злегка підвищуються над поверхнею слизової оболонки. Поверхня вогнищ гладка, гіперемована, декілька бархатиста. Поступово на поверхні вогнища з'являються виразки і хвороба перетворюється на рак, можливі метастази в лімфатичні вузли. Для цього захворювання характерний повільний перебіг. Лікування тільки радикально-хірургічне; променевий метод лікування малоефективний, консервативні методи – зовсім неефективні.

Базаліома (базоцеллюлярна епітеліома) – походить з клітин базального шару епідерміса, зустрічається в 60% випадків раку шкіри однаково у чоловіків та жінок середнього та похилого віку, частіше виникає на обличчі.

Займає проміжне становище між злоякісними і доброякісними пухлинами. Цю пухлину вирізняють інфільтративний ріст, здатність до рецидиву за відсутності явищ метастазування. На вигляд це бляшка сіро-рожевого кольору, щільної консистенції, вкрита кіркою. Поверхня пухлини лущиться, їй притаманне виразкування, яке з ростом пухлини поглиблюється. У запущених випадках зона деструкції займає великі ділянки. При розміщенні на голові і шиї місцеве руйнування тканин захоплює життєво важливі органи, судини, нерви, а також кісткові елементи. Базально клітинний рак підлягає хірургічному видаленню. Добрий клінічний ефект дає променеве лікування – близько фокусна рентгенотерапія. Розроблено методики кріогенної деструкції пухлин.

Плоскоклітинний рак (спіноцеллолярна епітеліома) походить з клітин шиповатого шару. Локалізується в більшості на обличчі, шиї, волосистій шкірі голови, слизових оболонках. Хворіють частіше чоловіки у віці 40 – 50 років. Відрізняється вираженою злоякісністю, швидко збільшується, часто дає метастази в регіонарні лімфатичні вузли.

Розрізняють поверхневу. Глибоко проникну і папілярну форми раку шкіри.

Поверхнева форма вимявляється спочатку невеликою сіро-жовтою бляшкою, яка виступає над поверхнею шкіри. Згодом по периферії утворюється щільний валик, краї пухлини стають мереживними, а в центрі з'являється розм'якшення. Через деякий час у місці розм'якшення утворюється виразка, вкрита кіркою. Прилеглі ділянки шкіри червоніють, з'являються ознаки запального процесу. Характерною рисою для розвитку пухлини є відсутність больового синдрому навіть у випадку виразок значного розміру.

При глибоко проникній формі пухлина поширюється в прилеглі тканини. Виразка глибшає, її краї ущільнюються, стають валикоподібними, підритими і нерухомими при пальпації. Дно виразки вкрите некротичною плівкою.

Значно рідше трапляється папілярна форма. Вона має вигляд вузла з чіткими контурами, який вирізняється над рівнем здорової шкіри. Його поверхня вкрита неглибокими виразками, які часто кровоточать. Для великих ракових виразок характерні щільні неболучі метастази в регіонарних лімфатичних вузлах.

Лікування застосовують хірургічне, променеве і цитологічне, які на ранніх стадіях рівноцінні, проте променеве частіше як більш косметичне. Вибір способу лікування визначається стадією хвороби і локалізацією пухлин.

Меланома (меланобластома) належить до найбільш злоякісних пухлин людини. Пухлина виникає з пігментних клітин меланоцитів. Для неї характерна наявність пігменту меланіну, хоча можуть траплятися і без пігментні форми. Меланома може розвиватися як з передраку (невуса), так і з нормальної шкіри. Ознаки, які вказують на можливу малігнізацію невуса: 1) зміна форми; 2) збільшення розмірів; 3) зміна забарвлення; 4) вираз кування поверхні; 5) кровотеча або лімфотеча; 6) зміна чутливості; 7) діаметр більше ніж 5 мм; 8) приєднання запальних явищ (біль, ущільнення, гіперемія шкіри, свербіння, печія та ін.).

Клінічно поверхнево повзуча меланома виявляється як асиметричний з неправильними краями плоский утвір або пляма, забарвлені в різні відтінки сірого, коричневого та червоного кольорів. Трапляється де пігментовані ділянки. Пухлина може рости повільно в горизонтальному напрямі впродовж багатьох років.

Вузлова меланома – це утвір вузлової форми з чіткими краями, однотонний, темний чорно-синього або синьо-червоного кольору; характерний вертикальний тип росту.

Злоякісна лентигозна меланома розвивається в меланому Дюбрея. Вона розташовується на незахищених від сонця ділянках шкіри в осіб похилого віку і має вигляд великого плоского утвору рудувато-коричневого кольору.

Розміри меланоми рідко перевищують 2 – 2,5 см у діаметрі. Меланома має схильність до раннього лімфо генного і гематогенного метастазування. Пухлину часто оточують вторинні метастатичні вузли. Утвори, розташовані на віддалі до 3 см, називають самелітами, а вузлові утвори, розташовані в шкірі або в підшкірно-жировій клітковині між первинною пухлиною та зонами регіонарного метастазування – транзиторними метастазами. Найчастіше віддалені метастази виявляють у шкірі, легенях, печінці, головному мозку, кістках.

Основним методом лікування є хірургічний.

Меланома належить до радіо резистентних пухлин. Проте ураження слизових оболонок буває іноді чутливим до опромінення.

Лімфоєпітеліома (пухлина Шмінке, синці ткальна карцинома, перехідно-клітинний рак) – злоякісна пухлина глотки.

Як правило лімфо епітеліома виникає в ротовій та носовій частинах глотки, багатих на лімфоїдну тканину. Вона частіше зустрічається у віці 30 – 40 років, але може бути і у дітей.

Макроскопічно лімфо епітеліома має форму вузла або крупно-бугристого утворення щільно еластичної консистенції вкритого первонаочно незміненою слизовою оболонкою, блідо-сірого коліру на розрізі.

Мікроскопічно лімфо епітеліома побудована з великих платівкових тканин, які можуть лежати розрізнено або утворювати компактні гнізда та рихло зв'язані тяжі. Пухлинні тканини мають різноманітну форму, контури їх нечіткі. В тканині лімфо епітеліома іноді зустрічається вогнища плоско клітинної диференціації вплоть до ороговіння окремих клітин та утворення так званих ракових перлин. Строма пухлини побудована із ніжно волокнистої сполучної тканини, інфільтрованої лімфоїдними клітинами та пронизаної багато чисельними капілярами.

Виділяють тип Шмінке, який характеризується ретикулярним роз положенням епітеліальних та багатьом лімфоїдних клітин, та тип Рего з компактним розміщенням епітеліальних клітин, та невеликою кількістю лімфоцитів у вигляді окремих вогнищ.

Клінічний перебіг лімфо епітеліоми обумовлено інфільтративним ростом пухлини, схильністю до раннього метастазування в глибокі лімфатичні вузли шії та швидкою генерацією процесу. Особливості клінічної симптоматики залежить від локалізації та розповсюдженості лімфо епітеліоми (наприклад, початковий симптом лімфо епітеліоми в носовій ділянці глотки – утруднене носове дихання; якщо уражен трубний мигдалик – зниження слуху; при ураженні задньої поверхні м'якого піднебіння – утруднене ковтання та зміна тембру голосу). За допомогою звичайної задньої риноскопії або фібро риноскопії частіше на боковій стінці носової частини глотки або в її своді спостерігається крупно-бугристе утворення щільно-еластичної консистенції (на відміну від м'яких аденоїдних утворень. По мірі збільшення пухлина вип'ячує м'яке піднебіння, може розповсюджуватись в порожнину рота, біляносові пазухи та очницю.

Іноді лімфоєпітеліома проростає кістки основи черепа та інфільтрує середню черепну ямку, вражая при цьому багато черепних нервів.

При локалізації пухлини в ділянці ротової частини глотки, головним чином, піднебінних мигдаликів, першими симптомами є відчуття чужерідного тіла та невеликий біль при ковтанні.

Піднебінний мигдалик збільшений у розмірах щільної консистенції, слизова оболонка розтягнута та гіперемована. Устя лакук майже не видні. Проростання лімфо епітеліоми в тканини глотки та корінь язика супроводжується появою виразки. При цьому збільшується біль, з'являється слинотеча, гнилісний запах з рота, утруднюється жування, ковтання, дихання.

Метастази лімфо епітеліоми в регіонарні лімфатичні вузли (частіше верхні ділянки шиї) спостерігаються в 80 – 95% випадках; в 20 – 25% випадків збільшення лімфатичних вузлів шиї є першим симптомом лімфо епітеліоми. І збільшення метастазів в подальшому може значно випереджувати розвиток первинної пухлини. Двобічна локалізація метастазів під верхню третину грудино-ключично-сосцевидного м'язу характерна для лімфо епітеліоми носової частини глотки, наявність метастатичних вузлів позаду та нижче кута нижньої щелепи – для лімфо епітеліоми ротової ділянки глотки. Віддалені метастази виникають рано, спостерігаються в лімфатичних вузлах різних областей, в легенях, печінці, травнево-кишковому тракті.

Діагноз ставлять на основі даних клінічних та морфологічних досліджень первинної пухлини та збільшених щільних лімфатичних вузлів шиї.

Лікування. Променева терапія, при генералізованих формах лімфо епітеліоми призначають сарколізін або циклофосфамід.

Прогноз неблагоприємний, залежить від локалізації та клінічної стадії захворювання.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Завдання для самоконтролю:

Доброякісні епітеліальні пухлини м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки

Клінічні характеристики	Назва пухлини			
	Папілома	Кератоакантома	Шкірний ріг	Невус
Локалізація	Шкіра, слизова оболонка	Шкіра, обличчя	Шкіра, обличчя	Шкіра, слизова оболонка
Форма	Округла	Округла, блюдцеподібна	Конусо-подібний	Округла або неправильна
Розмір	Від 1-2мм до 1см і більше	До 2-3см в діаметрі	Від декілька мм до декілька см	Може досягти великої площі
Рухомість	Рухома якщо має ніжку	Нерухома	Мало-рухомий	Нерухомий
Колір	На шкірі темний, на слизовій оболонці рожевий	Оточуючих тканин	Темний до чорного	Від рожевого до червоного
Характер поверхні	Ворсин-часта	Має кратеро-подібне заглиблення	Рівна або бугриста	Може бути гладким або бородавчастим
Наявність ніжки	Буває на широкій основі або на ніжці	На широкій основі	На широкій основі	Немає
Ріст	Повільний	Швидкий	Повільний	Повільний, часто пухлина природ-жена
Інше		Може самостійно зникнути		На поверхні невусу може рости волосся

Б. Задачі для самоконтролю:

1. Хворий похилого віку скаржиться на наявність на нижній губі безболісного, твердого новоутворення, що існує вже декілька місяців, повільно збільшуючись. Об'єктивно: на шкірі нижньої губи визначається конусоподібне утворення до 1 см завдовжки, тверде, безболісне, темно-коричневого кольору на широкій основі.

Який діагноз найбільш вірогідний?

(Відповідь: шкірний ріг)

2. Хворий скаржиться на наявність безболісного новоутворення на шкірі щоки, яке швидко зростає. Об'єктивно: на шкірі лівої щоки новоутворення 1 x 1,5 см, блюдцеподібної форми з гладкою поверхнею і западанням в центрі у вигляді кратера, що заповнене роговою масою.

Який діагноз найбільш вірогідний?

(Відповідь: кератоакантома)

3. Видаливши папілому язика, лікар направив матеріал на гістологічне дослідження помістивши його у 70% етиловий спирт.

Чи є дії лікаря вірними?

(Відповідь: ні, етиловий спирт різко змінює гістологічну картину матеріалу)

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (α=II):

1. Знайдіть опис невуса шкіри:

A. Виступаючі над поверхнею шкіри безболісні сосочкові розростання. Покриті волоссям, темно-коричневого кольору, є тріщини, покриті шкірками, не кровлять, межі чіткі.

B. Поодинокі, щільні, безболісні утворення розміром у декілька міліметрів коричневого кольору, покриті зморшкуватою шкірою, розташовується на ніжці.

C. Поодинокі, безболісні утворення розміром до 0,5 см, яскраво-червоного кольору з гладкою поверхнею, розташовані на ніжці.

D. Плоська папула коричневого кольору розміром до декількох міліметрів, округлої форми, безболісна, з гладкою поверхнею.

E. Пухлиноподібне утворення чорного кольору, розміром до 0,5 см, нерухоме, безболісне, швидко збільшується.

(Правильна відповідь: D)

2. Ознакою озлоякіснення невуса не є:

A. Різне збільшення його розмірів.

B. Зміна ступеня пігментації.

C. Поява застійних запальних явищ по периферії невуса.

D. Поява виразки.

E. Поява волосся на невусі.

(Правильна відповідь: E)

3. Трихоепітеліома – це:

A. Доброякісний новоутвір, що розвивається з волосяних фолікулів і що містить залозисті кісти.

B. Доброякісна пухлина волосяних фолікулів, що складається з високо диференційованих клітинних елементів.

C. Доброякісна пухлина, гістогенетично пов'язана з лішкою волосяного фолікула.

D. Доброякісна пухлина, що виникає з епітелію сальних залоз і що зберігає структурні подібності з вихідною залозою.

E. Доброякісний новоутвір, що розвивається з вивідних проток потових залоз.

(Правильна відповідь: A)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. Виразка, що виявлена в порожнині рота при огляді хворого має такий вид: краї щільні, вивернуті у вигляді кратера, основа ущільнена, дно вкрите дрібнозернистою тканиною, що легко кровоточить при доторкуванні. Виразка безболісна.

Який діагноз більш вірогідний?

(Відповідь: ракова виразка)

2. На шкірі в ділянці лівої щоки півроку тому з'явився вузлик з червичне зерно виступаюче над поверхнею шкіри. Пухлина щільної консистенції, матово-білого кольору, розташована на бляшці. Після видалення пухлини виявлено, що структурною одиницею пухлини є базаліоми.

Який діагноз більш вірогідний?

(Відповідь: базаліома)

3. У хворого на слизовій оболонці нижньої губи є пухлино подібне утворення кулеподібної форми, розміром до 0,5 см, м'якої консистенції, з чіткими контурами, рухоме, безболісне; слизова оболонка над утворенням без патологічних змін.

Про яке захворювання можна думати?

(Відповідь: папілома)

7. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина, 1983.
2. Дунаевский В.А., Шеломенцев Ю.А. Предопухольные заболевания и злокачественные опухоли слизистых оболочек полости рта. – М.: Медицина, 1986.
3. Колесов А.А., Воробьев Ю.И., Каспарова Н.Н. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков. – М.: Медицина, 1989.

Додаткова література:

1. Солнцев А.М., Колесов В.С. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта. – К.: Здоров'я, 1985. – 150 с.
2. Соловьёв М.М. Онкологические аспекты в стоматологии. – М.: Медицина, 1983.
3. Рибалов О.В., Одабаш'ян А.Л., Соколова Н.П., Саяпіна Л.М. Онкологія щелепно-лицевої ділянки / Навчальний посібник для студентів та лікарів-інтернів стоматологів.- Полтава; АСМІ, 1999. – 114 с.
4. Травматологія та онкологія щелепно-лицевої ділянки / Збірник тестових запитань для студентів стоматологічного факультету //О.В.Рибалов, Л.М.Саяпіна, І.В.Яценко, О.О.Розколупа: АСМІ, 2002. – 197 с.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
Сумський державний університет
Медичний інститут

«Затверджено»
на засіданні кафедри
стоматології
Завідувач кафедри
д. мед. н. Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Пухлиноподібні утворення м'яких тканин: атерома, рінофіма, кератоакантома, кератолітична папілома (шкірний ріг). Клініка, діагностика, диференціальна діагностика, лікування.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Пухлиноподібні новоутворення м'яких тканин, особливо такі, як атерома, спостерігається на амбулаторному прийомі у хірурга-стоматолога досить часто. Звичайно вони не становлять загрози життю та здоров'ю хворого, але при певних умовах деякі з них наприклад, кератоакантома здатні перероджуватись у злоякісну пухлину. Чітке знання клінічних проявів цієї групи новоутворень допоможе лікарю встановити вірний діагноз і уникнути грубих помилок.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати клінічні прояви атероми, рінофіми, кератоакантоми, шкірного рога.
- 2.2. Пояснювати етіологічні і патогенетичні фактори розвитку пухлиноподібних утворень м'яких тканин.
- 2.3. Запропонувати план обстеження хворого з діагнозом атерома, рінофіма, кератоакантома, шкірний ріг.
- 2.4. Класифікувати пухлиноподібні утворення м'яких тканин.
- 2.5. Тракувати принципи діагностики та лікування пухлиноподібних утворень м'яких тканин.
- 2.6. Малювати графологічну схему заняття.
- 2.7. Проаналізувати результати лабораторних та інструментальних обстежень.
- 2.8. Скласти схему лікування хворих з атеромою, рінофімою, кератоакантомою або шкірним рогом.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Топографічна анатомія.	Визначити топографо-анатомічні ділянки голови та шиї.
2. Гістологія.	Приготувати матеріал для гістологічного дослідження.
3. Патологічна анатомія.	Описати гістологічну картину пухлино подібних утворень м'яких тканин.
4. Патологічна фізіологія.	Тракувати етіологію та патогенез пухлин.
5. Пропедевтика хірургічної стоматології.	Провести курація хворого з пухлиною щелепно-лицевої ділянки.
6. Загальна онкологія.	Визначити схему обстеження онкохворого.

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. Біопсія.	Це прижиттєве одержання матеріалу для гістологічного дослідження.
2. Аутопсія.	Це посмертне одержання матеріалу для гістологічного дослідження.
3. Пункційна біопсія.	Це одержання матеріалу для гістологічного дослідження шляхом пункції новоутворення голкою великого діаметру.
4. Інцизійна біопсією	Це одержання матеріалу для гістологічного дослідження шляхом вирізування шматочка пухлини на межі здорових тканин.

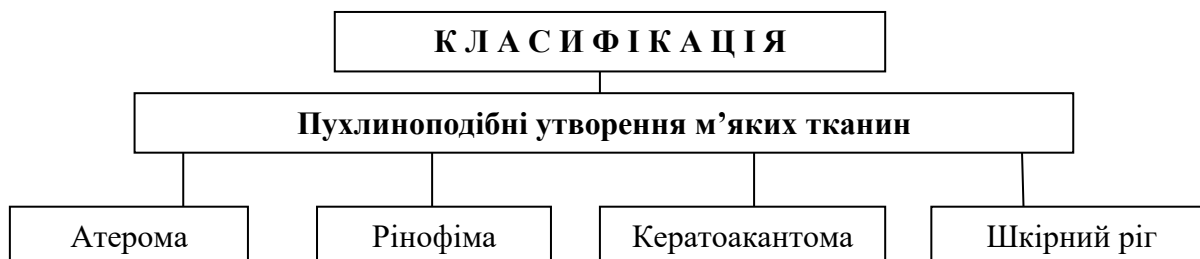
4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Перелічіть фактори, які сприяють виникненню пухлиноподібних утворень м'яких тканин.
2. Описати клінічну картину атероми.
3. Описати клінічну картину рінофіми.
4. Описати клінічну картину кератоакантоми.

5. Описати клінічну картину шкірного рога.
6. Методи діагностики та додаткові методи дослідження хворих.
7. Диференційна діагностика пухлиноподібних утворень м'яких тканин.
8. Профілактика виникнення пухлиноподібних утворень м'яких тканин.
9. Диференційна діагностика пухлиноподібних утворень м'яких тканин.
10. Клінічні прояви злоякісного переродження пухлиноподібних утворень м'яких тканин.
11. Методи лікування пухлиноподібних утворень м'яких тканин.

4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті (не передбачено робочою навчальною програмою з дисципліни).

5. ЗМІСТ ТЕМИ:



Клініка, діагностика, лікування

Атерома – це ретенційна киста сальної залози шкіри, яка утворюється після закупорки вивідної протоки залози. Частіше всього це має місце при травматичному пошкодженні шкіри під час гоління, видавлювання вугрів та ін. Атероми частіше поодинокі але можуть бути і множинні (атероматоз). Ростуть повільно та безболісно, спостерігаються в будь-якій ділянці шкіри обличчя та голови. Клінічна 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 декілька 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.

Рінофіма – це хронічне запалення шкіри носа з ураженням всіх її елементів і гіперплазією сальних залоз та судин. Частіше зустрічається у чоловіків похилого віку, що зловживають алкоголем.

Захворювання розвивається повільно і виявляє себе у вигляді безболісного вузлуватого утворення в ділянці кінчика носа та його крил багрово-синюшного кольору. На поверхні шкіри видно розширені судини – телеангіоектазії. Рінофіма призводить до деформацій носа та спотворення обличчя.

Розрізняють дві форми його захворювання – фіброзну та залозисту (вузлувату). Фіброзна форма характеризується рівномірним збільшенням носа, при цьому ніс не втрачає своєї форми. При залозистій формі на крилах та кінчику носа утворюються вузли, які надалі зливаються між собою.

Хірургічне лікування рінофіми полягає в висіченні патологічних розростань з одномоментною шкірною пластикою.

Кератоакантома являє собою утворення блюдцеподібної форми, що локалізується на шкірі обличчя. Поверхня утворення гладка, має кратероподібне вдавлення в центрі, що заповнене роговими масами, які легко можна видалити. Утворення щільно-еластичної консистенції, безболісне, на широкій основі. Рoste швидко, досягаючи за 2 – 3 тижні до 2 – 3 см в діаметрі. На відміну від інших утворень, кератоакантома часто зникає сама по собі на протязі 1,5 – 3 місяців, лишаючи по собі на шкірі рубець. В інших випадках її видаляють хірургічним шляхом.

Шкірний ріг (кератолітична папілома) має вигляд утворення конічної форми у вигляді рогу, на широкій основі, сірого або темно-коричневого кольору. Може мати вигляд півкулі. Новоутворення безболісне має гладку або пошарову поверхню, тверде, як ріг. Розміри від декілька міліметрів до декількох сантиметрів в довжину. Межі чіткі.

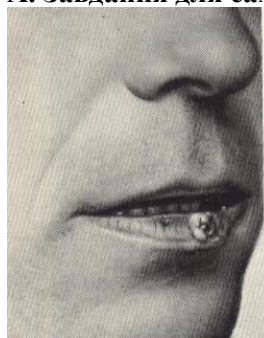
Лікування хірургічне – висічення в межах незмінених тканин.

**Диференційна діагностика
пухлиноподібних утворень м'яких тканин**

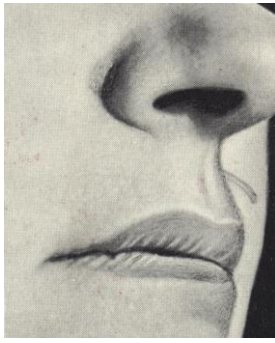
Клінічні характеристик-ки	Назва пухлини			
	Атерома	Рінофіма	Кератоакан-тома	Шкірний ріг
Локалізація	Шкіра обличчя або волосистої ділянки голови	Шкіра крил та кінчика носа	Шкіра обличчя або червона облямівка губи	Шкіра обличчя або волосистої ділянки голови
Форма	Кулеподіб-на	У вигляді вузлів або дифузного потовщення носа	Блюдцеподібна із западненням у центрі	У вигляді конусу
Розмір	Від декілька мм до декількох см	Вузли до 1,5-2 см в діаметрі	До2-3 см в діаметрі	Від декілька мм до декількох см
Рухомість	Рухома	Нерухома	Нерухома	Нерухомий
Консистенція	Щільно-еластична	Щільна або щільно-еластична	Щільна	Твердий
Колір	Шкіра над атероною не змінена в кольорі	Червоно-синя	Кольору оточуючої шкіри	Сірий, коричневий або чорний
Характер поверхні	Гладка	Вузлувата	Гладка	Гладкий
Наявність ніжки	Відсутня	Вузли на широкій основі	На широкій основі	На широкій основі
Ріст	Повільний	Повільний	Швидкий	Повільний
Інше	Безболісна, зрощена зі шкірою в ділянці верхнього полюсу	Шкіра над вузлами має розширені судини та пори, пальпація безболісна	Нерідко зникає сама по собі, безболісна	Пальпація безболісна

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Завдання для самоконтролю:



Кератоакантома нижньої губи



Шкірний ріг верхньої губи

Б. Задачі для самоконтролю:

1. Хворий похилого віку скаржиться на наявність на нижній губі безболісного, твердого новоутворення, Що існує вже декілька місяців, повільно збільшуючись. Об'єктивно: на шкірі нижньої губи визначається конусоподібне утворення до 1 см завдовжки, тверде, безболісне, темно-коричньового кольору на широкій основі.

Який діагноз найбільш вірогідний?

(Відповідь: шкірний ріг)

2. Хворий скаржиться на наявність безболісного новоутворення на шкірі щоки, яке швидко росте. Об'єктивно: на шкірі лівої щоки новоутворення 1,х1,5 см, блюдцеподібної форми з гладкою поверхнею і западанням в центрі у вигляді кратера, що заповнене роговою масою.

Який діагноз найбільш вірогідний?

(Відповідь: кератоакантома)

3. У хворого під незміненою шкірою лоба визначається рухоме утворення кулеподібної форми 2х2 см, еластичної консистенції, з гладкою поверхнею, безболісне. При спробі зібрати шкіру над утворенням у складку, шкіра набуває вигляд «лимонної корки». Зі слів хворого утворення з'явилося кілька років тому у вигляді маленької кульки під шкірою.

Який діагноз має місце у даному випадку?

(Відповідь: атерома)

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (α=Π):

1. Атерома – це:

- А. Пухлина жирової тканини.
- В. Епітеліальна пухлина.
- С. Пухлина з м'язової тканини.
- Д. Ретенційна кіста сальної залози.
- Е. Пухлина шкіри.

(Правильна відповідь: D)

2. Рінофіма – це:

- А. Ретенційна кіста сальної залози.
- В. Пухлина шкіри носа.
- С. Гіпертрофія шкіри носа.
- Д. Гіперплазія сальних залоз шкіри носа.
- Е. Пухлина нервової тканини.

(Правильна відповідь: D)

3. Кератоакантома – це:

- А. Пухлина з кісткової тканини.
- В. Пухлина з м'язової тканини.
- С. Пухлина з нервової тканини.
- Д. Пухлина з сполучної тканини.
- Е. Пухлина епітеліального походження.

(Правильна відповідь: E)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. Хворий скаржиться на наявність безболісного новоутворення на шкірі щоки, яке швидко росте. Об'єктивно: на шкірі лівої щоки новоутворення 1,х1,5 см, блюдцеподібної форми з гладкою поверхнею і западанням в центрі у вигляді кратера, що заповнене роговою масою.

Визначте діагноз, проведіть диференційну діагностику, призначте лікування.

(Відповідь: кератоакантома; висічення в межах здорових тканин)

2. Хворий похилого віку, що зловживає алкоголем скаржиться на спотворення форми носа. Об'єктивно: деформація кінчика та крил носа за рахунок наявності вузлуватих безболісних розростань шкіри, що з трудом зміщуються при пальпації. Шкіра носа синюшно-червоного кольору з розширеними порами та телеангіектазіями.

Який діагноз найбільш вірогідний, проведіть диференційну діагностику, призначте лікування.

(Відповідь: ринофіма, висічення в межах здорових тканин з послідуною шкірною пластикою)

3. У хворого під незміненою шкірою лоба визначається рухоме утворення кулеподібної форми 2х2 см, еластичної консистенції, з гладкою поверхнею, безболісне. При спробі зібрати шкіру над утворенням у складку, шкіра набуває вигляд «лимонної корки». Зі слів хворого утворення з'явилося кілька років тому у вигляді маленької кульки під шкірою.

Який діагноз має місце у даному випадку, проведіть диференційну діагностику, призначте лікування.

(Відповідь: атерома, видалення капсули з ділянкою прилягаючої шкіри)

7. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина, 1983.
2. Дунаевский В.А., Шеломенцев Ю.А. Предопухолевые заболевания и злокачественные опухоли слизистых оболочек полости рта. – М.: Медицина, 1986.
3. Колесов А.А., Воробьев Ю.И., Каспарова Н.Н. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков. – М.: Медицина, 1989.

Додаткова література:

1. Солнцев А.М., Колесов В.С. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта. – К.: Здоров'я, 1985. – 150 с.
2. Соловьёв М.М. Онкологические аспекты в стоматологии. – М.: Медицина, 1983.
3. Рибалов О.В., Одабаш'ян А.Л., Соколова Н.П., Саяпіна Л.М. Онкологія щелепно-лицевої ділянки / Навчальний посібник для студентів та лікарів-інтернів стоматологів.- Полтава; АСМІ, 1999. – 114 с.
4. Травматологія та онкологія щелепно-лицевої ділянки / Збірник тестових запитань для студентів стоматологічного факультету //О.В.Рибалов, Л.М.Саяпіна, І.В.Яценко, О.О.Розколупа: АСМІ, 2002. – 197 с.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»

«Затверджено»
на засіданні кафедри
стоматології

Завідувач кафедри
д. мед. н. Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Пухлини та пухлиноподібні утворення фіброзної тканини. Клініка, діагностика, диференціальна діагностика, лікування.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Пухлини та пухлиноподібні утворення з фіброзної тканини, такі, як фіброма та епулід, спостерігається на амбулаторному прийомі у хірурга-стоматолога порівняно частіше інших доброякісних новоутворень порожнини рота. Тому, чітке знання клінічних проявів цієї групи новоутворень необхідне лікарю для встановлення вірного діагнозу та запобіганню діагностичних помилок.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати клінічні прояви фіброми, фіброматоза ясен, епуліду.
- 2.2. Пояснювати етіологічні і патогенетичні фактори розвитку пухлин та пухлиноподібних утворень фіброзної тканини.
- 2.3. Запропонувати план обстеження хворого з фібромою, фіброматозом ясен, епулідом.
- 2.4. Класифікувати пухлиноподібні утворення фіброзної тканини.
- 2.5. Тракувати принципи діагностики та лікування пухлин та пухлиноподібних утворень фіброзної тканини.
- 2.6. Малювати графологічну схему теми.
- 2.7. Проаналізувати результати лабораторних та інструментальних обстежень.
- 2.8. Скласти схему лікування хворих з фібромою, фіброматозом ясен, епулідом.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Топографічна анатомія.	Визначити топографо-анатомічні ділянки голови та шиї.
2. Гістологія.	Приготувати матеріал для гістологічного дослідження.
3. Патологічна анатомія.	Описати гістологічну картину пухлин та пухлиноподібних утворень фіброзної тканини.
4. Патологічна фізіологія.	Тракувати етіологію та патогенез пухлин.
5. Пропедевтика хірургічної стоматології.	Провести курацію хворого з пухлиною щелепно-лицевої ділянки.
6. Загальна онкологія.	Визначити схему обстеження онкохворого.

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. Десмоїд.	Це різновид фіброми, що розвивається з фасцій та сухожилів.
2. Гістіоцітома.	Це різновид фіброми, що містить у своєму складі гістіоцити.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Перелічіть фактори, які сприяють виникненню пухлин та пухлиноподібних утворень з фіброзної тканини.
2. Описати клінічну картину фіброми.
3. Описати клінічну картину фіброматозу ясен.
4. Описати клінічну картину фіброзного епуліду.
5. Описати клінічну картину ангіоматозного епуліду.
6. Методи діагностики та додаткові методи дослідження хворих.
7. Диференційна діагностика пухлин та пухлиноподібних утворень з фіброзної тканини.
8. Профілактика виникнення пухлин та пухлиноподібних утворень з фіброзної тканини.
9. Диференційна діагностика пухлин та пухлиноподібних утворень з фіброзної тканини.

10.Клінічні прояви злоякісного переродження пухлин та пухлиноподібних утворень з фіброзної тканини.

11.Методи лікування пухлин та пухлиноподібних утворень з фіброзної тканини.

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

Провести пальпацію регіонарних лімфатичних вузлів щелепно-лицевої ділянки та шиї.

5. ЗМІСТ ТЕМИ:



Клініка, діагностика, лікування

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 кувасоподібну 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 фіброласти, фіброцити та гістіоцити, а також десмоїдна фіброма (десмоїд). Обидві форми схильні до інфільтруючого росту.

В порожнині рота фіброма локалізується частіше на слизовій оболонці щік, альвеолярного відростка та язика. Зустрічається симетричне розташування фіброми у вигляді веретеноподібних утворень з язикового або піднебінного боку альвеолярного відростка – так звана симетрична фіброма.

Фіброматоз ясен – це розростання ясен від ясеневого краю до рівня перехідної складки у вигляді дифузного потовщення ясен або у вигляді дольок в ділянці декількох зубів, іноді на протязі всього альвеолярного відростка. Розростання можуть бути м'якими або щільними, безболісні.

Епулід – пухлиноподібне утворення ясен, розташоване в ділянці шийки зуба, безболісне, має широку основу та грибоподібну форму. Своєю основою може входити між зубами, розповсюджуючись на язикову поверхню альвеолярного відростка. Клінічно розрізняють фіброзну і ангіоматозну форми епуліду. Фіброзний епулід має гладку поверхню, щільну або щільно-еластичну консистенцію, блідо-рожевий колір, безболісний, не кровоточить. Ангіоматозний

епулід м'який, червоного кольору, легко кровоточить. Лікування фібром полягає в висіченні їх в межах незмінених тканин.

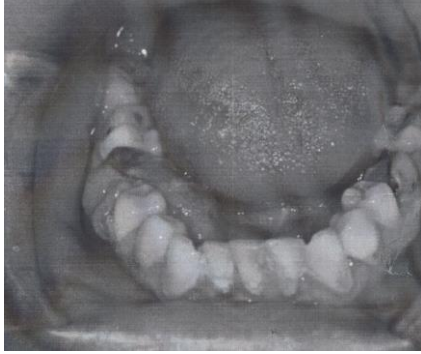
Лікування епуліду хірургічне – висічення в межах здорових тканин. При видаленні епулісів ряд авторів рекомендують вискоблювати та коагулювати кісткове ложе епуліду для попередження рецидиву.

Диференційна діагностика пухлин та пухлиноподібних утворень з фіброзної тканини

Клінічні характер-ристики	Назва утворення			
	Фіброма	Фіброматоз ясен	Фіброзний епулід	Ангіоматоз-ний епулід
Локалізація	На шкірі обличчя або слизової оболонки порожнини рота або в товщі тканин	Альвеоляр-ний відросток від перехідної складки до шийки зуба	Альвеоляр-ний відросток в ділянці шийки зуба	Альвеолярний відросток в ділянці шийки зуба
Форма	Напівсфе-рична	Дифузне розростання ясен уздовж альвеолярного відростку	Грибоподіб-на	Грибоподібна
Розмір	Від кількох мм до кількох см	В ділянці декількох зубів або уздовж всього відростка	Від кількох мм до кількох см	Від кількох мм до кількох см
Рухомість	Обмежено рухома	Значно рухомий	Обмежено рухомий	Обмежено рухомий
Консистенція	Щільна або м'яка	Щільна або щільно-еластична	Щільний або щільно-еластичний	М'який
Колір	Кольору оточуючих тканин	Кольору оточуючих тканин	Кольору оточуючих тканин	Яскраво-червоний
Характер поверхні	Гладка	Гладка або дольчаста	Гладка	Гладка або бугриста
Наявність ніжки	Товста ніжка або широка основа	Широка основа	Широка основа	Широка основа
Ріст	Повільний	Повільний	Повільний	Повільний
Інше	Безболісна	Розрос-тається до перехідної складки, безболісний	Частіше росте з вестибулярного боку, безболісний	Часто спостерігається у вагітних, легко кровоточить, безболісний

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

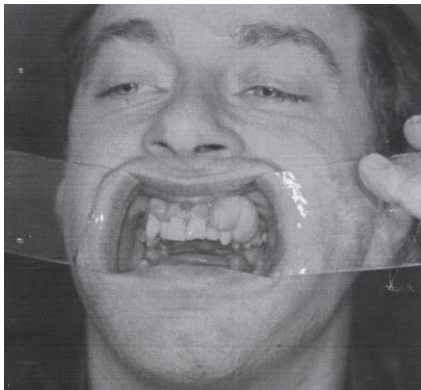
А. Завдання для самоконтролю:



Гігантклітинний епулід нижньої щелепи



Ангіоматозний епілід нижньої щелепи



Фіброзний епулід верхньої щелепи

Б. Задачі для самоконтролю:

1. Хворий скаржиться на наявність на слизовій оболонці щоки безболісного новоутворення, що існує декілька років, повільно збільшуючись. Об'єктивно: на слизовій оболонці лівої щоки визначається напівсферичної форми утворення на широкій основі до 1 см в діаметрі, щільне, безболісне, з чіткими межами блідно-рожевого кольору.

Який діагноз найбільш вірогідний?

(Відповідь: фіброма)

2. Хворий скаржиться на наявність розростання ясен верхньої щелепи. Об'єктивно: ясна верхньої щелепи дифузно потовщені на протязі всього альвеолярного відростка з вестибулярного боку. Розростання розповсюджується до перехідної складки, безболісні, щільно-еластичної консистенції, закривають вестибулярну поверхню коронок зубів.

Який діагноз найбільш вірогідний? (Відповідь: фіброматоз ясен)

3. У хворого в ділянці шийки молярів нижньої щелепи зправа з вестибулярного боку альвеолярного відростку визначається новоутворення грибоподібної форми з гладкою поверхнею на широкій основі. Утворення безболісне, щільної консистенції, обмежено-рухоме, блідо-рожевого кольору.

Який діагноз має місце в даному випадку?

(Відповідь: фіброзний епулід)

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (α=Π):

1. Фіброма – це:

- A. Пухлина жирової тканини.
- B. Епітеліальна пухлина.
- C. Пухлина з м'язової тканини.
- D. Ретенційна кіста сальної залози.
- E. Пухлина зі сполучної тканини.

(Правильна відповідь: E)

2. Яка пухлина не відноситься до фібром:

- A. Тверда фіброма.
- B. М'яка фіброма.
- C. Десмоїд.
- D. Гістіоцитома.
- E. Атерома.

(Правильна відповідь: E)

3. Епулід – це:

- A. Доброякісна пухлина.
- B. Злоякісна пухлина.
- C. Запальне захворювання.
- D. Дистрофічне захворювання.
- E. Пухлиноподібне утворення.

(Правильна відповідь: E)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. Під час профілактичного огляду у хворій з вестибулярного боку альвеолярного відростку верхньої щелепи в ділянці передніх зубів виявлено новоутворення ясен кулеподібної форми яскраво-червоного кольору, що кровоточить при доторкуванні. Новоутворення безболісне, розташоване на широкій ніжці в ділянці ясеневого краю.

Встановіть діагноз, проведіть диференційну діагностику, призначте лікування.

(Відповідь: ангіоматозний епулід, висічення у межах здорових тканин, діатермокоагуляція кісткового ложа)

2. У хворого в ділянці шийки молярів нижньої щелепи зправа з вестибулярного боку альвеолярного відростку визначається новоутворення грибоподібної форми з гладкою поверхнею на широкій основі. Утворення безболісне, щільної консистенції, обмежено-рухоме, блідо-рожевого кольору.

Встановіть діагноз, проведіть диференційну діагностику, призначте лікування.

(Відповідь: фіброзний епулід, висічення у межах здорових тканин, коагуляція кісткового ложа)

3. Хворий скаржить на наявність розростання ясен верхньої щелепи. Об'єктивно: ясна верхньої щелепи дифузно потовщені на протязі всього альвеолярного відростка з вестибулярного боку. Розростання розповсюджується до перехідної складки, безболісні, щільно-еластичної консистенції, закривають вестибулярну поверхню коронок зубів.

Встановіть діагноз, проведіть диференційну діагностику, призначте лікування.

(Відповідь: фіброматоз ясен, висічення у межах незмінених ясен разом з окістям)

7. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

- 1. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина, 1983.
- 2. Дунаевский В.А., Шеломенцев Ю.А. Предопухольные заболевания и злокачественные опухоли слизистых оболочек полости рта. – М.: Медицина, 1986.
- 3. Колесов А.А., Воробьев Ю.И., Каспарова Н.Н. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков. – М.: Медицина, 1989.

Додаткова література:

- 1. Солнцев А.М., Колесов В.С. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта. – К.: Здоров'я, 1985. – 150 с.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
Сумський державний університет
Медичний інститут

«Затверджено»
на засіданні кафедри
стоматології

Завідувач кафедри
д. мед. н. Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Пухлини та пухлиноподібні утворення м'язової та жирової тканини. Клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Пухлини м'язової та жирової тканини, не часто спостерігаються на амбулаторному прийомі, але обізнаність в їх клінічних проявах необхідна хірургу-стоматологу для запобігання діагностичних помилок, оскільки симптоми, що супроводжують ці новоутворення нерідко схожі з клінікою інших пухлин. Крім того, деякі з пухлин м'язової та жирової тканини здатні малігнізуватись і знання ознак злоякісного переродження вкрай необхідно практичному лікарю-стоматологу.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати клінічні прояви різних форм міоми та ліпоми.
- 2.2. Пояснювати етіологічні і патогенетичні фактори розвитку пухлиноподібних утворень м'язової та жирової тканини.
- 2.3. Запропонувати план обстеження хворого з діагнозом міома та ліпома.
- 2.4. Класифікувати пухлиноподібні утворення м'язової та жирової тканини.
- 2.5. Трактувати принципи діагностики та лікування м'язової та жирової тканини.
- 2.6. Малювати графологічну схему теми.
- 2.7. Проаналізувати результати лабораторних та інструментальних обстежень.
- 2.8. Скласти схему лікування хворих з міомою та ліпомою.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Топографічна анатомія.	Визначити топографо-анатомічні ділянки голови та шиї.
2. Гістологія.	Приготувати матеріал для гістологічного дослідження.
3. Патологічна анатомія.	Описати гістологічну картину пухлиноподібних утворень м'язових тканин.
4. Патологічна фізіологія.	Трактувати етіологію та патогенез пухлин.
5. Пропедевтика хірургічної стоматології.	Провести курація хворого з пухлиною щелепно-лицевої ділянки.
6. Загальна онкологія.	Визначити схему обстеження онкохворого.

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. Міобластома.	Це пухлина, що походить з міобластів поперечно-смугастої мускулатури.
2. Рабдоміома.	Це пухлина, що походить з поперечно-смугастої мускулатури.
3. Лейоміома.	Це пухлина, що походить з гладкої мускулатури.
4. Ліпома.	Це пухлина, що походить з зрілої жирової тканини.
5. Ліпоматоз.	Це дифузне розростання зрілої жирової тканини.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

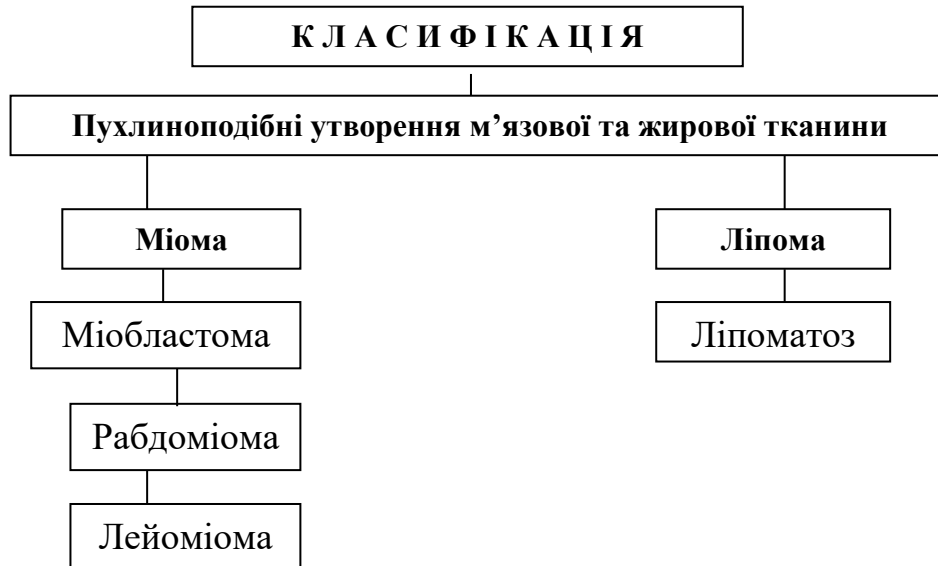
1. Перелічіть фактори, які сприяють виникненню міоми та ліпоми.
2. Описати клінічну картину міобластоми.
3. Описати клінічну картину рабдоміоми.
4. Описати клінічну картину лейоміоми.
5. Описати клінічну картину ліпоми.
6. Описати клінічну картину ліпоматозу.
7. Методи діагностики та додаткові методи дослідження хворих.
8. Диференційна діагностика пухлин м'язової та жирової тканини.

9. Профілактика виникнення пухлин м'язової та жирової тканини.
10. Диференційна діагностика пухлин м'язової та жирової тканини.
11. Клінічні прояви злоякісного переродження пухлин м'язової та жирової тканини.
12. Методи лікування пухлин м'язової та жирової тканини.

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

1. Провести пальпацію пухлини щелепно-лицевої ділянки.
2. Провести діагностичну пункцію.

5. ЗМІСТ ТЕМИ:



Клініка, діагностика, лікування

Міома – це загальна назва доброякісної пухлини, яка росте з м'язової тканини. Існує декілька її різновидів.

Міобластома – доброякісна пухлина, що розвивається з міобластів поперечно-смугастою мускулатури. Частіше всього спостерігається в товщі язика та яснах. Росте повільно та безболісно, але їй притаманний інфільтративний ріст (не має капсули). Клінічно виглядає як вузол з відносно чіткими межами, безболісний, еластичної консистенції. Якщо локалізується в товщі язика, може призводити до його деформації та порушенню мови. Пухлина на розрізі рожевого кольору, бідна на кровоносні судини. Міобластома здатна перероджуватись у злоякісну пухлину.

Лікування полягає у висіченні у межах здорових тканин. Після видалення здатна давати рецидиви.

Рабдоміома – пухлина, яка розвивається як і міобластома з поперечно-смугастою мускулатури. Зустрічається рідко, розташована частіше всього в товщі язика. Клінічно нічим не відрізняється від міобластоми. Росте повільно безболісно. На відміну від міобластоми їй не притаманний інфільтруючий ріст, на розрізі тканина пухлини коричньового кольору. Рабдоміома має чітко визначену капсулу. Зрідка може перероджуватись в рабдоміосаркому. Лікування оперативне: висічення в межах здорових тканин.

Лейоміома – доброякісна пухлина, що росте з гладкої м'язової тканини. Може розвиватись з гладких м'язів шкіри та судин. Росте повільно та безболісно. Клінічно виглядає як вузол з чіткими межами, м'яких та безболісний при пальпації. Поверхня пухлини гладка. Лейоміома здатна перероджуватись у лейоміосаркому. Лікування хірургічне: висічення у межах незмінених тканин.

Ліпома – доброякісна пухлина, що розвивається зі зрілої жирової тканини. Локалізується в різних ділянках обличчя та шиї. Клінічна картина залежить від глибини залягання пухлини. Поверхнево розташована ліпома звичайно виглядає як вузол з досить чіткими межами, або як дифузне потовщення без чітких меж. Шкіра над нею незмінена, росте ліпома повільно, може бути м'якою або щільною в залежності від співвідношення жирової та фіброзної тканини. При

пальпації безболісна має дольчасту поверхню. Ліпома має тонку капсулу. Рухомість ліпоми залежить від глибини її залягання.

Іноді спостерігається дифузне розростання жирової тканини на шиї у вигляді фартуха – хвороба Маделунга або ліпоматоз шиї.

Ліпома здатна перероджуватись у злоякісну пухлину – ліпосаркому.

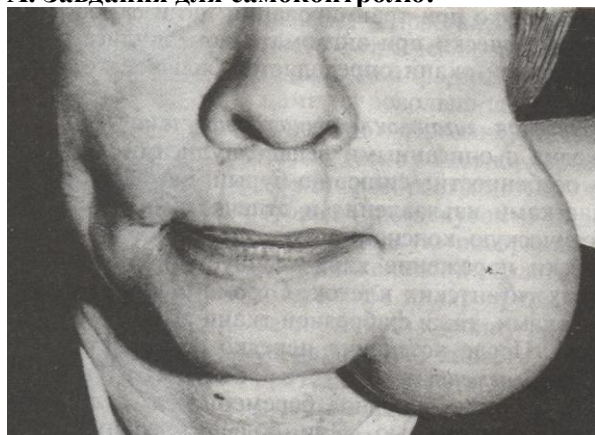
Лікування ліпоми хірургічне, нерідко пов'язане з технічними труднощами (в разі розповсюдження пухлини поміжм'язовим та міжфасціальним простором).

Диференційна діагностика пухлин м'язової та жирової тканини

Клінічні характеристики	Назва утворення			
	Міобластома	Рабдоміома	Лейоміома	Ліпома
Локалізація	Товща язика або ясна	Товща язика або ясна	Товща язика або ясна	В будь-якій ділянці обличчя та шиї
Форма	Кульоподібна	Кульоподібна	Кульоподібна	У вигляді вузла або дифузного потовщення
Розмір	Від декілька мм до декількох см	Від декілька мм до декількох см	Від декілька мм до декількох см	Від декілька мм до декількох см
Рухомість	Нерухома або обмежено рухома	Нерухома або обмежено рухома	Нерухома або обмежено рухома	Нерухома або обмежено рухома
Консистенція	Щільно-еластична	Щільно-еластична	Щільно-еластична	М'яка або щільно-еластична
Колір пухлини на розрізі	На розрізі блідо-рожева	На розрізі коричнева	Рожевий	На розрізі жовта
Характер поверхні	Гладка	Гладка	Гладка	Дольчаста
Наявність ніжки	Не має	Не має	Не має	Може бути на широкій основі
Ріст	Повільний	Повільний	Повільний	Повільний
Наявність капсули	Не має	Має капсулу	Має капсулу	Має тонку капсулу

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Завдання для самоконтролю:



Ліпома щоки

Б. Задачі для самоконтролю:

1. Хворий похилого віку скаржиться на наявність в товщі язика безболісного ущільнення, що заважає мові і існує вже декілька місяців, повільно збільшуючись. Об'єктивно: в товщі тіла язика палькується безболісний вузол з нечіткими межами. Утворення до 2 см в діаметрі. Слизова оболонка язика не змінена.

Який діагноз найбільш вірогідний?

(Відповідь: міома)

2. Хворий скаржиться на косметичний дефект в наслідок спотворення шиї. Об'єктивно: в ділянці передньої поверхні шиї спостерігається дифузне потовщення тканин у вигляді фартуха, що простягається від нижнього краю щелепи до ключиць. Шкіра в кольорі не змінена, розростання рухомі, безболісні, при пальпації визначається дольчаста поверхня.

Яке захворювання має місце в даному випадку?

(Відповідь: хвороба Маделунга)

3. До лікаря звернувся пацієнт зі скаргами на наявність новоутворення під нижньої щелепою, що існує на протязі кількох років, повільно збільшуючись. Об'єктивно: в підщелепній ділянці зліва визначається новоутворення у вигляді вузла розміром 3 – 5 см, з чіткими межами, безболісне, тістуватої консистенції, помірно рухоме, вкрите незміненою шкірою. Поверхня новоутворення при пальпації дольчаста.

З яким захворюванням звернувся хворий?

(Вірна відповідь: ліпома)

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю ($\alpha=II$):

1. Міома – це:

- A. Пухлина з жирової тканини.
- B. Епітеліальна пухлина.
- C. Пухлина з м'язової тканини.
- D. Ретенційна кіста сальної залози.
- E. Пухлина з нервової тканини.

(Правильна відповідь: C)

2. Ліпома – це:

- A. Пухлина жирової тканини.
- B. Пухлина з нервової тканини.
- C. Епітеліальна пухлина.
- D. Пухлина з м'язової тканини.
- E. Ретенційна кіста сальної залози.

(Правильна відповідь: A)

3. Рабдоміома – це:

- A. Пухлина з кісткової тканини.
- B. Пухлина з поперечно-смугастої м'язової тканини.
- C. Пухлина з нервової тканини.
- D. Пухлина з сполучної тканини.
- E. Пухлина епітеліального походження.

(Правильна відповідь: B)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. Під час огляду пацієнта лікар виявив новоутворення під нижньої щелепою, що існує на протязі кількох років, повільно збільшуючись. Об'єктивно: в підщелепній ділянці зправа має місце новоутворення у вигляді вузла розміром 4 – 6 см, з чіткими межами, безболісне, тістуватої консистенції, помірно рухоме, вкрите незміненою шкірою. Поверхня новоутворення при пальпації дольчаста, консистенція тістувата.

Визначте діагноз, проведіть диференційну діагностику, призначте лікування.

(Відповідь: ліпома, видалення разом з капсулою)

2. На прийом до лікаря звернувся хворий похилого віку, який скаржиться на наявність безболісного ущільнення в товщі язика, яке заважає мові і існує вже декілька місяців, повільно збільшуючись. Об'єктивно: в товщі тіла язика палькується безболісний вузол з нечіткими межами. Утворення до 3 см в діаметрі. Слизова оболонка язика не змінена.

Визначте діагноз, проведіть диференційну діагностику, призначте лікування.

(Відповідь: міома, висічення у межах здорових тканин)

3. Хворий скаржиться на косметичний дефект внаслідок спотворення шиї. Об'єктивно: передня поверхня шиї спотворена дифузним потовщенням тканин у вигляді фартуха, що простягається від

нижнього краю щелепи до ключиць. Шкіра в кольорі не змінена, розростання рухомі, безболісні, при пальпації визначається дольчата поверхня.

Визначте діагноз, проведіть диференційну діагностику, призначте лікування.

(Відповідь: ліпоматоз шиї, висічення у межах здорових тканин)

7. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина, 1983.
2. Дунаевский В.А., Шеломенцев Ю.А. Предопухольные заболевания и злокачественные опухоли слизистых оболочек полости рта. – М.: Медицина, 1986.
3. Колесов А.А., Воробьев Ю.И., Каспарова Н.Н. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков. – М.: Медицина, 1989.

Додаткова література:

1. Солнцев А.М., Колесов В.С. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта. – К.: Здоров'я, 1985. – 150 с.
2. Соловьёв М.М. Онкологические аспекты в стоматологии. – М.: Медицина, 1983.
3. Рибалов О.В., Одабаш'ян А.Л., Соколова Н.П., Саяпіна Л.М. Онкологія щелепно-лицевої ділянки / Навчальний посібник для студентів та лікарів-інтернів стоматологів.- Полтава; АСМІ, 1999. – 114 с.
4. Травматологія та онкологія щелепно-лицевої ділянки / Збірник тестових запитань для студентів стоматологічного факультету //О.В.Рибалов, Л.М.Саяпіна, І.В.Яценко, О.О.Розколупа: АСМІ, 2002. – 197 с.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
Сумський державний університет
Медичний інститут

«Затверджено»
на засіданні кафедри
стоматології

Завідувач кафедри
д. мед. н. Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Пухлини кровоносних і лімфатичних судин м'яких тканин та щелеп. Клініка, діагностика, лікування.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Лікарям-стоматологам будь-якого профілю певною мірою випадає необхідність обстеження та лікування хворих з пухлинами кровоносних і лімфатичних судин м'яких тканин та щелеп. Важливим моментом є проведення диференційної діагностики між добро- та злоякісними утворами, що вимагає від лікаря теоретичних знань та практичних вмінь щодо клінічного та параклінічного обстеження хворого, вміння інтерпретувати дані додаткових методів обстеження та призначити адекватне лікування кожному конкретному пацієнтові, адже від цього залежить якість життя хворого у подальшому.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати етіологію і патогенез пухлин кровоносних і лімфатичних судин щелепно-лицевої ділянки.
- 2.2. Пояснювати фактори, що сприяють виникненню пухлин кровоносних і лімфатичних судин щелепно-лицевої ділянки.
- 2.3. Запропонувати нові підходи в діагностиці пухлин кровоносних і лімфатичних судин щелепно-лицевої ділянки.
- 2.4. Класифікувати пухлини кровоносних та лімфатичних судин щелепно-лицевої ділянки.
- 2.5. Трактувати додаткові методи обстеження в діагностиці пухлин кровоносних та лімфатичних судин щелепно-лицевої ділянки.
- 2.6. Малювати схеми рентгенологічної картини пухлин кровоносних та лімфатичних судин кісток лицевого скелету.
- 2.7. Проаналізувати дані додаткових методів обстеження при пухлинах кровоносних та лімфатичних судин щелепно-лицевої ділянки.
- 2.8. Скласти план лікування хворих з пухлинами кровоносних та лімфатичних судин щелепно-лицевої ділянки.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Анатомія.	Знати будову кісток лицевого черепа, м'язів та нервів обличчя, анатоμο-фізіологічні особливості щелепно-лицевої ділянки. Вміти визначити локалізацію пухлин кровоносних і лімфатичних судин м'яких тканин та щелеп.
2. Оперативна хірургія та топографічна анатомія.	Знати методику проведення розрізів на обличчі, методику накладання швів. Вміти проводити розрізи залежно від місця розташування пухлини. Накладати різні види швів, які використовуються при видаленні пухлин кровоносних і лімфатичних судин.
3. Внутрішні хвороби.	Знати методику обстеження загального статусу хворого. Нормальні значення основних констант людини (система крові, сечі та ін.). Вміти провести обстеження хворого. Інтерпретувати дані лабораторних досліджень.
4. Променева діагностика.	Знати основні методи проведення променевої діагностики при пухлинах кровоносних та лімфатичних судин. Вміти інтерпретувати дані рентгенологічних досліджень, комп'ютерної томографії та МРТ.
5. Реаніматологія.	Знати етіологію та патогенез кровотеч, як ускладнень при проведенні операцій з приводу видалення пухлин кровоносних та лімфатичних судин. Принципи реанімаційних заходів та надання невідкладної допомоги при геморагічному шоці, гострій дихальній та серцевій недостатності, порушеннях ниркової та печінкової функцій та ін. Вміти надати невідкладну допомогу при кровотечах, геморагічному шоці, які становлять загрозу життю хворого.
6. Фармакологія.	Знати фармакокінетику, фармакодинаміку та механізм дії

	основних груп препаратів, які призначаються хворим з пухлинами кровоносних та лімфатичних судин м'яких тканин та щелеп. Показання та протипоказання до призначення цих препаратів. Вміти призначити адекватну фармакотерапію.
--	---

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. Гемангіома.	Це судинне новоутворення.
2. Лімфангіома.	Це новоутворення з лімфатичних судин.
3. Склерозуюча терапія.	Це введення в порожнину судинного новоутворення агресивної хімічної речовини (етиловий спирт, формалін та ін.) .

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Статистика пухлин кровоносних і лімфатичних судин м'яких тканин та щелеп.
2. Кровоносна система обличчя.
3. Лімфатична система обличчя.
4. Класифікація пухлин кровоносних і лімфатичних судин м'яких тканин та щелеп.
5. Клініка пухлин кровоносних і лімфатичних судин м'яких тканин та щелеп.
6. Особливості діагностики пухлин кровоносних і лімфатичних судин м'яких тканин та щелеп.
7. Статистика післяопераційних ускладнень при пухлинах кровоносних і лімфатичних судин м'яких тканин та щелеп.

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

1. Відпрацювання алгоритму обстеження та призначення лікування пацієнтам з судинними пухлинами обличчя.
2. Тракування даних додаткових методів обстеження хворих з судинними пухлинами обличчя (рентгенограми, дані цитологічного та гістологічного дослідження).

5. ЗМІСТ ТЕМИ:

ГЕМАНГІОМА – доброякісна пухлина кровоносних судин.

Походження цього новоутворення дотепер точно не встановлено. Відповідно до сучасних поглядів, вона виникає при порушенні закладки судин і регуляції ангиогенезу в ембріональному періоді, перенесеними травмами, порушеннями системи імунітету (можливо після вакцинації в дитячому віці).

Міжнародна гістологічна класифікація пухлин та пухлиноподібних уражень судин

1. Доброякісна гемангіоендотеліома
2. Капілярна гемангіома
3. Кавернозна гемангіома
4. Венозна гемангіома
5. Гроноподібна (гілляста) гемангіома (артеріальна, венозна, артеріовенозна)
6. Внутрішньом'язова гемангіома (капілярна, кавернозна, артеріовенозна)
7. Системний гемангіоматоз
8. Гемангіоматоз з вродженою артеріо-венозною норницею або без неї
9. Гломусна пухлина (гіомангіома)
10. Ангіоміома (судинна лейоміома)
11. Гемангіома грануляційного типу (піогенна гранульома)

Класифікація судинних пухлин (П.М.Горбушина, 1978)

1. Кавернозні або печеристі:
 - а) інкапсульовані
 - б) дифузні

2. Капілярні або прості:

- а) поверхневі
- б) глибокі

3. Гроноподібні або гіллясті:

- а) артеріальні
- б) венозні

4. Фіброангіоми

4.1. капілярні

4.2 кавернозні

4.3 гіллясті:

- а) такі, що швидко зростають
- б) такі, що повільно зростають

Основні типи гемангіом

Капілярні	Гіллясті	Кавернозні	Змішані	Комбіновані:
локалізація: на слизовій оболонці порожнини рота, на шкірі обличчя	У ЩЛД локалізується вкрай рідко. Складається з артеріальних судин, пульсує,	Локалізація: М'які тканини обличчя, язик, слизова оболонка порожнини рота, шия, щелепи.	Поєднання капілярних, гіллястих та кавернозних гемангіом	Ангіофіброма, ангиоліптома, нейроангіома, ангиоміома та ін.
клініка: плаский, плямистий, рожево-червона або синюшно-багрова ділянка тканин, позитивний симптом «надавлювання»	вислуховується систолічний шум (артеріовенозні анастомози), збільшення при нахилі голови вниз	Клініка: ознака «стискання» та «наливання», може мати капсулу, наявність флеболітів		

Диференційна діагностика:

аневризми, лімфангіома, невус, меланома, лімфосаркома

Методи лікування:

Диспансерне спостереження, оперативне, емболізація, електрокоагуляція, кріодеструкція, променева терапія, склерозуюча терапія, системна терапія гормональними препаратами та ін.

Гемангіоми та гемангіоендотеліома належать до неостеогенних пухлин щелеп.

Ізольовані гемангіоми щелеп зустрічаються порівняно рідко. Частіше має місце поєднання гемангіоми м'яких тканин обличчя або порожнини рота з гемангіомою щелепи. У таких випадках слизова оболонка ясен та піднебіння буває ярко-червоного або синьо-багрового кольору, що полегшує встановлення діагнозу.

Значно складніше встановити діагноз гемангіоми щелепи у тих випадках, коли оточуючі м'які тканини не втягнуті в ураження. Такі ізольовані гемангіоми щелеп можуть проявлятися підвищеною «безпричинною» кровоточивістю ясен; при лікуванні пульпітів та періодонтитів виникає упорна кровоточивість з корневих каналів. Серйозним ускладненням є значна артеріальна кровотеча з гемангіоми щелепи у тому випадку, коли встановлений неправильний діагноз (остеобластокластома, остеодисплазія, остеофіброма та ін.) та проводиться біопсія або видалення розташованого в зоні гемангіоми значно рухомого зуба. Така раптово виникаюча кровотеча може виявитися смертельною, особливо у випадку виникнення її в умовах поліклініки, на прийомі у недосвідченого лікаря. Однак найчастіше хворі з гемангіомою щелепи звертаються в клініку з приводу підвищеної кровоточивості з ясен або з каналу зуба.

Клініка

Клініка залежить від локалізації, ступеню 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 середньозірливою малюнок, інколи мають місце періостальні нашарування.

Патологічна анатомія. Внутрішньокісткові гемангіоми щелеп бувають, як правило, кавернозними, гіллястими або поєднуються з капілярними. Рідше вони являють собою сплетення гіллястих аневризм або сплетення розширених крупних судин. В ще більш рідких випадках гістологічна картина являє собою переважно капілярну форму гемангіоми.

Діагноз

Діагностика гемангіом щелеп складна, особливо тоді, коли відсутні скарги на кровоточивість ясен і пухлина не наблизилась до слизової оболонки ясен. У таких випадках необхідно диференціювати гемангіому від остеобластокластоми, адамантиноми, міксими. 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, решившись на взяття кусочка підозрілої гемангіоми, хірург має бути готовим до того, що під час біопсії можлива сильна кровотеча, яку необхідно буде терміново зупинити та провести поповнення кровотрати.

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 клаптем 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 кровотрати. 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.

ГЕМАНГІОЕНДОТЕЛІОМА

Ця пухлина зустрічається в щелепах дуже рідко. А. А. Колосовим (1964) відмічено лише 2 випадки з 1034 пухлин щелеп.

Патогенез. Пухлина походить з ендотелію кровоносних судин щелепи. За ступенем зрілості займає проміжне положення між гемангіомою та гемангіосаркомою.

Клініка. Спостерігається, головним чином, у дітей. Відрізняється від ангіом більш швидким ростом з інфільтрацією та проростанням в оточуючі тканини; частіше викликає кровотечу та укриття виразками слизового покрыву ясен.

Локалізуючись за нижнім зубом мудрості, гемангіоендотеліома здатна проростати назад і всередину – в товщу м'якого піднебіння; при цьому екстраосальна частина пухлини набуває

бугристий рельєф, вона злегка болісна, має м'яко-еластичну консистенцію. Регіонарні лімфатичні вузли при цій пухлині не збільшені. Якщо відбувається переродження пухлини в гемангіосаркому, при цьому на рентгенограмі визначається значна зона деструкції щелепи.

Патологічна анатомія. Макроскопічно пухлина має вид доволі щільних вузлів, на розрізі – пориста, червоно-сірого кольору. Можлива наявність в ній мілких порожнин. Мікроскопічно гемангіоендотеліома подібна до гемангіоми, але відрізняється від неї тим, що проліферуючий ендотелій судин характеризується різким поліморфізмом і може рости суцільною клітковинною масою, затушовуючи судинний малюнок пухлини. Розростання ендотелія кровеносних судин можуть мати також вигляд тяжів і трубок, заповнених кров'ю.

Лікування. Глибока рентгенотерапія з наступним радикальним видаленням пухлини в межах здорових тканин. Деякі хірурги проводять лише хірургічне радикальне видалення пухлини, що навряд чи можна рахувати виправданим.

Прогноз сприятливий лише за умови раннього виявлення та комплексного лікування. ЛІМФАНГІОМА – доброякісна пухлинна гіперплазія лімфатичних судин, пов'язана з порушенням їх закладки в ембріональному періоді.

Лімфангіоми:

Капілярні
Кавернозні
Кистозні

клініка:
Повільне прогресуюче
зростання, пальпація
безболісна, дифузне
збільшення органів,
флюктуація, наявність щільних
включень

Диференційна діагностика:
Гемангіома, хвороба Мікуліча,
лімфосаркома

Лікування – хірургічне

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Завдання для самоконтролю:

1. Рентгенограми хворих з гемангіомами кісток лицевого скелету.
2. Фото хворих з судинними пухлинами обличчя.

Б. Задачі для самоконтролю:

1. У хворого 20 років асиметрія обличчя за рахунок пухлини верхньої губи зліва. Шкіра над нею синюшного відтінку, позитивний симптом “стиснення” і “наповнення”.

Який найімовірніший діагноз?

(Відповідь: кавернозна гемангіома)

2. Хворий 17 років, скаржиться на наявність пухлини на нижній губі. З анамнезу з'ясовано, що пухлина була виявлена відразу після народження, росла повільно, але за останній рік різко збільшилася в розмірі. При огляді на нижній губі є пухлина червоного кольору, м'яка, при натисненні пустіє і блідне.

Який попередній діагноз?

(Відповідь: гемангіома нижньої губи)

3. До хірурга звернувся хворий 20 років з пухлиною на лівій щоці. Наявність утвору відмічає з народження. При огляді на шкірі лівої щоки є плоска округлої форми пляма, до 1,5 см в діаметрі, рожево-червоного кольору. При натисканні на пухлину пальцем або інструментом утвір блідне.

Поставте попередній діагноз.

(Відповідь: гемангіома)

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (α=Π):

1. Основною клінічною ознакою гіллястої гемангіоми є:

- А. Пульсація.
- В. Наявність флеболітів.
- С. Біль при пальпації.
- Д. Болісний інфільтрат.
- Е. Симптом Венсана.

(Відповідь: А)

2. Основними методами лікування капілярної гемангіоми є:

- A. Склерозуюча терапія.
- B. Прошивання.
- C. Електрокоагуляція.
- D. Променева терапія.
- E. Висічення пухлини.

(Відповідь: A)

3. Клінічно лімфангіома характеризується різновидами

- A. Ніздрювата, кістозна, літична.
- B. Поліморфна, мономорфна, проліферативна.
- C. Капілярна, кістозні, кавернозна.
- D. Розсіяна, локалізована.
- E. Солідна, мономорфна.

(Відповідь: C)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. В клініку звернувся хворий зі скаргами на значне збільшення розмірів нижньої губи. Має місце збільшення нижньої губи (макрохейлія), тканини губи безболісні при пальпації, блідо-рожевого кольору, щільно-еластичні.

Поставте діагноз. Складіть план лікування

(Відповідь: лімфангіома нижньої губи, оперативне лікування)

2. Хвора, 25 років, звернулася до районної поліклініки зі скаргами на наявність припухлості в лівій привушно-жувальній ділянці. При нахилі голови долі визначається симптом «наповнення» в лівій привушно-жувальній ділянці. У порожнині рота слизова оболонка цієї ділянки у кольорі не змінена.

Поставте діагноз. Які методи дослідження необхідно провести для його обґрунтування? Складіть план лікування. Де проводиться лікування цієї групи хворих?

(Відповідь: кавернозна гемангіома лівої привушно-жувальної ділянки, діагностична пункція, контрастна ангіографія для визначення розповсюдженості утвору, рентгенографія за наявності ангіолітів, склерозуюча терапія з наступним оперативним втручанням, відділення щелепно-лицевої хірургії, відділення голови та ший в онкодиспансерах)

7. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

- 1.Бернадский Ю.И. Основы хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – Минск: Белкнига, 1998.
- 2.Гнатъшак А.И. Общая клиническая онкология. – Львов, 1988.
- 3.Карапетян И.С., Цегельник Е.Я. Предраковые состояния, опухоли, опухолеподобные поражения и кисты лица, органов полости рта и шеи. – М.: МИА, 2004.
- 4.Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия / Под ред. Проф. Н.А.Александрова. – Л.: Медицина, 1985.
- 5.Рузин Г.П. Краткий курс лекций по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – К., «Книга плюс», 2006.
- 6.Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Под ред. В.М.Безрукова, Т.Г.Робустовой. – М.: Медицина, 2000. – в 2-х томах.
- 7.Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина, 1983.
- 8.Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – К., 2004.

Додаткова література:

- 1.Атлас пластической хирургии лица и шеи / Под ред. проф. Хитрова Ф.М. – М.: Медицина, 1984
- 2.Виссарионов В.А. Некоторые аспекты косметической хирургии лица. – Екатеринбург, 1992.
- 3.Дунаевский В.А. Пластические операции при хирургическом лечении опухолей лица и челюстей. – М.: Медицина, 1976.
- 4.Колесов А.А., Воробьев И.Ю. Новообразования мягких тканей. – К., 1991.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
Сумський державний університет
Медичний інститут

«Затверджено»
на засіданні кафедри
стоматології

Завідувач кафедри
д. мед. н. Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Пухлини меланогенної системи: невус, меланома. Клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Епітеліальні пухлини м'яких тканин, особливо такі як невус спостерігаються на амбулаторному прийомі дуже часто. Звичайно вони не становлять загрози здоров'ю хворого, але при певних умовах здатні перероджуватись у злоякісну пухлину. До того ж деякі злоякісні пухлини можуть з'являтися під виглядом цих новоутворень, насамперед така небезпечна пухлина як меланома. Чітке знання клінічних проявів цієї групи пухлин допоможе лікарю уникнути грубих діагностичних помилок.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1.Аналізувати розповсюдженість пухлин меланогенної системи.
- 2.2.Пояснювати дію несприятливих факторів оточуючого середовища на перебіг пухлин меланогенної системи.
- 2.3.Запропонувати тактику деонтологічного підходу до хворих з пухлинами меланогенної системи.
- 2.4.Класифікувати невуси.
- 2.5.Тракувати дані цитологічних та гістологічних досліджень при пухлинах меланогенної системи.
- 2.6.Малювати схеми плану додаткових методів дослідження при пухлинах меланогенної системи.
- 2.7.Проаналізувати ознаки малігнізації невусу.
- 2.8.Скласти план обстеження та лікування хворих з пухлинами меланогенної системи.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Нормальна анатомія.	Будова щелепно-лицевої ділянки.
2. Топографічна анатомія і оперативна хірургія.	Анатомо-хірургічні особливості щелепно-лицеврї ділянки і методи оперативних втручань на обличчі.
3. Патологічна фізіологія.	Етіопатогенетичні аспекти виникнення пухлин щелепно-лицевої ділянки.
4. Пропедевтика хірургічної стоматології.	Обстеження хірургічних стоматологічних хворих. Методи знеболення при оперативних втручання в щелепно-лицевій ділянці.

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. Меланін.	Це пігмент шкіри людини.
2. Меланоцити.	Це пігментні клітини.
3. Невус.	Це новоутворення з пігментних клітин.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Класифікація невусів.
2. Клінічна картина невусів обличчя та шиї.
3. Ознаки малігнізації невусу.
4. Особливості лікування невусів та диспансерного нагляду за хворими з цією патологією.
5. Клінічна картина меланоми.
6. Методи діагностики та диференційної діагностики меланоми.
7. Лікування та прогноз при меланомі.

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

1. Курація хворих з утвореннями меланогенної системи шкіри обличчя та шиї.
2. Відпрацювання методик забору матеріалу для цитологічного та гістологічного дослідження.

5. ЗМІСТ ТЕМИ:

Невус. Це доброякісне утворення розвивається з меланоцитів епідермісу або дерми, буває природженим і набутиим, часто множинним.

Клінічно невус проявляється у вигляді плоского, припіднятого, гладкого або бородавчатого безболісного утворення. Він локалізується частіше на шкірі обличчя і шиї, може самостійно зникати, а також малігнізуватися.

Гістологічно розрізняють наступні різновиди невусів: пограничний, складний, внутрішньодермальний, епітеліоїдний, внутрішньоклітинний, з балоноподібних клітин, галоневус, гігантський пігментований, інволюційний, блакитний і клітинний блакитний.

Пограничний невус зустрічається рідко (до 3,9%) і може переходити в складний. Складний невус має бородавчастий вигляд й іноді містить волосся. Частіше (до 85%) спостерігається внутрішньодермальний невус.

Епітеліоїдний, або веретенноклітинний невус (юнацька меланома). - куполоподібне новоутворення на шкірі обличчя, зустрічається рідко (1%). в основному у дітей. Гістологічна картина такого невуса іноді нагадує меланому, хоча є різновидом складного невуса. Невус з балоноподібних клітин клінічно проявляється у вигляді невеликого темно-коричневого вузла з обідком еритеми навколо нього.

Галоневус має таку назву внаслідок наявності депігментованого кільця навколо вузла червоно-коричневого кольору. Зазвичай це утворення не перевищує 0,5 см, можлива його спонтанна інволюція.

Гігантський пігментований невус – природжене утворення, часто вражає обличчя, волосисту частину голови (мал. 160). Іноді спостерігаються невуси-сателіти. Такі невуси є темно-пігментованими волосатими утвореннями, іноді вузлуватими, найчастіше малігнізують в меланому.

Інволюційний невус (фіброзна папула носа) є результатом фіброзного переродження невуса і представляє слабо-пігментоване утворення, що височіє, 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 декількох 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 її забарвлення не відбувається, гемангіома короткочасно блідне.

Основні ознаки малігнізації невуса: збільшення розміру його і міри пігментації, поява запальної реакції з гіперемією навколо "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 обличчя, що веде до естетичних порушень, видаляють з одномоментною пластикою місцевими тканинами або пересадкою вільного шкірного аутографта або застосовують поетапне висічення.

Невус, навіть невеликих розмірів, що піддається постійній травмі (коміром, окулярами, гребінцем та ін.), видаляють. При появі ознак активізації росту невуса потрібно додаткова радіоізотопна діагностика, яка дозволяє визначити доброякісність або злоякісність процесу. При збереженні доброякісного характеру невуса необхідно провести його висічення, при цьому межі операції мають бути розширені. Останніми роками для лікування невусів стали широко використовувати криодеструкцію.

Злоякісна меланома. Це високо злоякісна пухлина, що складається з аномальних меланоцитів, пігментованих в різній мірі. Зустрічається рідко, переважно у осіб молодого і середнього віку. Меланома може виникати первинно на шкірі або ж розвивається з попередніх змін у вигляді невуса, передракового меланозу, меланотичної плями Гетчінсона.

Клінічна картина меланоми різноманітна. Вона проявляється у вигляді пігментованої плоскої плями, грибоподібного або папіломатозного розростання, розташовується на вузькій або широкій основі, має різні форми і розміри. Поверхня її гладка або шорстка, нерідко покрився виразками, консистенція від м'якої до щільноеластичної, відзначається різна міра пігментації, включаючи безпігментні утворення. Меланома зазвичай не досягає великого розміру, оскільки в ранні терміни метастазує по лімфатичних і кровоносних шляхах в шкіру, серце, легені, призводячи

до генералізації процесу. Вона має циклічність перебігу. При появі метастаза процес як би затихає, потім через певний проміжок часу настає наступна хвиля метастазування. Травмування меланоми сприяє швидкому поширенню процесу, що обумовлено особливостями гістологічної структури пухлини: меланоцити характеризуються слабким зчепленням між собою (сепарація або сегрегація меланоцитів), і навіть при незначній травмі відбувається відрив клітин (А. І. Пачсс).

Меланоми діагностують на підставі анамнезу і клінічних даних. Проте встановити остаточний діагноз не завжди можливо.

У діагностиці широко використовують радіоізотопне дослідження за допомогою радіоактивного ^{32}P , а також реакцію променевої меланурії. Для визначення останньої проводять дослідження сечі після 2-3-кратного опромінення пухлини. Можливо також застосування термовізіографії.

Для морфологічної верифікації використовують цитологічне вивчення мазка або відбитків з поверхні пухлини, що покрилася виразками. Не рекомендується робити зіскрібок з виразкової поверхні, пункцію і біопсію пухлини, оскільки незначна травма веде до генералізації процесу.

Лікування. Нині застосовують комбіноване лікування, що полягає в передопераційній променевої терапії з наступним широким висіченням уражених тканин, відступивши не менше чим на 3 см від меж пухлини. Видалення регіонарних метастазів здійснюють у вигляді операції Крайля або висічення фасціального футляра клітковини шиї в єдиному блоці з первинним осередком. Останніми роками використовують метод кріодеструкції, а також є спроби застосування хіміо- і імунотерапії.

Прогноз несприятливий. Результат лікування залежить від мступеня інвазивності меланоми. Якщо пухлина не поширюється за межі епідермісу шкіри, ефект кращий, ніж при інвазії пухлиною дерми. Найгірший прогноз відзначається при поширенні меланоми в підшкірну жирову клітковину.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Завдання для самоконтролю:

1. Схеми обстеження онкологічних хворих.
2. Фото пацієнтів з новоутвореннями меланогенної системи шкіри голови та шиї.

Б. Задачі для самоконтролю:

1. Хворий, 38 років, звернувся до лікаря зі скаргами на новоутворення на межі волосяного покриву та шкіри шиї, його постійну травму одягом. Об'єктивно: утворення до 2 см в діаметрі, темнокоричневого кольору, бугристе, ознаки запалення відсутні, при пальпації безболісне, регіональні лімфатичні вузли не пальпуються.

Яка тактика лікаря?

(Відповідь: видалення невусу в плановому порядку. Диспансерний нагляд протягом року)

2. Хвора, 24 років. Звернулася в клініку щелпно-лицевої хірургії зі скаргами на "родиму пляму" на боковій поверхні шиї та вимогою видалити утворення. Об'єктивно: на бічній поверхні шиї зліва має місце утворення до 0,5 см в діаметрі, плоске, світло-коричневого кольору, безболісне.

Які дії лікаря?

(Відповідь: переконати пацієнтку відмовитися від видалення новоутворення)

3. Пацієнт, 57 років. Скарги на новоутворення правої щоки, біль, кровоточивість. Об'єктивно: в правій щічній ділянці новоутворення блідо-коричневого кольору м'яко-еластичної консистенції з ознаками запалення біля основи, злегка болісне при пальпації, підщелепні лімфатичні вузли справа збільшені безболісні.

Яка тактика хірурга-стоматолога?

(Відповідь: дотримуючись правил лікарської етики та деонтології направити пацієнта на консультацію до онколога)

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (α=II):

1. Хворий 49-ти років звернувся до хірурга-стоматолога із скаргами на наявність "родимої плями", що збільшується в розмірах, її лущення, відчуття свербіж. Зі слів хворого, змінена в кольорі і розмірах ділянка шкіри з'явилася 1 рік тому, після травми її в момент гоління. При об'єктивному обстеженні в підчочномковій області ліворуч визначається інтенсивно пігментована пляма коричневого кольору розміром до 2 см, з дрібними вузлами на поверхні; овальної форми,

виступаюча над шкірою, з ознаками лущення, безболісна при пальпації. Регіонарні лімфовузли збільшені, спаяні зі шкірою, безболісні.

Поставте попередній діагноз.

- A . Меланома.
- B. Невус пігментований.
- C. Невус бородавчастий.
- D. Плоскоклітинний рак.
- E. Папіломатоз.

(Правильна відповідь: A)

2. Хворий звернувся зі скаргами на посилення росту пухлини з природженого невусу на щоці, який доволі часто травмувався під час гоління. Виявлено бородавчасту пігментовану пухлино розміром 1,5 на 1 см. Регіонарні лімфатичні вузли не збільшені.

Встановіть попередній діагноз.

- A . Плоскоклітинний рак.
- B. Базаліома.
- C. Меланома.
- D. Бородавчастий переродрак.
- E. Запалення невусу.

(Правильна відповідь: C)

3. Хворий 47-ми років звернувся до лікаря зі скаргами на наявність пухлини в правій щічній ділянці, яка свербить та значно збільшилась за останній час. При огляді виявлена пухлина неправильної форми, розміром до 1,5 см, чорного кольору, блискуча.

Який попередній діагноз можна встановити у хворої?

- A . Меланома шкіри.
- B. Пігментний невуc.
- C. Базаліома шкіри.
- D. Рак шкіри.
- E. Шкіряний ріг.

(Правильна відповідь: A)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. Хворий, 48 років, на волосяній частині голови пів року тому помітив збільшення родимки, за допомогою звернувся вперше. Останні три тижні відмічає біль у правому підребер'ї, зниження маси тіла, швидке настання втоми протягом дня.

Який патологічний процес можна запідозрити у пацієнта?

(Відповідь: метастазування меланоми в печінку)

2. Пацієнтка, 30 років, помітила, що останній рік на шкірі шиї збільшилась кількість родимок. З анамнезу з'ясовано, що хвора зловживає відвідуванням солярію.

Яка тактика лікаря?

(Відповідь: провести бесіду з дотриманням етики та деонтології про можливі ускладнення від даного виду процедур)

3. У пацієнта, 53 років, лікар запідозрив меланому шкіри обличчя.

Як переконати хворого без шкоди для його душевного стану звернутися в онкологічну клініку.

(Відповідь: пояснити цю необхідність наявністю в онкологічній клініці "самого сучасного обладнання" для проведення додаткового обстеження)

7. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Колесов А.А., Воробьев И.Ю. Новообразования мягких тканей. – К., Здоровья, 1991 - 312 с.
2. 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.
3. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. - М.: Медицина, 1997. - 450 с.
4. Сагатбаев Д.С. Опухоли челюстно-лицевой области, 1998. – 206

5. Солнцев А.М., Колесов В.С. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта. - Кмев: Здоровья, 1985. - 150 с.
6. Шаргородский А.Г. Атлас опухолей мягких тканей и костей лица. Москва, 1998.-221 с.

Додаткова література:

1. Губайдулина Е.Я., Цегельник Л.Н. Опухоли, опухолеподобные поражения и кисты лица, органов полости рта, челюстей и шеи // Хирургическая стоматология . - М.: Медицина, 1996. – С.512-624.
2. Кабаков Б.Д., Ермолаев И.И. и др. Лечение злокачественных опухолей челюстно-лицевой области УМ.: Медицина, 1978. -342 с.
3. Кривопляс А.И., Коломенчук Б.Я. Актуальные вопросы диагностики и лечения злокачественных опухолей челюстно-лицевой области//Вестник стоматологии. - 1994. - №1. - с. 36.
4. Рибалов О.В., Одабашьян А.Я. Онкологія щелепно-лицьової ділянки. – Полтава: АСМІ, 1999. - 114 с.
5. Соловьев М.М. Онкологические аспекты в стоматологии. М: Медицина 1983. – 158 с.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
Сумський державний університет
Медичний інститут

«Затверджено»
на засіданні кафедри
стоматології
Завідувач кафедри
д. мед. н. Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Пухлини та пухлиноподібні ураження периферичних нервів обличчя. Клініка, діагностика, диференційна діагностика.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Пухлини та пухлиноподібні ураження периферійних нервів обличчя зустрічаються досить рідко (1,5% від усіх пухлин обличчя), але потребують досить ґрунтовного диференційного діагностичного підходу та вибору оптимальних методів лікування.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати причини виникнення пухлин периферійних нервів обличчя.
- 2.2. Пояснювати гістологічну будову пухлин периферійних нервів обличчя.
- 2.3. Запропонувати нові етико-деонтологічні підходи до проблем онкостоматології.
- 2.4. Класифікувати пухлини та пухлиноподібні ураження периферійних нервів обличчя.
- 2.5. Тракувати результати цитологічних та гістологічних досліджень при пухлинах периферійних нервів обличчя.
- 2.6. Малювати схеми іннервації щелепно-лицевої ділянки.
- 2.7. Проаналізувати можливі прогнози при пухлинах та пухлино подібних ураженнях периферійних нервів обличчя.
- 2.8. Скласти план обстеження та лікування хворих з пухлинами периферійних нервів обличчя.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Нормальна анатомія.	Володіти знаннями іннервації щелепно-лицевої ділянки.
2. Патоморфологія.	Знати гістологічну будову пухлин та пухлино подібних уражень периферійних нервів обличчя.
4. Патологічна фізіологія.	Знати етіопатогенетичні аспекти виникнення пухлин периферійних нервів обличчя.
3. Пропедевтика внутрішніх хвороб.	Дотримуватися медичної етики та деонтології при спілкуванні з онкохворими.

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. Хвороба Реклінгхаузена	Це нейрофіброматоз.
2. Шваннома.	Це нейрофіброма.
3. Кріодеструкція.	Це заморожування новоутворення рідким азотом.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Етіологія і патогенез пухлин та пухлиноподібних уражень периферійних нервів обличчя.
2. Класифікація пухлин та пухлиноподібних уражень периферійних нервів обличчя.
3. Клінічна картина нейрофіброми, нейрофіброматозу обличчя, травматичної невроми.
4. Діагностика та диференційна діагностика пухлин та пухлиноподібних уражень периферійних нервів обличчя.
5. Методи лікування пухлин та пухлиноподібних уражень периферійних нервів обличчя.

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

1. Обстежити хворого з пухлиною, встановити діагноз та призначити лікування.
2. Вміти провести пункцію або взяти матеріал для цитологічного чи гістологічного дослідження.

5. ЗМІСТ ТЕМИ:

Ці пухлини і пухлиноподібні ураження зустрічаються рідко і складають менше 1,5 % усіх пухлин обличчя і щелеп. До доброякісних пухлин відносять нейрофіброму і неврілемому (шванному), до пухлиноподібних уражень – травматичну неврому і нейрофіброматоз (хвороба Реклінгхаузена), до злоякісних – злоякісну шванному (неврогенна саркома).

Нейрофіброма розвивається з оболонки периферичних нервів. Існує думка, що клітини пухлини мають нейроектодермальне походження, тобто є похідними нейролеми (швановської оболонки); у зв'язку з цим пухлина описується ще і під назвою шванномы, леммомы.

Виникнення її в області обличчя і порожнини рота пов'язане з вадою розвитку зачатків трійчастого або лицьового нерва.

Розташовується пухлина по відношенню до нерва або моноцентрично (у товщі нерва визначається один вузол), або поліцентрично (у товщі нерва визначається ряд вузлів, частково сполучених між собою).

Локалізуються нейрофіброми частіше всього в товщі щоки (заходячи зазвичай своїм внутрішнім полюсом під виличну кістку), в області отворів підборіддя, скроні, язика.

Клініка. У початковій стадії захворювання хворі звертаються до лікаря із скаргою на наявність болісної (рідше - безболісної) пухлини, що викликає асиметрію обличчя. Болісна пухлина спонукає, природно, звертатися до лікаря в ранні терміни. Пальпаторно визначається під шкірою щоки, підборіддя, скроні, в язиці, щільна, а іноді м'яка пухлина розмірами від 1 до 10 см і більше. Ступінь щільності пухлини залежить від питомої ваги фіброзних розростань: якщо в пухлині їх мало, вона м'яка і по своїй структурі наближається до невроми. Пальпація нерідко викликає значні больові відчуття, іррадіюючі по ходу трійчастого нерва.

У пізнішій стадії нейрофіброма має вигляд чітко обмежених м'яких поліпоподібних вузлів, що звисають на ніжці. Іноді розвивається величезна щільна пухлина.

Діагноз ґрунтується на повільному зростанні пухлини, розташованої по ходу гілок трійчастого або лицьового нерва, щільно-еластичної консистенції, гладкої поверхні і болючості пухлини.

Лікування хірургічне: під місцевою анестезією роблять розріз шкіри і підшкірної основи згідно з напрямом гілок лицьового нерва. Потім методом тупого сепарування тканин вилущують нейрофіброму, не ушкоджуючи прилеглих розгалужень лицьового нерва. Щоб легше було орієнтуватися в рані відносно меж пухлини, деякі хірурги вводять в пухлину ін'єкційну голку і по ній - 0.2-0.3% водний розчин метиленового синього, який швидко поширюється в межах пухлини і забарвлює її, чітко змальовуючи. Після цього роблять інфільтраційну анестезію.

Прогноз сприятливий.

Нейрофіброматоз (хвороба Реклінґгаузена). Це природжене системне утворення, що характеризується симптомокомплексом у вигляді деформації скелета, наявності на тілі плям кавового кольору і спотворення 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 шиї, при цьому збільшується і зміщується вниз разом з усіма тканинами вушна раковина. При пальпації ураженої тканини відзначаються біль і наявність в глибині щільних тяжів, що нагадують вермішель.

Лікування полягає в поетапному висіченні уражених тканин. Проводять його з метою усунення спотворення обличчя.

Травматична неврома. Локалізується по перехідній складці присінка порожнини рота відповідно до місця виходу нерва підборіддя. Зустрічається переважно у літніх осіб з повною адентією і атрофією альвеолярного відростка нижньої щелепи, що користуються знімним зубним протезом. Виникнення невроми пов'язане з постійною травмою краєм протеза нерва підборіддя біля виходу з отвору підборіддя.

Клінічно визначається округло-овальне утворення розміром до 0,5 см, боліснее, щільноеластичної консистенції, розташоване під слизовою оболонкою перехідної складки з вестибулярного боку відповідно до малих корінних зубів. Діагностується на підставі анамнезу і клінічних даних.

Лікування травматичної невроми спрямоване на усунення постійного подразнення її краєм протеза шляхом корекції останнього або припинення користування ним. Хірургічне лікування зазвичай не проводять, оскільки висічення невроми веде до втрати чутливості тканин, що іннервуються нервом підборіддя, яка сприймається хворим не менш тяжко, чим біль при самій травматичній невромі.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Завдання для самоконтролю:

1. Фото хворих з пухлинами та пухлиноподібними утвореннями периферичних нервів обличчя.

2.Схеми обстеження онкостоматологічних хворих.

Б. Задачі для самоконтролю:

1. Хворий, 78 років, звернувся в клініку зі скаргами на наявність округлого болісного утворення нижньої щелепи по перехідній складці, що з'явилося півроку тому. Рік назад пацієнту виготовили повний знімний протез. Об'єктивно: обличчя симетричне, підщелепні лімфовузли не пальпуються. Виражена атрофія альвеолярного відростка нижньої щелепи. На ділянці правого ментального отвору болісне, щільно-еластичне округле утворення до 0,5 см в діаметрі.

Який попередній діагноз?

(Відповідь: травматична неврома)

2. Хворий, 48 років, скаржиться на болісну припухлість лівої щоки. Об'єктивно: обличчя асиметричне за рахунок припухлості лівої щічної ділянки, шкіра без змін, лімфатичні вузли не пальпуються. В товщі лівої щоки визначається болісне округле утворення щільно-еластичної консистенції до 5 см в діаметрі не спаяне з прилеглими тканинами.

Поставте діагноз.

(Відповідь: нейрофіброма)

3. У хворого, 68 років, спостерігається спотворення обличчя та шиї зліва за рахунок відвисання шкіри, лівої вушної раковини. При пальпації відмічається біль, зниження тургора шкіри, щільні тяжі у вигляді вермішелі.

Поставте діагноз.

(Відповідь: нейрофіброматоз (хвороба Реклінхаузена))

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (α=Π):

1. Що є причиною розвитку нейрофіброми?

- A. Вроджена вада нервів.
- B. Перенесений неврит.
- C. Травма обличчя.
- D. Інфекційні захворювання.
- E. Етіологія не з'ясована.

(Правильна відповідь: A)

2. Де частіше всього локалізується нейрофіброма?

- A. Язик.
- B. Щока.
- C. Підборіддя.
- D. Вилична кістка.
- E. Губи.

(Правильна відповідь: B)

3. Нейрофіброматоз це хвороба:

- A. Енгля-Реклінхаузена.
- B. Таратинова.
- C. Реклінхаузена.
- D. Боуена.
- E. Таратинова.

(Правильна відповідь: C)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. Хворий, 69 років, звернувся зі скаргами на нестерпні болі в лівій половині обличчя, неможливість користування протезом. Пацієнт вкрай знервований. По перехідній складці на ділянці лівого підборідного отвору визначається утворення до 1 см в діаметрі.

Яка тактика лікаря?

(Відповідь: провести бесіду з пацієнтом та пояснити необхідність термінового оперативного втручання з приводу травматичної неврони)

2. Хворий, 56 років, діагностовано нейрофіброму лівої щічної та виличної ділянок. Пацієнтка переконана, що в неї злоякісна пухлина, яка складає загрозу її життю.

Що необхідно зробити лікарю.

(Відповідь: переконати пацієнтку звернутися до психотерапевта)

3. У пацієнта, 67 років, попередньо діагностовано нейрофіброматоз голови (хвороба Реклінгаузена).

Які додаткові обстеження необхідно провести для постановки остаточного діагнозу?

(Відповідь: рентгенографію, ортопантомографію, гістологічне дослідження новоутворення, клінічні та біохімічні дослідження крові та сечі)

7. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Доброякісні пухлини та пухлиноподібні новоутворення. Ермолов В.Ф. Колесов А.А., Воробьев И.Ю. Новообразования мягких тканей. – К., Здоровья, 1991 - 312 с.

2. 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.

3. Савицкий В.А., Черепанов А.Н. Нейрофиброматоз Реклингаузена Клиника, диагностика и хирургическое лечение/. - М.: Медицина, 1972. 250 с

4. Сагатбаев Д.С. Опухоли челюстно-лицевой области, 1998. – 206

5. Солнцев А.М., Колесов В.С. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта. - Кмев: Здоровья, 1985. - 150 с.

Додаткова література:

1. Губайдулина Е.Я., Цегельник Л.Н. Опухоли, опухолеподобные поражения и кисты лица, органов полости рта, челюстей и шеи // Хирургическая стоматология . - М.: Медицина, 1996. – С.512-624.

2. Доброкачественные новообразования и опухолеподобные образования слизистой оболочки полости рта: Автореф. дис. д - ра. мед. наук -М., 1995. 46 с.

3. Шаргородский А.Г. Атлас опухолей мягких тканей и костей лица. Москва, 1998.-221 с.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
Сумський державний університет
Медичний інститут

«Затверджено»
на засіданні кафедри
стоматології

Завідувач кафедри
д. мед. н. Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Епітеліальні та неепітеліальні пухлини слинних залоз. Клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ:

Доброякісні пухлини і кісти слинних залоз є досить складною патологією щелепно-лицьової ділянки, що однаково часто зустрічається у чоловіків і жінок різного віку. Дана група захворювань має різноманітну, часто схожу клінічну картину, яка потребує ґрунтовних знань у майбутніх лікарів з питань етіології, клініки, діагностики і лікування.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати клінічні прояви епітеліальних та неепітеліальних пухлин слинних залоз.
- 2.2. Пояснювати гістологічну будову епітеліальних та неепітеліальних пухлин слинних залоз.
- 2.3. Запропонувати етіологічні та патогенетичні фактори розвитку пухлиноподібних утворень м'яких тканин.
- 2.4. Класифікувати основні та додаткові обстеження хворих з епітеліальними та неепітеліальними пухлинами слинних залоз.
- 2.5. Трактувати виникнення та розвиток епітеліальних пухлин слинних залоз.
- 2.6. Малювати схеми, графіки класифікації епітеліальних пухлин слинних залоз.
- 2.7. Проаналізувати класифікацію епітеліальних пухлин слинних залоз.
- 2.8. Скласти план лікування хворих з епітеліальними пухлинами слинних залоз.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Нормальна анатомія.	Вивчити анатомічну будову кісток лицевого скелета.
2. Гістологія.	Приготувати матеріал для гістологічного дослідження.
3. Патологічна анатомія.	Описати гістологічну картину пухлиноподібних утворень в кістках лицевого скелета.
4. Патологічна фізіологія.	Знати етіологію та патогенез кісток лицевого скелета.
5. Топографічна анатомія та оперативна хірургія.	Визначити топографо-анатомічну будову кісток лицевого скелета.
6. Пропедевтика хірургічної стоматології.	Провести курацію хворих з пухлинами кісток лицевого скелета.
7. Загальна онкологія.	Провести диференційну діагностику хворих з пухлинами кісток лицевого скелета.

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. Біопсія.	Це прижиттєве одержання матеріалу для гістологічного дослідження.
2. Аутопсія.	Це посмертне одержання матеріалу для гістологічного дослідження.

3.Пункційна біопсія.	Це одержання матеріалу для гістологічного дослідження шляхом пункції новоутворення голкою великого діаметра.
4. Інцизійна біопсія.	Це одержання матеріалу шляхом видалення шматочка пухлини в межах здорової тканини.
5.Якісне зібрання анамнезу захворювання.	Це правильно зібраний анамнез життя та захворювання.

4.2.Теоретичні питання до заняття:

1. Анатомія і фізіологія слинних залоз людини.
2. Ембріогенез і гістологічна будова великих і малих слинних залоз.
3. Теорії походження доброякісних пухлин слинних залоз.
4. Гістологічні і клінічні класифікації доброякісних пухлин слинних залоз.
5. Клінічна картина аденолімфоми слинної залози.
6. Діагностика і диференціальна діагностика доброякісних пухлин слинних залоз.
7. Методи лікування доброякісних пухлин слинних залоз.
8. Прогноз і ускладнення під час і після лікування доброякісних пухлин слинних залоз.
9. Основні та додаткові методи діагностики доброякісних пухлин.
10. Клінічна картина аденоми слинної залози.
11. Клініка оксифільної аденоми.

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

1. Опанувати методіку обстеження хворих з доброякісними пухлинами слинних залоз.
- 2.Провести курацію хворих з доброякісними пухлинами слинних залоз.
- 3.Заповнити амбулаторну медичну картку хворого з пухлинами слинних залоз.
- 4.Оволодіти методикою діагностичної пункції.
- 5.Оволодіти методикою приготування мазка на предметному склі.

5. ЗМІСТ ТЕМИ:

ПОЛІМОРФНА АДЕНОМА (ЗМІШАНА ПУХЛИНА)

Клініка. Хворі скаржаться на поступове (протягом багатьох років) повільне збільшення привушних або підщелепних ділянок, асиметрію обличчя; рідше на появу безболісної пухлини на піднебінні, губі, щоці. У окремих випадках хворі відзначають незначний біль в зоні пухлини. Біль з'являється періодично і, як правило, без видимих причин; лише іноді хворі пов'язують біль з переохолодженням. Об'єктивно: пухлина безболісна, рухома, має округлу або овально витягнуту форму, горбисту або гладку поверхню, щільно еластичну консистенцію. Шкіра (або слизова оболонка) над пухлиною зазвичай не змінена. Якщо пухлина досягла великих розмірів, можлива поява виразок слизистої оболонки.

МОНОМОРФНІ АДЕНОМИ

Оксифільная аденома

Клініка оксифільної аденоми. Консистенція пухлини щільна, вона повільно зростає, безболісна, має гладку поверхню, добре інкапсульована і не буває спаяна з довколишніми тканинами.

Лікування: Вилущування пухлини разом з фіброзною капсулою.

Прогноз сприятливий для життя.

НЕ ЕПІТЕЛІАЛЬНІ ПУХЛИНИ

Аденолімфома

Клініка. Аденолімфома росте повільно, безболісно, що приводить до асиметрії привушних областей. Пальпаторно пухлина м'якоеластичної консистенції, з досить чіткими контурами. З оточуючими тканинами не спаяна.

Лікування. Радикальна хірургічна екстирпація пухлини з видаленням прилеглої частини залози. Рекомендується не обмежуватися простим вилущуванням пухлини, оскільки він ніколи не має повної впевненості в її доброякісному характері.

Прогноз в цілому сприятливий, проте описані випадки малігнізації та метастазування папілярної кісто-аденолімфоми в легені.

Діагноз. Діагноз встановлюють на підставі клінічних, рентгенологічних і гістологічних даних захворювання. А останніми роками для постановки діагнозу застосовують цитологічне і цитохімічне дослідження.

Диференційна діагностика. Диференційну діагностику змішаних пухлин необхідно проводити з саркоматозними і раковими ураженнями слинних залоз, для яких характерне значно швидке розростання.

Лікування. Добрі результати дає рентгено-хірургічний метод лікування змішаних пухлин (який полягає в тому, що пухлину радикально видаляють і в процесі операції проводять близькофокусне опромінення рентгенівськими променями (з одного або декількох полів - залежно від розмірів поля. Сучасні методи операцій по видаленню змішаних пухлин привушних слинних залоз забезпечують збереження гілок лицевого нерва.

Метод Редона, що оснований спочатку на знаходженні основного стовбура лицевого нерва (між сосцевидним відростком і заднім краєм гілки нижньої щелепи), а потім відшукують місце розділення стовбура на основні гілки; препаровку їх ведуть від центра до периферії.

Метод Ковтуновича-Мухи зручніший, оскільки, по-перше, для знаходження основного стовбура лицевого нерва в залозі (по Редону) немає ніяких пізнавальних орієнтирів; по-друге, глибина залягання стовбура не менше чим на 2 см; тому під час операції утворюється глибока і вузька рана, в якій хірург може легко пересікти нерв, не помітивши його.

Ускладнення:

1). Тимчасовий або стійкий парез або параліч деяких або всіх м'язів; якщо не відбулося пересічення гілок лицевого нерва, парез зникає через 1/2-6 місяців без жодного лікування.

2). Досить частим ускладненням субтотальної і тотальної паротидектомії є порушення чутливості мочки вушної раковини, пов'язане з пересіченням великого вушного нерва. В частині випадків чутливість поновлюється протягом першого року після операції, в останніх хворих вона носить стійкий характер.

3). Поява точкової слинної фістули, яка незабаром зникає самостійно або під впливом прийому атропіну, беладонни або тугого бинтування.

4). Можливий розвиток аурікулотемпорального синдрому Фрея: свербіння, біль, гіперстезія і гіперемія привушної-жувальної ділянки.

Прогноз. Результати комбінованого лікування: рецидиви змішаних пухлин привушної слинної залози відмічені у 3% хворих (настають вони протягом першого року після лікування); паралічі всіх гілок лицевого нерва - біля 2%; часткові паралічі – у 12%, малігнізація.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Завдання для самоконтролю:

1. Анатомія і фізіологія слинних залоз людини.
2. Ембріогенез і гістологічна будова великих і малих слинних залоз.
3. Теорії походження доброякісних пухлин слинних залоз.
4. Гістологічні і клінічні класифікації доброякісних пухлин слинних залоз.
5. Клінічна картина доброякісних пухлин слинних залоз.
6. Діагностика і диференціальна діагностика доброякісних пухлин слинних залоз.
7. Методи лікування доброякісних пухлин слинних залоз.
8. Прогноз і ускладнення під час і після лікування доброякісних пухлин слинних залоз.

Б. Задачі для самоконтролю:

До хірурга-стоматолога звернувся хворий 65 років зі скаргами на припухлість в лівій половині обличчя. При огляді хворого було встановлено що: в лівій привушній ділянці відмічається новоутворення розміром 3х 4 см. При пальпації новоутворення має щільний характер, безболісне, з оточуючими тканинами не спаяне. Після проведення контрастного рентгенологічного дослідження на сіалограмі виявлено, що нормальний малюнок розгалужень вивідного протока різко обривається на межі з патологічним процесом.

Для якого захворювання характерна така сіалографічна картина?

Які ще додаткові методи обстеження потрібно провести?

(Відповідь: пухлина слинної залози)

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (а=П):

1. До доброякісних епітеліальних пухлин слинних залоз не відноситься:

- A. Аденома.
- B. Аденолімфома.
- C. Змішана пухлина.
- D. Мукоепідермальна пухлина.
- E. Циліндрома.

(Правильна відповідь: D)

2. Клінічна картина аденоми слинних залоз:

- A. Пухлина безболісна, щільна, з гладкою поверхнею, добре інкапсульована, не зрощена з довколишніми тканинами.
- B. Пухлина безболісна, м'яко еластична, з чіткими контурами, не зрощена з довколишніми тканинами.
- C. Пухлина безболісна, рухлива, округлої або витягнутої форми, щільно еластичній консистенції, з гладкою або горбистою поверхнею.
- D. Пухлина зростає швидко, безболісна, щільна, зрощена з довколишніми тканинами.
- E. Пухлина округлої форми, з чіткими контурами, безболісна, зрощена з шкірою.

(Правильна відповідь: C)

3. Клінічна картина змішаної пухлини слинних залоз:

- A. Пухлина безболісна, щільна, з гладкою поверхнею, добре інкапсульована, не зрощена з довколишніми тканинами.
- B. Пухлина безболісна, м'яко еластична, з чіткими контурами, не зрощена з довколишніми тканинами.
- C. Пухлина безболісна, рухлива, округлої або витягнутої форми, щільно еластичній консистенції, з гладкою або горбистою поверхнею.
- D. Пухлина зростає швидко, безболісна, щільна, зрощена з довколишніми тканинами.
- E. Пухлина округлої форми, з чіткими контурами, безболісна, зрощена з шкірою.

(Правильна відповідь: A)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

До хірурга-стоматолога звернувся хворий 57 років із скаргою на асиметрію особи. Об'єктивно: у ділянці правої привушної слинної залози виявлена безболісна, рухлива, округлої форми з горбистою поверхнею пухлина щільно еластичної консистенції. Пухлина має тенденцію до повільного збільшення.

Який попередній діагноз можна встановити в даному випадку?

(Віповідь: змішана пухлина.)

7. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии.– Белмедкнига, Витебск, 1998.– 404 с.
2. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области. – Киев: Вища школа, 1999. – 389 с.
3. Колесов А.А., Воробьев Ю.И., Каспарова Н.Н. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков.- Москва: Медицина, 1989г.
4. Муковозов И.Н. Дифференціальна діагностика захворювань щелепно-лицьової області. Л.: Медицина, 1982.
5. Загальна онкологія /Под редактора Н.П. Напалкова. – Ленінград: Медицина, 1989. – 648 с.
6. Онкологія /за ред. Білінського Б.Т., Стернюка Ю.М., Шпарика Я.В. – Львів: Медицина світу, 1998. – 272 с.
7. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. – М.: Медицина, 1990. – 576 с.
8. Ромачева И.Ф., Юдин Л.А., Афанасьев Л.В. Заболевания и повреждения слюнных желез. – М.: Медицина, 1987. – 240с.

Додаткова література:

1. Пачес А.Г. Опухоли головы и шеи.- Москва: Медицина, 1983г.
2. Рабухина Н.А., Удиришина Н.М. Рентгенодиагностика заболеваний челюстно-лицевой области. – М.: Медицина, 1991.
3. Солнцев А.М., Колесов В.С., Колесова Н.А. Заболевания слюнных желез: сиалозы, воспалительные заболевания, опухоли, кисты, травмы и пороки развития слюнных желез.– Киев: Здоровья, 1991.–311с.
4. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Киев: 2002. – 1022 с.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
Сумський державний університет
Медичний інститут

«Затверджено»
на засіданні кафедри
стоматології
Завідувач кафедри
д. мед. н. Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Кісти слинних залоз. Клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ:

Доброякісні пухлини і кісти слинних залоз є досить складною патологією щелепно-лицьової ділянки, що однаково часто зустрічається у чоловіків і жінок різного віку. Дана група захворювань має різноманітну, часто схожу клінічну картину, яка потребує ґрунтовних знань у майбутніх лікарів з питань етіології, клініки, діагностики і лікування.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати розвиток кіст слинних залоз.
- 2.2. Пояснювати дані лабораторних та інструментальних методів дослідження.
- 2.3. Запропонувати обстежити пацієнтів з кістами слинних залоз.
- 2.4. Класифікувати кісти слинних залоз.
- 2.5. Трактувати етіологію, патогенез, класифікацію, клінічні прояви кіст слинних залоз.
- 2.6. Малювати графологічну схему заняття.
- 2.7. Проаналізувати поза- та внутрішньосиндромну диференціальну діагностику.
- 2.8. Скласти план лікування пацієнта з кістами слинних залоз.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Анатомія.	Описувати будову великих і малих слинних залоз людини.
2. Гістологія.	Гістологічна будова тканин слинних залоз.
3. Патологічна анатомія.	Підготувати матеріал для гістологічного або цитологічного дослідження.
4. Патологічна фізіологія.	Визначити етіологію та патогенез кіст слинних залоз.
5. Оперативна хірургія та топографічна анатомія.	Топографічну анатомію щелепно-лицьової ділянки. Принципи оперативних доступів до різних відділів щелепно-лицьової ділянки.

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. Біопсія.	Це прижиттєве одержання матеріалу для гістологічного дослідження.
2. Аутопсія.	Це посмертне одержання матеріалу для гістологічного дослідження.
3. Пункційна біопсія.	Це одержання матеріалу для гістологічного дослідження шляхом пункції новоутворення голкою великого діаметра.
4. Інцизійна біопсія.	Це одержання матеріалу шляхом видалення шматочка пухлини в межах здорової тканини.
5. Якісне зібрання анамнеза захворювання.	Це правильно зібраний анамнез життя та захворювання.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Анатомія і фізіологія слинних залоз людини.
2. Ембріогенез і гістологічна будова великих і малих слинних залоз.
3. Теорії походження доброякісних пухлин і кіст слинних залоз.
4. Гістологічні і клінічні класифікації доброякісних пухлин і кіст слинних залоз.
5. Клінічна картина доброякісних пухлин і кіст слинних залоз.
6. Діагностика і диференціальна діагностика доброякісних пухлин і кіст слинних залоз.
7. Методи лікування доброякісних пухлин і кіст слинних залоз.
8. Прогноз і ускладнення під час і після лікування доброякісних пухлин і кіст слинних залоз.

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

1. Вміти проводити діагностику і диференційну діагностику епітеліальних і не епітеліальних пухлин і кіст слинних залоз.
2. Вміти проводити курацію хворого з доброякісними новоутвореннями і кістами слинних залоз, призначати план обстеження та складати план лікування, визначити прогноз захворювання, можливі ускладнення.
3. Розвивати творчі здібності в процесі теоретичних і клінічних досліджень проблемних питань доброякісних новоутворень щелепно-лицьової ділянки.

5. ЗМІСТ ТЕМИ:

КІСТИ ВЕЛИКИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ

Всі кісти систематизували на 4 групи: 1) кісти великих і малих слинних залоз, епітеліальне вистилання в яких відсутнє повністю; 2) гроновидні розширення протоків великих і малих слинних залоз; 3) кісти привушних слинних залоз, що виникають після травми або операції на них; 4) кісти під'язичних слинних залоз, що розповсюджуються в ділянку піднижньо-щелепного трикутника.

Етіологія. Причиною утворення ретенційної кісти можуть бути: травма, запальні процеси і вроджені атрезії вивідних протоків.

КІСТИ ПІД'ЯЗЧНИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ

Класифікація: 1) гроновидні розширення великого і малих під'язичних протоків; 2) кісти паренхіми під'язичних залоз.

Клініка. Вони не мають чітко вираженої оболонки, яка дуже утрудняє їх виділення під час операції і пояснює нерадикальність втручання, після якого часто бувають рецидиви і подальші «проростання» кіст в клітковину, розташовану нижче за діафрагму рота. Кісти, що поширюються, проникають в призалозову клітковину протилежної сторони і на шию, в багатьох випадках вони набувають форми «пісочного годинника», одна частин якого розташована над діафрагмою порожнини рота, інша - під нею, а проміжна частина в м'язовій щілині дна порожнини рота.

Діагностика. Діагностика ретенційних кіст може бути заснована на даних дослідження пунктату і контрастній суалографії. Виявлення в пунктаті гіаліна свідчить саме про ретенційну кісту слинної залози, а не про кісту іншого походження і характеру. На сіалограмі можна бачити дефект наповнення залози і тінь контрастної маси, яка заповнює кісту; якщо ця тінь являється продовженням протоки, по сіалограмі можна встановити зв'язок між кістою і протоком.

Диференціальний діагноз. Диференціювати слинну кісту потрібно з кістозною порожниною, (змішаною, злоякісною), дермоїдними і паразитарними кістами.

Лікування. Може бути консервативним або консервативно хірургічним. Консервативне лікування не пов'язано з операцією, а консервативно хірургічне, хоча і передбачає її, забезпечує, по-перше, збереження слинної залози, в якій сформувалася кіста, і, по-друге, збереження лицевого нерва, якщо кіста локалізується в привушній слинній залозі.

Прогноз. Залишення ж навіть невеликих ділянок стінки кісти під слизистою оболонкою дна порожнини рота завжди загрожує рецидивом.

КІСТИ ПРИВУШНИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ

Кісти привушних слинних залоз можуть бути уродженими, і набутими як наслідок обтурації основної протоки або одного з протоків II—III порядку.

Клініка. В області всієї привушної залози безболісна при пальпації тістоподібна і флюктууюча припухлість, шкіра над якою збирається в складку. При легкому масажуванні області залози слина із протоку не виділяється.

Діагноз. Діагностика повинна ґрунтуватися на пальпації, пункції і контрастній рентгенографії. Диференціювати кісту привушної слинної залози необхідно з кавернозною гемангіомою, при якій за допомогою пункції можна виявити в каверні кров. За наявності м'якої ліпони пунктата не буде.

Лікування. Оптимальний варіант лікування це видалення кісти хірургічним методом.

КІСТИ ПІДЩЕЛЕПНИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ

Якщо кіста утворилася в підщелепній слинній залозі, то вона розповсюджується з підщелепної ділянки на бічну поверхню шиї. При цьому в порожнині рота немає суттєвого випинання і зміщення язика, як це буває при кістах під'язичних слинних залоз.

Лікування. Кісту підщелепної залози слід видалити разом зі всією залозою з двох причини: 1) як щойно залишити то це може послужити причиною рецидиву утворення кісти; 2) утворення кісти призводить, до значних змін у всій слинній залозі.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Завдання для самоконтролю:

- 1.Обстежити пацієнтів з пухлинами слинних залоз.
- 2.Інтерпретувати дані лабораторних та інструментальних методів дослідження.
- 3.Провести поза- та внутрішньо-синдрому диференціальну діагностику.
- 4.Скласти план лікування пацієнта з кістами слинних залоз.
- 5.Провести видалення кісти слинної залози.
- 6.Призначити фармакотерапію пацієнтам з кістами слинних залоз.

Б. Задачі для самоконтролю:

1. До стоматолога - хірурга звернувся хворий 65 років з припухлістю в привушній ділянці. Після проведення контрастного рентгенологічного дослідження на сіалограмі виявлено, що нормальний малюнок розгалужень проток різко обривається на межі з патологічним процесом. При пункції отримали прозору в'язку рідину.

Для якого захворювання характерна така сіалографічна картина?

(Відповідь: кіста привушної слинної залози)

2. До хірурга-стоматолога звернувся хворий 57 років із скаргою на асиметрію обличчя зліва. Об'єктивно: в ділянці лівої привушної слинної залози виявлено повоутворення. При пальпації воно безболісне, пухлина рухлива, округлої форми м'якоеластичної консистенції. З оточуючими тканинами пухлина не спаяна. Пухлина має тенденцію до повільного росту. Функція залози не порушена.

Який попередній діагноз можна встановити в даному випадку?

(Відповідь: кіста привушної слинної залози)

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з однічною правильною відповіддю (а=II):

1. Ретенційна кіста виникає:

- A. На язиці.
- B. На губі.
- C. В підщелепній слинній залозі.
- D. В привушній слинній залозі.

(Правильна відповідь: B)

2. Ранула - це:

- A. Кіста підщелепної слинної залози.
- B. Під'язичної слинної залози.
- C. Привушної слинної залози.
- D. Кіста губи.

(Правильна відповідь: B)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1.Хворий 35 років звернувся до лікаря стоматолога зі скаргами на припухлість під язиком. Об'єктивно: в під'язичній області відмічається новоутворення розміром 3x4 см прозора на вигляд, при пальпації безболісна. При вживанні їжі відмічається дискомфорт, та болісність в межах залози.

Який попередній діагноз можна встановити?
(Відповідь: рана під'язичної слинної залози)

7. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии.– Белмедкнига, Витебск, 1998.– 404 с.
2. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области. – Киев: Вища школа, 1999. – 389 с.
3. Колесов А.А., Воробьев Ю.И., Каспарова Н.Н. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков.- Москва: Медицина, 1989г.
4. Муковозов И.Н. Диференціальна діагностика захворювань щелепно-лицьової області. Л.: Медицина, 1982.
5. Загальна онкологія /Под редактора Н.П. Напалкова. – Ленінград: Медицина, 1989. – 648 с.
6. Онкологія /за ред. Білінського Б.Т., Стернюка Ю.М., Шпарика Я.В. – Львів: Медицина світу, 1998. – 272 с.
7. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. – М.: Медицина, 1990. – 576 с.
8. Ромачева И.Ф., Юдин Л.А., Афанасьев Л.В. Заболевания и повреждения слюнных желез. – М.: Медицина, 1987. – 240с.

Додаткова література:

1. Пачес А.Г. Опухоли головы и шеи.- Москва: Медицина, 1983г.
2. Рабухина Н.А., Удиришина Н.М. Рентгенодиагностика заболеваний челюстно-лицевой области. – М.: Медицина, 1991.
3. Солнцев А.М., Колесов В.С., Колесова Н.А. Заболевания слюнных желез: сиалозы, воспалительные заболевания, опухоли, кисты, травмы и пороки развития слюнных желез.– Киев: Здоровья, 1991.–311с.
4. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Киев: 2002. – 1022 с.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
Сумський державний університет
Медичний інститут

«Затверджено»
на засіданні кафедри
стоматології

Завідувач кафедри
д. мед. н. Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Одонтогенна пухлина амелобластома (адамантинома). Одонтогенні пухлини та пухлиноподібні ураження кісток лицевого скелету: одонтома, цементома, одонтогенна фіброма. Клініка, діагностика, диференціальна діагностика, лікування.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Коротко розвивається професійна значимість теми, зводяться дані, спрямовані на формування позитивної мотивації її вивчення. Одонтогенна пухлина амелобластома досить поширене захворювання щелепно-лицевої ділянки, що вражає осіб молодого та середнього віку. Дана пухлина має багато клінічних та рентгенологічних проявів, що потребує ретельного підходу до діагностики. Лікування даної патології досить складне і відповідальне, так як неправильне його проведення може привести до рецидиву процесу і навіть до його малігнізації.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати клінічні прояви амелобластоми, одонтоми, цементоми, одонтогенної фіброми.
- 2.2. Пояснити етіологічні і патогенетичні фактори розвитку пухлиноподібних утворень в кістках лицевого скелету.
- 2.3. Запропонувати план обстеження хворого з діагнозом одонтома, цементома, одонтогенна фіброма.
- 2.4. Класифікувати пухлини кісток лицевого скелета.
- 2.5. Трахтувати принципи діагностики та лікування пухлиноподібних утворень м'яких тканин.
- 2.6. Малювати графологічну схему заняття.
- 2.7. Проаналізувати результати лабораторних та інструментальних обстежень.
- 2.8. Скласти план лікування хворих з одонтогенними доброякісними пухлинами кісток лицевого скелета.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Нормальна анатомія.	Вивчити анатомічну будову кісток лицевого скелета.
2. Гістологія.	Приготувати матеріал для гістологічного дослідження.
3. Патологічна анатомія.	Описати гістологічну картину пухлиноподібних утворень в кістках лицевого скелета.
4. Патологічна фізіологія.	Знати етіологію та патогенез кісток лицевого скелета.
5. Топографічна анатомія та оперативна хірургія.	Визначити топографо-анатомічну будову кісток лицевого скелета.
6. Пропедевтика хірургічної стоматології.	Провести курацію хворих з пухлинами кісток лицевого скелета.
7. Загальна онкологія.	Провести диференційну діагностику хворих з пухлинами кісток лицевого скелета.

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. Біопсія.	Це прижиттєве одержання матеріалу для гістологічного дослідження.
2. Аутопсія.	Це посмертне одержання матеріалу для гістологічного дослідження.
3. Пункція біопсій на.	Це одержання матеріалу для гістологічного дослідження шляхом пункції новоутворення голкою великого діаметру.
4. Інцизійна біопсія.	Це одержання матеріалу шляхом видалення шматочка пухлини на межі здорових тканин.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

- 1.Анатомічна будова зубо-щелепної системи.
- 2.Ембріогенез та гістологічна будова щелепних кісток та тканин щелепно-лицевої ділянки.
- 3.Теорії походження амелобластоми, одонтоми, цементоми, одонтогенної фіброми
- 4.Гістологічні, клінічні, та рентгенологічні класифікації амелобластоми, одонтоми, цементоми, одонтогенної фіброми
- 5.Клінічна картина адамантіноми, одонтоми, цементоми, одонтогенної фіброми
- 6.Диференційна діагностика адамантіноми одонтоми, цементоми, одонтогенної фіброми
- 7.Методи лікування адамантіноми, одонтоми, цементоми, одонтогенної фіброми
8. Прогноз при амелобластомі, одонтомі, цементомі, одонтогенній фібромі.

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

- 1.Оволодіти методикою обстеження хворого з адамантіною одонтомою, цементною, одонтогенною фібромою.
- 2.Провести курацію хворого з адамантіною одонтомою, цементною, одонтогенною фібромою.
- 3.Заповнити амбулаторну медичну картку хворого з адамантіною одонтомою, цементною, одонтогенною фібромою.

5. ЗМІСТ ТЕМИ:

Гістологічна класифікація по І.І. Єрмолаєву (1964) є дев'ять варіантів мікроскопічної будови адамантіноми:

1. Наявність епітеліальних утворень, що нагадують будову емалевого органу.
2. Масивно-трабекулярна або альвеолярна будова паренхіми, значно переважаючої над фіброзною основою.
3. Переважання крупних онкоцитоподібних клітин, що є, ймовірно, наслідком дистрофічних змін в епітелії.
4. Епідермоїдна будова епітеліальної паренхіми з вираженим ангіоматозом і осередками крововиливу.
5. Наявність епітеліальних структур у вигляді тонких, тяжів, що сильно розгалужуються, «зубоутворюючі, що нагадують, пластинку».
6. Переважання масивних тяжів або комплексів з щільно розташованих клітин базального типу без подальшої їх диференціації.
7. Наявність конгруентно розташованих епітеліальних клітин; схожих з клітинами шилоподібного шару, гіалінозом строми з утворенням кулястих тіл, що піддаються іноді звапнінню.
8. Наявність своєрідних аденоматозних епітеліальних структур з накопиченням оксифільної субстанції і вогнищами звапніння.
9. Дрібні комплекси альвеолярної будови з пігментовмістних клітин. **Адамантинома (амелобластома)** – одонтогенна епітеліальна пухлина, гістологічно структура її паренхіми має схожість з будовою тканини емалевого органу зубного зародка, в зв'язку з цим назва пухлини походить від слова “емаль”

Патогенез адамантіноми пов'язаний з походженням епітеліальних клітин, з яких росте адамантинома. Абрикосов та інш. – з епітелію емалевого органу зубного зародка; Петрова – що епітелій виникає шляхом метоплазії 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 степінь зміни форми нижньої щелепи в результаті росту амелобластоми. При цьому вдасться виявити пухлиноподібне ущільнення нижньої щелепи, яке залежить від локалізації і розповсюдження пухлини (тіло, кут, гілка щелепи).

Контури зміненої ділянки нижньої щелепи зазвичай добре виражені, особливо, коли пухлина має досить велику бугоркову поверхню і щільну консистенцію. Підщелепні регіонарні лімфатичні вузли при амелобластомах не збільшуються. При огляді порожнини рота проявляються зміни на стороні ураження нижньої щелепи у вигляді ущільнення (вип'ячування) альвеолярного відростка у вестибулярному напрямку. Інколи відмічається набряк м'яких тканин ретромоларної 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-лобний проєкції); рентгенографія в боковій проєкції 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 проєкції 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 проєкції є оглядовою, і по ній можна судити про розповсюдження і стан стінок пухлини в латерально-медіальному напрямку.

Аксіальний внутріротівий 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 перекладами.

При кістозних формах амелобластоми ділянки ураження є або деструктивними, або поділеними кістковими перегородками, а межі пухлини можуть мати фістончасті краї, інколи ущільнені і склерозовані, з бухтоподібним вип'ячуванням.

Рентгенологічно розміри вогнищ деструкції кісткової тканини нижньої щелепи можуть коливатися від 7x5x3 см до 4x3x2 см. В деяких випадках амелобластома розповсюджується від кута на всю гілку і на більшу частину тіла нижньої щелепи.

Форма пухлини (амелобластоми) на рентгенограмах повторює контури нижньої щелепи. При цьому, наряду з "вздуттям" спостерігається значне стоншення її стінок в центральній частині пухлини а по краю відмічається ущільнення її стінок в вигляді чіткого ободка склерозу кістки, що можна пояснити 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, неболючі. 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 нерадикальних 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 звираковується, і на поверхні з'являється тверде кісткоподібне утворення, яке приймають за ретенований зуб. Можливе утворення норичь 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 благоприятний

Цементома — пухлина, що являє собою щось середнє між cemento дисплазією та справжньою пухлиною. Деякі автори відносять до групи одонтом. Сполучнотканинна пухлина, побудована із тканини, подібної до цементу зуба. Частіше розвивається на нижній щелепі біля коренів зубів, або одного зуба.

Пухлина обмежена капсулою. Розвивається повільно, в клініці немає певних ознак. З ростом пухлини деформується щелепа, з'являються болі в зубах при жуванні і пальпації. Навколо пухлини може розвиватись запальний

процес. На рентген знімку визначається овальна чи неправильної форми однорідна щільна тінь навколо чи на деякій відстані від кореня зуба Рентгенологічна картина подібна до фіброзної дисплазії. Цементома складається з одної чи кількох кістозних порожнин, заповнених малоінтенсивною тканиною із вкрапленнями вапна, між якими смужки незміненої кісткової тканини. Інший тип рентгенологічних проявів чередування зон плямистого розрідження та незміненої чи ущільненої кісткової тканини з хаотичним вкрапленням звапнень.

Одонтогенна фіброма зустрічається досить рідко і є різновидом внутрішньо кісткових фібром щелеп. Походження її пов'язане із порушенням розвитку зубного зародка. При мікроскопії пухлини виявляються фіброзна тканина, серед якої містяться острівки клітин зубоутворюючого органу.

Розвивається повільно, неволюча, приводять до потовщення визначеної ділянки щелепи. Зуби в ділянці пухлини зміщуються, корені розсмоктуються. При пальпації щелепи визначається округле вибухання щільно-еластичної консистенції. Пухлина легко відділяється від оточуючої кісткової тканини. На зрізі вона сіро-білого кольору. Точний діагноз можливий лише при гістологічному дослідженні. Лікування: вишування з капсулою.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Завдання для самоконтролю:

- 1.1. Клініка пухлиноподібних утворень в кістках верхньої та нижньої щелеп.
- 1.2. Диференційна діагностика пухлиноподібних утворень в кістках верхньої та нижньої щелеп.

Б. Задачі для самоконтролю:

1. Хворий 25 років, скаржиться на наявність пухлини на нижній щелепі. Вважає себе хворим протягом останніх 7 місяців. При огляді відмічається вздуття щелепи на рівні 36,37,38 зубів, пухлина злегка горбиста, щільній консистенції. На рентгенограмі в боковій проекції нижньої щелепи визначається вогнище деструкції з чіткими контурами комірчастого характеру. При пункції пухлини одержана каламутна білісувата рідина.

Поставте попередній діагноз.

(Відповідь: адамантінома нижньої щелепи)

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (а=II):

1. Синонімом назви пухлини адамантиноми не може бути:

- A. Амелобластома.
- B. Бура пухлина.
- C. Багатокамерна кістома.
- D. Центральна багатокамерна кістома.
- E. Цистаденома.

(Правильна відповідь: B)

2. Де частіше локалізується адамантінома:

- A. На ділянці кута та гілки нижньої щелепи.
- B. На ділянці тіла нижньої щелепи.
- C. Біля бугра верхньої щелепи.
- D. У верхньощелепній пазусі.
- E. На піднебінні.

(Правильна відповідь: A)

3. Які рентгенологічні ознаки амелобластоми солідної форми:

- A. Різноманітна ступінь прозорості тіні.
- B. Чіткі кордони патологічного вогнища.
- C. Не чіткі кордони вогнища розрідження.
- D. Рівномірне розрідження кістки.
- E. Наявність періостальних реакцій – симптом "козирка".

(Правильна відповідь: D)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. Чоловік 45 років звернувся зі скаргами на новоутворення на нижній щелепі. У стаціонарі була проведена проведена операція. Отримано наступний гістологічний опис: строма складається із сполучної тканини, паренхіми з епітеліальних тяжів з циліндричними і зірчастими клітинами.

Для якого утворення характерна така мікроскопічна картина?

(Відповідь: амелобластома нижньої щелепи)

7. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии.– Белмедкнига, Витебск, 1998.– 404 с.
 2. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области. – Киев: Вища школа, 1999. – 389 с.
 3. Муковозов И.Н. Дифференциальная диагностика заболеваний челюстно-лицевой области. – Л.: Медицина, 1982.
 4. Общая онкология /Под ред. Н.П. Напалкова. – Ленинград: Медицина, 1989. – 648 с.
 5. Онкология /за ред. Білінського Б.Т., Стернюка Ю.М., Шпарика Я.В. – Львів: Медицина світу, 1998. – 272 с.
- Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. – М.: Медицина, 1990

Додаткова література:

1. Муковозов И.Н. Дифференциальная диагностика заболеваний челюстно-лицевой области. – М.: Медицина, 1982.
2. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина, 1983.
3. Рябухина Н.А., Удиришина Н.М. Рентгенодиагностика заболеваний челюстно-лицевой области. – М.: Медицина, 1991.
4. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Киев: 2002. – 1022 с.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
Сумський державний університет
Медичний інститут

«Затверджено»
на засіданні кафедри
стоматології

Завідувач кафедри
д. мед. н. Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Одонтогенні епітеліальні кісти щелеп: радикарна, зубовміщуюча, парадентарна, первинна, фолікулярна, кіста прорізування, ясенева. Клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Одонтогенні епітеліальні кісти щелеп займають одну з великих проблем в стоматології. Для дослідження цієї проблеми важливо проаналізувати спостереження які стосуються не окремих випадків таких захворювань, а прослідкувати за їх особливостями на великій кількості хворих, які знаходилися на лікуванні в стоматологічних закладах.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати етіологічні фактори одонтогенних кіст щелеп.
- 2.2. Пояснювати клінічну картину одонтогенних кіст щелеп.
- 2.3. Запропонувати шляхи уникнення ускладнень під час лікування одонтогенних кіст щелеп.
- 2.4. Класифікувати одонтогенні кісти щелеп.
- 2.5. Трактувати дані рентгенологічних досліджень пацієнтів з одонтогенними кістами щелеп.
- 2.6. Малювати схеми рентгенологічної картини та локалізації одонтогенних кіст щелеп, оперативних втручань при цистотомії та цистектомії.
- 2.7. Проаналізувати переваги та недоліки різних остеопластичних матеріалів для заповнення дефектів щелеп після видалення одонтогенних кіст.
- 2.8. Скласти план обстеження та лікування пацієнта з одонтогенними кістами щелеп.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Анатомія людини.	Знати анатомію верхньої та нижньої щелепи, кровопостачання та іннервацію м'язів голови та шиї. Визначити анатомічну ділянку щелепно-лицевого регіону.
2. Гістологія та патоморфологія.	Знати гістологічну будову та морфологічну структура патологічно-змінених тканин. Розпізнавати патологічно змінені тканини. Вміти взяти матеріал для патоморфологічного дослідження.
3. Патологічна фізіологія.	Знати етіологію та патогенез захворювань, обмін речовин в патологічно змінених тканинах. Визначити етіологію та патогенез одонтогенних епітеліальних пухлин.
4. Загальна хірургія.	Знати методи обробки рук хірурга. Вміти накладати шви на тканини.

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. Кіста.	Це утворення з оболонкою та рідиною всередині.
2. Цистотомія.	Це розріз кісти.
3. Цистектомія.	Це видалення кісти.

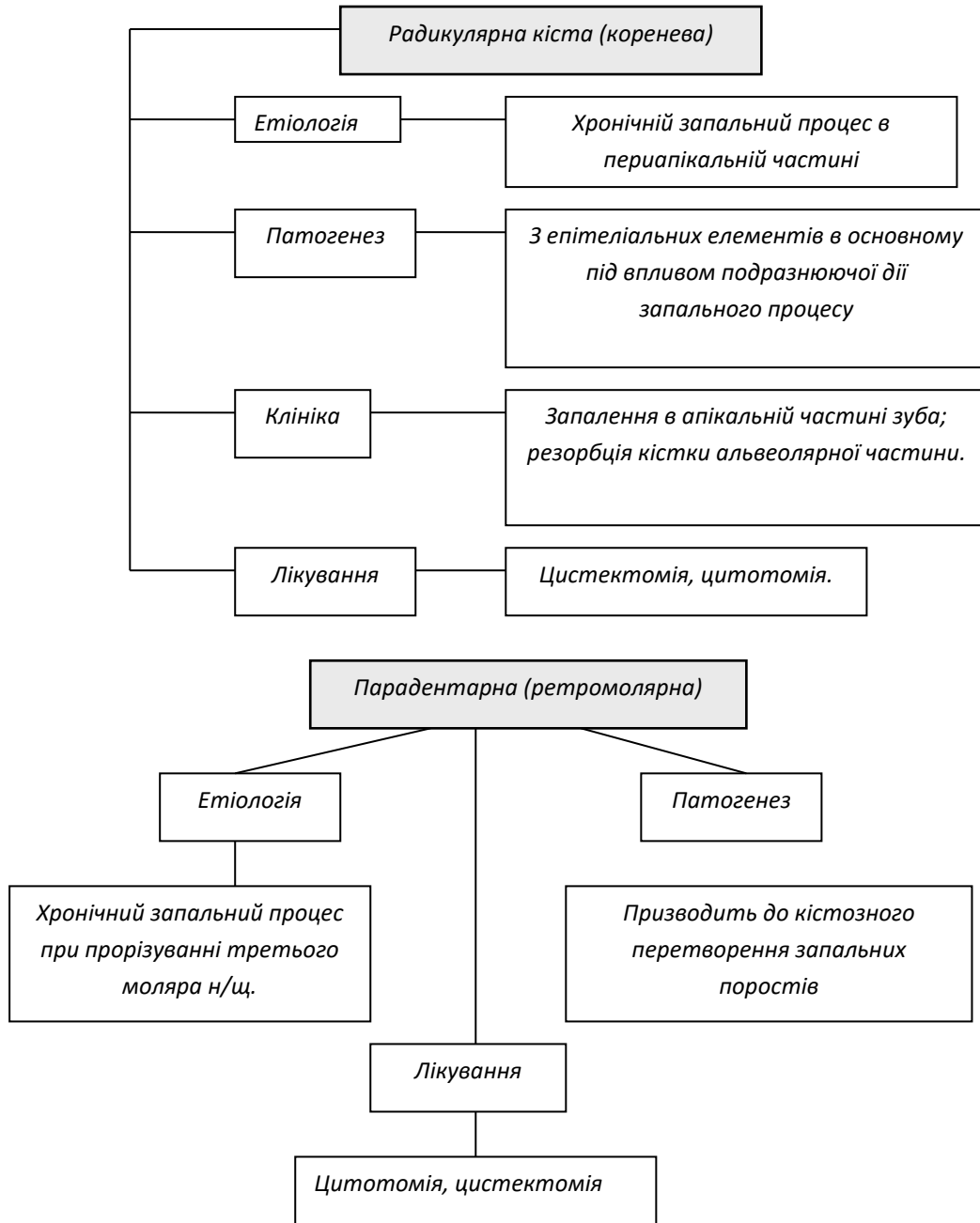
4.2. Теоретичні питання до заняття:

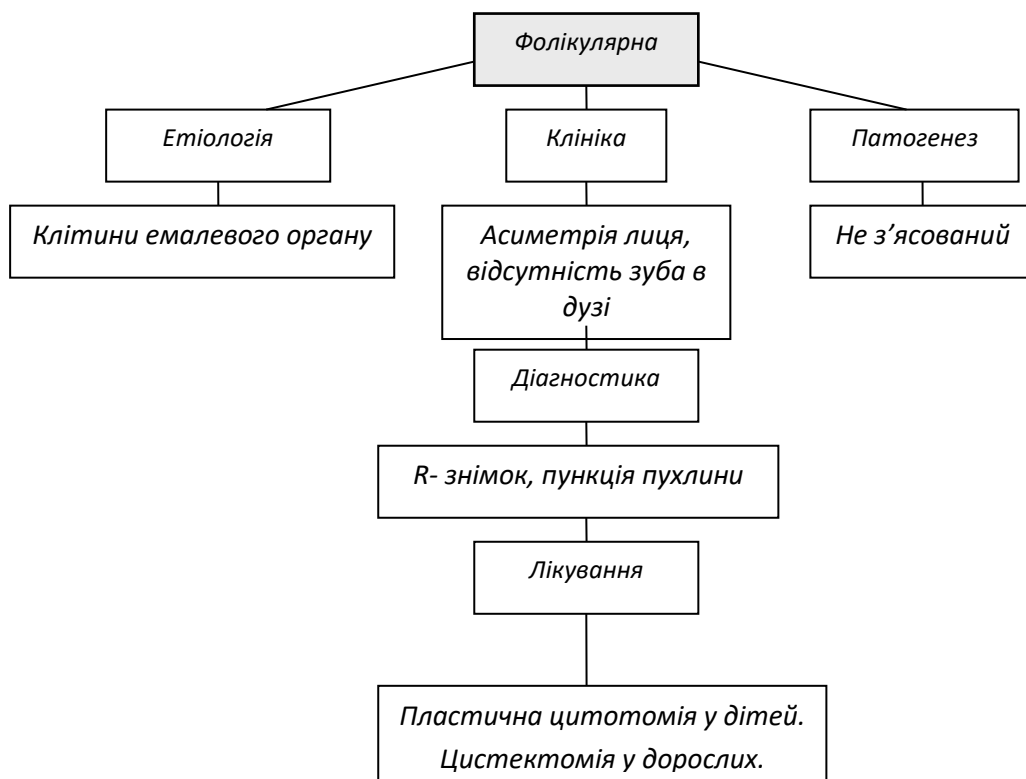
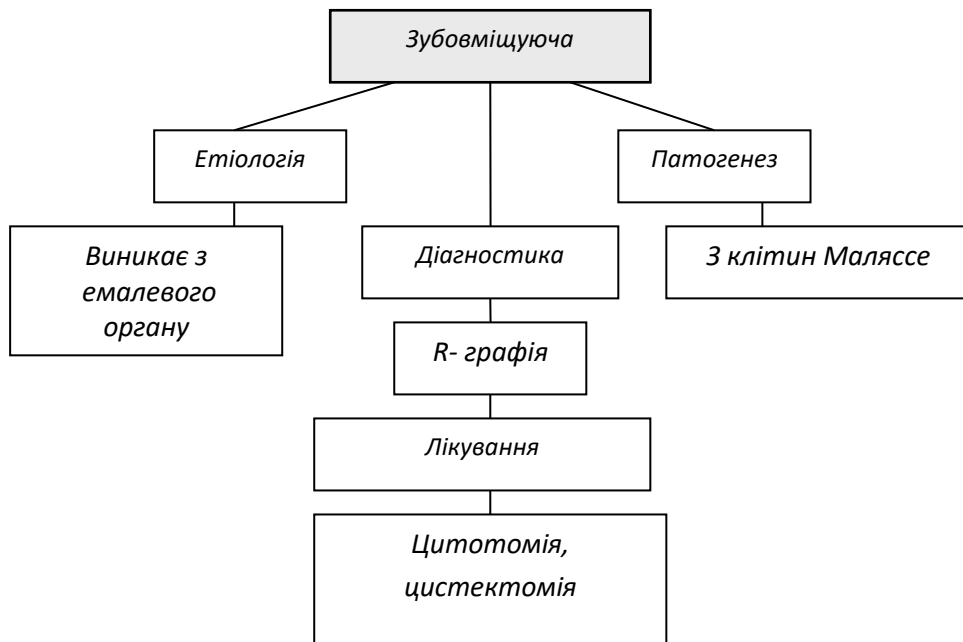
1. Дати загальну характеристику одонтогенним епітеліальним пухлинам.
2. Які пухлини ми відносимо до одонтогенних епітеліальних кіст щелеп.
3. Ускладнення, які виникають при одонтогенних епітеліальних кістах. Перерахувати їх.

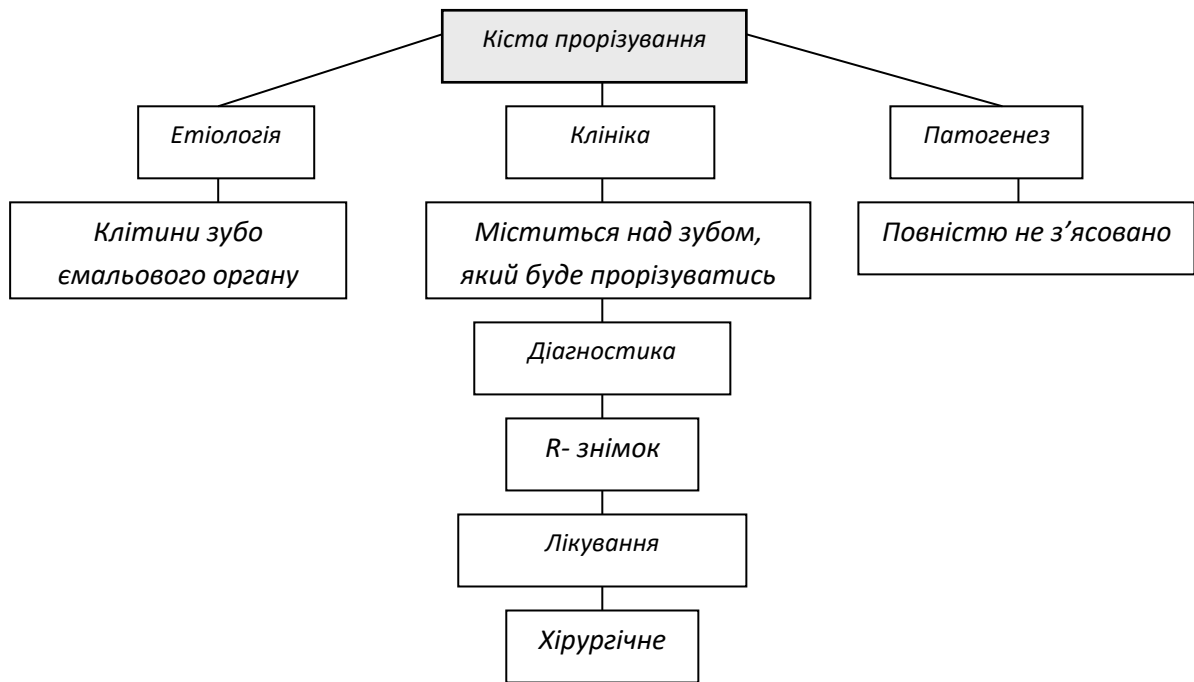
4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Провести курацію хворого з одонтогенною кістою щелеп.
2. Підібрати інструментарій для проведення оперативного втручання цистотомії та цистектомії, вибрати оптимальний спосіб знеболення.

5. ЗМІСТ ТЕМИ:







Радикулярна кіста

Етіологія: причиною є запальний процес в щелепі білякореневої ділянці зуба.

Клініка:Росте повільно роками,безболісно довготривалий час не помітно для хворого. При збільшенні кісти за рахунок накопичення в ній продуктів розщеплення та трансудату з судин оболонки кісти.

При витонченні кістки відмічається признак «пергаментного хрусту» вперше описаний Дюпоитреном.В місцях повного розсасування кістки відмічається флюктуація.При аспірації вмісту кісти шприцем отримуємо рідину світло-жовтого кольору а іноді буроватого.В ній вміщається холестерин, який добре видно під мікроскопом, а при вісиханні прстим глазом. Розміри кісти різні з горошину і до курячого яйця.

Фолікулярна (білякоронкова) кіста

Походження кісти відбувається перша група в зв'язку з довготривалим хронічним запаленням біля коренів прорізавашихся молочних або постійних зубів. Друга група розвитком зубного фолікула,

Клінічна картина схожа з радикулярною кістою.Диференційна діагностика ґрунтується на даних рентгенівського знімку, в якій в порожнині знаходиться зуб який повністю сформований.

Ретромолярна (парадентарна) кіста

Розташовується в ділянці вугла нижньої щелепи.Походження їх пов'язане з хронічним запальним процесом в блязубних тканинах та утрудненим прорізуванням зуба мудрості.

Гінгівальна кіста – інша назва “залоза Серра”, “перлина Епштейна”. Частіше виявляється у дітей та в похилому віці. Перебіг без симптомів. Батьки дітей приймають її за передчасно прорізавашийся зуб. Об'єктивно у вигляді білісуватої, округлої, щільної, з перламутровим відтінком утворення. Не потребує спеціального лікування.

Одонтогенні пухлини, новоутворення та пухлиноподібні процеси відносяться до органоспецифічних та зустрічаються тільки у щелепних кістках. Гістогенез таких захворювань пов'язаний з тканинами з яких формується зуб.

Відповідно МКХО (серія № 5), одонтогенні пухлини діляться на наступні групи та окремі види новоутворень..

Диференційну діагностику проводять з кістозною формою адамантиноми, фолікулярною кістою, одонтогенною фібромою, м'якою одонтомою, гострим та хронічним гайморитом, абсцесом та флегмоною, раком та саркомою.

Лікування хірургічне. У 1892 і 1910 роках Партч запропонував дві методи – цистотомію (Партч – I) та цистоектомію (Партч – II).

Цистотомія використовується дуже рідко, суть її в тому, що із порожнини кісти створюється додаткова бухта порожнини рота. Ця операція показана при наявності кісти великих розмірів, видалення якої загрожує пораненням судин чи нервів, чи переломом нижньої щелепи. Крім того вона використовується у пацієнтів похилого віку, слабких хворих, у дітей з молочним прикусом . Її перевагами є простота, незначна травматизація, виключення можливості рецидиву. Недоліком цистотомії є тривалий термін наявності порожнини.

Цистоектомія – повне видалення оболонки кісти з подальшим зашиванням рани наглухо. Переваги операції в тому, що при ній відсутня необхідність тривалого післяопераційного догляду за раною. В можливості заскорення репаративних процесів.

Недоліками операції є випадкова травматизація судин та нервів, проникнення в гайморову порожнину, можливість рецидиву процесу, пошкодження сусідніх зубів.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Завдання для самоконтролю:

1. Схеми оперативного втручання при цистотомії та цистектомії.
2. Рентгенограми пацієнтів з одонтогенними кістами щелеп.
3. Фото пацієнтів з одонтогенними кістами щелеп.

Б. Задачі для самоконтролю:

1. При рентгенологічному обстеженні на рентгенограмі в проекції верхівки кореня 27 зуба спостерігається деструкція кісткової тканини круглої форми з чіткими рівними краями розміром 0,7x0,7 см.

Поставте діагноз.

(Відповідь: кістогранульома)

2. При огляді хворого виявлено деформацію альвеолярного відростка верхньої щелепи в межах 22,24 зубів. 23 зуб відсутній. Перехідна складка в межах цих зубів згладжена, слизова оболонка блідо-рожевого кольору, при пальпації щільної консистенції, не болюча. На рентгенограмі 22, 24 зубів відмічається деструкція кісткової тканини округлої форми з чіткими рівними кордонами. В проекції цієї деструкції знаходиться коронка зуба.

Поставте діагноз.

(Відповідь: фолікулярна кіста)

3. Чоловік 35 років звернувся зі скаргами на потовщення альвеолярного відростка верхньої щелепи. Попередній діагноз: радикарна кіста верхньої щелепи.

Що буде виявлено під час пункції альвеолярного відростка в області “потовщення” у пункті?

(Відповідь: жовтувата рідина)

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (α=II):

1. Яку назву має ясенева кіста в інших джерелах?

A. «Перлина Епштейну».

B. Адамантинома.

C. Періостальна кіста.

D. Парадентарна кіста.

E. Фолікулярна кіста.

(Правильна відповідь: A)

2. Коли з'являється парадентарна кіста?

A. В похилому віці.

B. В молодому віці.

C. На беззубій щелепі.

D. У немовлят.

E. У підлітків.

(Правильна відповідь: B)

3. Кісти прорізування клінічно знаходяться:

A. На апікальній частині зуба.

B. Між зубами.

C. Під зубом.

D. В тілі щелепи.

E. В гілці щелепи.

(Правильна відповідь: C)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. У пацієнта К., 34 років, встановлено діагноз радикальна кіста верхньої щелепи, що проросла в гайморову пазуху.

Як називається оперативне втручання при цій патології?

(Відповідь: радикальна гайморотомія за Калдвелом-Люком)

2. В клініку звернулася мама немовляти 6 місяців. У дитини встановлено діагноз – ясенева кіста.

Яка тактика лікаря?

(Відповідь: пояснити мамі, що патологія не потребує лікування)

3. В пацієнта, 34 років, виявлено парадентарну кісту кута нижньої щелепи зліва до 5 см в діаметрі.

Яке можливе ускладнення під час її видалення?

(Відповідь: перелом нижньої щелепи)

7. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Бернадський Ю.Й. Основи щелепно-лицевої хірургії і хірургічної стоматології. К. Спалах, 2003.- 512 с.

2. Маланчук В.О., Копчак А.В. Доброякісні пухлини та пухлиноподібні ураження щелепно-лицевої ділянки та шиї / Навчальний посібник. – К.: Видавничий дім «Асканія», 2008. – 320 с.

3. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: В 2-х томах. / Под ред. В.М.Безрукова, Т.Г.Робустовой. - Изд. 2-е, перераб. и доп. - М.: Медицина, 2000. - 776 с.

4. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. - К.: Червона Рута-Турс, 2004. - 1061 с.

5. Хирургическая стоматология в схемах и таблицах: Учеб. пособие для студентов и врачей-интернов / Г.П.Рузин, А.А. Дмитриева - Харьков: ХГМУ, 2001. - 108 с.

6. Хирургическая стоматология: Учебник / Под ред.Т.Г. Робустовой. - М.: Медицина, 1999. - 576 с.

Додаткова література:

1. Губайдулина Е.Я., Цегельник Л.Н. Опухоли, опухолеподобные поражения и кисты лица, органов полости рта, челюстей и шеи // Хирургическая стоматология . - М.: Медицина, 1996. - С.512-624.

2. Коротный Д.Л. Зубные кисты: Казахстан, Алма-Ата, 1972. - 141 с. Солнцев А.М., Колесов В.С. Кисты челюстно-лицевой области и шеи. - К., 1982. - 96 с.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
Сумський державний університет
Медичний інститут

«Затверджено»
на засіданні кафедри
стоматології

Завідувач кафедри
д. мед. н. Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Первинна кісткова остеогенна пухлина остеобластокластома. Остеогенні кісткові пухлини: остеома, остеодіостеома, хондрома, остеохондрома, фіброостеома. Клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Доброякісні остеогенні пухлини - досить часта патологія щелепно-лицевої ділянки. Локалізація, форма, структура, перебіг і розміри різноманітні. В залежності від їх структурних особливостей, локалізації, форми, віку хворих рекомендується те чи інше лікування. Знання усіх видів та морфологічних форм остеогенних пухлин дозволить студентам правильно діагностувати їх та призначити відповідне лікування.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати розповсюдженість кісткових пухлин обличчя.
- 2.2. Пояснювати причини виникнення остеогенних новоутворень щелепно-лицевої ділянки
- 2.3. Запропонувати нові підходи в діагностиці доброякісних пухлин голови та ший.
- 2.4. Класифікувати остеогенні доброякісні пухлини щелепно-лицевої ділянки.
- 2.5. Тракувати дані рентгенологічних та патоморфологічних досліджень остеогенних пухлин голови та ший.
- 2.6. Малювати схеми обстеження пацієнтів з остеогенними пухлинами щелепно-лицевої ділянки.
- 2.7. Проаналізувати вірогідність малігнізації остеогенних пухлин голови та ший.
- 2.8. Скласти план обстеження та лікування хворих з остеогенними пухлинами щелепно-лицевої ділянки.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Анатомія людини.	Знати анатомію щелепно-лицевої ділянки, кровопостачання та іннервацію м'язів голови та ший. Визначити анатомічну ділянку щелепно-лицевого регіону.
2. Гістологія та патоморфологія.	Знати гістологічну будову та морфологічну структура патологічно-змінених тканин. Розпізнавати патологічно змінені тканини. Вміти взяти матеріал для патоморфологічного дослідження.
3. Патологічна фізіологія.	Знати етіологію та патогенез захворювань, обмін речовин в патологічно змінених тканинах. Визначити етіологію та патогенез остеогенних пухлин голови та ший.
4. Загальна хірургія.	Знати методи обробки рук хірурга. Вміти накладати шви на тканини.

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. Остеогенний.	Це той, що походить з кісткової тканини.
2. Хондрогенний.	Це той, що походить з хрящової тканини.
3. Бура пухлина.	Це остеобластокластома.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Етіологія та патогенез остеогенних пухлин ЩЛД.
2. Класифікація остеогенних пухлин голови та ший.
3. Клінічна картина остеобластокластоми та остеогенних кісткових пухлин.
4. Діагностика та диференційна діагностика остеобластокластоми та остеогенних кісткових пухлин.
5. Лікування остеобластокластоми та остеогенних кісткових пухлин ЩЛД.

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

1. Курація хворих з остеогенними пухлинами щелепно-лицевої ділянки.

2. Трагування рентгенограм та результатів патоморфологічних досліджень хворих з остеогенними пухлинами щелепно-лицевої ділянки.

5. ЗМІСТ ТЕМИ:

Остеобластокластома - доброякісна пухлина, що пошкоджує різноманітні кістки скелета. Термін «гігантоклітинна пухлина» запропонував Бледгуд (1912), Стоарт (1922) назвав її «остеокластоною», А.В.Русаков (1924) – «остеобластокластоною» 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, сльозотечу, диплопію, 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 остеом, 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 остеом.

Синдром Гарднера – спадковий симптомокомплекс, що проявляється численними остеомами лицевих плоских та трубчастих кісток, дифузний поліпоз прямої та поперечної ободочної кишки, пухлинами м'яких тканин (ліпоми, фіброми, епітеліальні кісти). Зустрічаються також зверхкомплектні зуби, одонтоми. Враховуючи можливість малігнізації поліпів товстого кишечника, проводять диспансерне спостереження.

Гістологічне вивчення остеом показало, що кісткова речовина компактних остеом на має типових остеїдних 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 остеомы розташовуються в щелепах частіше ніж компактні.

Діагностика. Губчасті остеомы частіше всього необхідно диференціювати з фіброзною дисплазією, що іноді навіть при гістологічному дослідженні зробити важко. Останні відрізняються від остеом переважаною більшістю фіброзної остеогенної тканини і невеликою кількістю примітивних кісткових трабекул. Крім того, при диференційній діагностиці слід мати на увазі реактивні гіперостози непухлинного походження та осифікуючий міозит.

Прогноз при остеомах сприятливий, пухлина не набуває злоякісного характеру.

Лікування остеом тільки хірургічне. Оскільки остеомы 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.

Остеїд-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 остеїд-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 остеїд-остеоми. Скарги хворих з остеїд-остеомою нижньої щелепи однотипні. При відсутності деформації болі мають локальний характер, ниючий, крутячий або колючий, то постійний, то приступоподібний з короткими ремісіями. Частіше болі найбільш інтенсивні вночі. Ці болі не виникають раптово, настає поступове нашарування різноманітних мало виражених відчуттів, які з часом переходять в чітко виражений больовий синдром. Нерідко болі посилюються під час їди, особливо при локалізації пухлини у кортикальному шарі альвеолярної частини нижньої щелепи. Механізм болі при остеїд-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 остеїд-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 остеїд-остеоми можна спостерігати незначне почервоніння слизової оболонки. При пальпації ділянки ураження визначається нерізко виражена припухлість.

Рентгенологічна картина остеїд-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 остеїд-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 остеїд-остеоми різна. На початку захворювання пухлина складається з мезенхімальної тканини, дуже багата клітинами та судинами і має остеопластичну функцію. Серед одноядерних клітин типу остеобластів, оточуючих остеїдну речовину, іноді зустрічаються багатоядерні клітини типу остеокластів. Пізніше, по мірі

розвитку хвороби, ділянка остеїдної 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 остеїд-остеоми хірургічне. Виділяють гніздо пухлини із склеротичними ділянками навколишньої тканини. Можливі рецидиви.

Хондрома.

Це доброякісна пухлина, яка характеризується утворенням зрілого хряща. Локалізується найчастіше у передньому відділі верхніх щелеп у вигляді ізольованого солітарного вузла. Рідкісні випадки – утворення пухлини на нижній щелепі. Є два види хондроми: енхондрома – розташована центрально в глибині щелепи та екхондрома – периферично, періостально або юкстакортикально, що росте за межі щелепи. Росте хондрома повільно. Периферична форма проявляється у вигляді бугристого, щільного на дотик, безболісного утворення зв'язаного з кісткою, межі чіткі. Енхондрома розвивається непомітно в глибині кістки, призводить до рухливості та зміщення зубів у різні боки. Діагностується значно пізніше, коли пухлина, зруйнувавши кістку, проростає назовні. Слизова оболонка не змінюється. При довготривалому існування можливе перетворення хондроми в злоякісну хондросаркому.

Рентгенологічно хондрома не завжди має чітку характерну картину, що пов'язано з її неоднорідною структурою і тим, що вона нашаровується на інші кісткові утворення верхньої щелепи. Рентгенологічно: вогнище деструкції кісткової тканини з чіткими межами, є ділянки ущільнення та розрідження кісткової тканини.

Діагноз. Диференціюють хондрому від остеофіброми, амелобластичної фіброми. Макроскопічно хондрома має вигляд хрящового утворення щільної консистенції з ділянками міксоматозу та некрозу. Мікроскопічно вона складається з гіалінового хряща, в якому нерівномірно розташовані хрящеві клітини. Відсутність поліморфізму та мітозів відрізняє її від хондросаркоми.

Лікування. Оперативне.

Прогноз. Для життя сприятливий в разі своєчасного видалення пухлини.

Остеохондрома (кістково-хрящевий екзостоз). Це доброякісне утворення, покрите хрящем, локалізується на суглобній голівці нижньої щелепи. Описують його під різноманітними назвами: гіпертрофія, гіперплазія, остеома суглобної голівки. Зустрічається рідко, складає 3,4 % серед кісткових новоутворень.

У початковому періоді захворювання виникають хрускіт або неприємні відчуття в ділянці одного скронево-нижньощелепного суглоба. Поступово (протягом 1-2 років) розвивається і наростає деформація обличчя за рахунок зсуву нижньої щелепи в неуразену сторону, відзначається вибухання кісткового характеру в ділянці ураженого суглоба, не пов'язане зі шкірою, безболісне, обмежене. Порушується прикус, стають утрудненими відкушування і пережовування їжі. При відкриванні рота зміщення щелепи збільшується. На рентгенограмі в прямій і бічній проєкціях 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.

Прогноз для життя сприятливий.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Завдання для самоконтролю:

1. Фото хворих з остеогенними пухлинами ЩЛД.
2. Рентгенограми хворих з остеогенними пухлинами щелепно-лицевої ділянки.

Б. Задачі для самоконтролю:

1. Чоловікові 48 років під час санації порожнини рота зроблений рентгенівський знімок нижньої

щелепи. Виявлена деструкція кісткової тканини з рівними чіткими межами в ділянці кута нижньої щелепи, не пов'язана з коренями зубів. При діагностичній пункції отриманий ексудат коричневого кольору, без кристалів холестерину.

Який попередній діагноз?

(Відповідь: остеобластокластома)

2. Хвора 35 років скаржиться на біль в зубах та утовщення тіла нижньої щелепи. Об'єктивно: лице хворої асиметричне за рахунок утовщення нижнього відділу лівої щоки. 36 зуб відсутній. Коронки 35 і 37 конвергують. Ліва половина тіла нижньої щелепи веретеноподібно вздута, пальпаторно - досить тверда, поверхня її гладка, безболісна. На рентгенограмі лівої половини нижньої щелепи в ділянці тіла - зона деструкції у вигляді багатьох дрібних колоподібних порожнин, відокремлених одна від одної кістковими перемичками. малюнок має дрібноячеїстий характер. Корені 35, 36 зубів резорбовані на 1/3 своєї довжини. При пункції – рідина бурого кольору.

Який найбільш імовірний діагноз?

(Відповідь: остеобластокластома тіла нижньої щелепи)

3. Хворий 24 років, скаржиться на пухлину, що збільшується, в ділянці тіла нижньої щелепи справа. Хворіє протягом 5 місяців. При огляді: в ділянці кута нижньої щелепи є здуття. Регіонарні лімфатичні вузли не збільшені. На рентгенограмі визначається деструкція кісткової тканини на рівні 46, 47, 48 зубів і в ділянці гілок, із чіткими контурами, у вигляді окремих порожнин з кістковими перегородками. Корені 46, 47, 48 зубів резорбовані.

Поставте попередній діагноз.

(Відповідь: остеобластокластома нижньої щелепи праворуч)

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (α=II):

1. При пункції остеобластокластоми отримують.

A. Жовтувату рідину.

B. Кров.

C. Буру рідину.

D. Прозору рідину.

E. Гнійний ексудат.

(Правильна відповідь: C)

2. Які кістки лицевого скелету частіше вражає хондрома?

A. Кістки носу.

B. Нижню щелепу.

C. Верхню щелепу.

D. Лобні кістки.

E. Виличні кістки.

(Правильна відповідь: C)

3. Де локалізується остеохондрома?

A. Шийні хребці.

B. Піднебінний шов.

C. Голівка СНЩС.

D. Носова перетинка.

E. Орбіта.

(Правильна відповідь: C)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. На рентгенограмі у хворої виявлено вогнище деструкції кісткової тканини тіла нижньої щелепи розмірами 3x5 см в вигляді великої кількості малих порожнин різної величини та форми, що розділені перегородками. Під час пункції пухлини отримано буру рідину. Встановлено діагноз остеобластокластома.

Яка форма остеобластокластоми?

(Відповідь: коміркова)

2. Хвора П., 44 р. звернулася зі скаргами на припухлість обличчя в області нижньої щелепи справа, та рухомість зубів. М'які тканини не змінені, регіонарні лімфатичні вузли не пальпуються. Альвеолярний відросток та тіло нижньої щелепи в ділянці 46, 47, 48 зубів потовщені, при пальпації безболісне, горбисте, зуби в ділянці потовщення рухомі. При пункції було отримано

рідину бурого відтінку без кристалів холестерину.

Поставте попередній діагноз.

(Відповідь: остеобластокластома)

3. Жінка 56-ти років звернулася зі скаргами на безболісне новоутворення на альвеолярному гребні верхньої щелепи зліва. Під час огляду: на ясні в ділянці премалярів яскраво-червона пухлина, що розташована по оба боки альвеолярного гребня, пухлина на широкій основі, щільно-еластичної консистенції, безболісна.

Який найбільш вірогідний діагноз?

(Відповідь: периферійна остеобластокластома)

7. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Бернадський Ю.Й. Основи щелепно-лицевої хірургії і хірургічної стоматології. К. Спалах, 2003.- 512 с.

2. Маланчук В.О., Копчак А.В. Доброякісні пухлини та пухлиноподібні ураження щелепно-лицевої ділянки та шиї / Навчальний посібник. – К.: Видавничий дім «Асканія», 2008. – 320 с.

3. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: В 2-х темах. / Под ред. В.М.Безрукова, Т.Г.Робустовой. - Изд. 2-е, перераб. и доп. - М.: Медицина, 2000. – 776 с.

4. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. - К.: Червона Рута-Турс, 2004. - 1061 с.

5. Хирургическая стоматология в схемах и таблицах: Учеб. пособие для студентов и врачей-интернов / Г.П.Ружин, А.А. Дмитриева - Харьков: ХГМУ, 2001. - 108 с.

6. Хирургическая стоматология: Учебник / Под ред.Т.Г. Робустовой. - М.: Медицина, 1999. - 576 с.

Додаткова література:

1. Губайдулина Е.Я., Цегельник Л.Н. Опухоли, опухолеподобные поражения и кисты лица, органов полости рта, челюстей и шеи // Хирургическая стоматология . - М.: Медицина, 1996. – С.512-624.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
Сумський державний університет
Медичний інститут

«Затверджено»
на засіданні кафедри
стоматології
Завідувач кафедри
д. мед. н. Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Пухлиноподібні ураження щелеп: фіброзна дисплазія, херувізм, хвороба Енгля-Реклінгаузена, хвороба Педжета, еозинофільна гранульома. Клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Пухлино подібні ураження щелеп є досить мало поширеною патологією щелепно-лицевої ділянки, що однаково часто зустрічаються у чоловіків та жінок різного віку. Дана група захворювань має різноманітну, часто схожу клінічну картину, що потребує ґрунтовних знань майбутніх лікарів питань їх етіології, клініки, діагностики та лікування.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати спільність виникнення пухлиноподібних уражень щелеп.
- 2.2. Пояснювати особливості клінічного перебігу пухлиноподібних уражень щелеп.
- 2.3. Запропонувати нове бачення розповсюженості пухлиноподібних уражень щелеп.
- 2.4. Класифікувати пухлиноподібні ураження щелеп.
- 2.5. Трактувати дані рентгенографії, цитогам та даних гістологічного дослідження при пухлиноподібних ураженнях щелеп.
- 2.6. Малювати схеми обстеження хворих з пухлиноподібними ураженнями щелеп.
- 2.7. Проаналізувати особливості диференційної діагностики пухлиноподібних уражень щелеп.
- 2.8. Скласти план обстеження та лікування хворих з пухлиноподібними ураженнями щелеп.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Нормальна анатомія.	Знати будову кісток лицевого скелету.
2. Гістологія.	Знати гістологічну будову кісток лицевого скелету.
3. Патологічна анатомія.	Знати патологоанатомічну характеристику пухлино подібних уражень щелеп та спосіб забору матеріалу для патогістологічного дослідження.
4. Топографічна анатомія та оперативна хірургія.	Знати топографічну анатомію щелепно-лицевої ділянки. Принципи оперативних доступів до різних відділів щелепно-лицевої ділянки. Вміти поставити топічний діагноз. Орієнтуватися у виборі оперативних доступів при лікуванні пухлиноподібних уражень 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. Остеодистрофія.	Це порушення структури кістки.
2. Хвороба Педжета.	Це деформуюча остеодистрофія.
3. Деформація.	Це зміна форми органа.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Анатомія кісток лицевого скелету.
2. Ембріогенез та гістологічна будова кісток обличчя.
3. Теорії походження пухлиноподібних уражень щелеп.
4. Гістологічні та клінічні класифікації пухлиноподібних уражень щелеп.
5. Клінічна картина пухлиноподібних уражень щелеп.
6. Діагностика та диференційна діагностика пухлиноподібних уражень щелеп.
7. Методи лікування доброякісних пухлин та кіст слинних залоз.
8. Прогноз та ускладнення під час та після лікування пухлиноподібних уражень щелеп.

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

1. Описати рентгенограми хворих з пухлиноподібними ураженнями щелеп.
2. Повести практичний тренінг з курації хворих з пухлиноподібними ураженнями щелеп (ролева гра "Лікар-пацієнт").

5. ЗМІСТ ТЕМИ:

ФІБРОЗНА ДИСПЛАЗІЯ

Вперше фіброзну остеодисплазію виділив В.Р. Брайцев в 1927 р., коли він представив чіткий опис морфологічної картини захворювання. До цього фіброзна дисплазія описувалася під різними назвами, частіше всього як фіброзна остеодистрофія, одностороння фіброзна остеодистрофія, фіброкістозна хвороба, фіброостеома та ін. У 1938 р. Lichtenstein підтвердив дослідження В.Р. Брайцева, і тому тепер цей процес іменується як пухлина Брайцева-Ліхтенштейна.

У класифікації А.А. Колесова фіброзна дисплазія віднесена до розряду остеогенних пухлиноподібних утворень, а Т.П. Виноградової — до доброякісних пухлин.

За даними щелепний-лицьової клініки Московського медичного стоматологічного інституту (А.А. Колесов, 1964), фіброзна дисплазія зустрічається у 7.8% хворих з ураженням щелеп пухлинами і пухлиноподібними утвореннями.

Патогенез остаточно не з'ясований. На думку В.Р. Брайцева (1927), Lichtenstein (1938, 1942), Jaffe (1942), в основі фіброзної остеодисплазії лежить порушення нормального процесу кісткоутворення, що полягає в тому, що на певній стадії розвитку мезенхіма диференціюється не в кісткову тканину, а у фіброзну.

Клініка. Захворювання виявляється частіше всього в дитячому і юнацькому віці, рідко — у дорослих. Протікає протягом довгого часу приховано. Лише в поодиноких хворих зустрічаються больові відчуття. Нерідко захворювання виявляється в перші роки життя. У дітей спостерігаються випадки бурхливого, а також циклічного перебігу. Фіброзна дисплазія зустрічається в 3-4 рази частіше у жінок, чим у чоловіків. Частіше всього виявляється у вигляді монооссального або ж одностороннього поліоссального захворювання. Крім ураження діафізарних відділів трубчастих кісток, стегна, великоберцевої кістки, а також плечових, променевих кісток, локалізується в скелеті обличчя і мозкового черепа. На кінцівках проявляється болем, здуттям, деформацією або укороченням, кульгавістю. Кісткові розростання в мозковому і лицьовому черепі бувають односторонніми і тому спричиняють значну асиметрію обличчя. Улюбленої локалізації фіброзної дисплазії в щелепах немає. Сформований осередок на щелепі виглядає як кісткове здуття або нерівномірна горбистість кістки. Якщо «пухлина» локалізується біля краю орбіти, з'являється симптом випинання очного яблука з деформованою і звуженою очної ямки. Це призводить до одностороннього «левого» спотворення черепа. На нижній щелепі у дітей може мати місце як дифузне ураження всієї щелепи, так і ізольоване залучення в процес лише однієї суглобової головки. При ураженні нижньої щелепи функція її, як правило, не страждає, рот відкривається вільно, жування залишається безболісним.

В деяких випадках поліоссальної фіброзної остеодисплазії має місце (переважно у дівчаток) синдром Олбрайта, що характеризується наявністю не тільки кісткових змін, але і передчасним статевим дозріванням, пігментними плямами на шкірі, які створюють враження географічної карти. Локалізуються вони, головним чином, на животі, спині, сідницях, бічній поверхні тулуба, проміжності і стегнах. Shira з співавт. (1975) спостерігав фіброзну дисплазію нижньої щелепи з клінічними проявами у вигляді епізодичного росту пухлини, мимовільного болю, припухлості, лихоманки, збільшення ШОЕ. Антибіотикотерапія, що проводиться, давала тільки короточасний ефект. З осередків ураження висіяні грампозитивні мікроорганізми, які, на думку авторів, є флорою. Аналогічну картину ми спостерігали при фіброзній остеодисплазії гілок щелепи, коли батьки для лікування у дитини запалення в привушній області довгий час застосовували теплові процедури. У таких випадках надмірність теплових процедур може вести навіть до абсцедування, утворенню свища, після чого хворого починають помилково лікувати з приводу хронічного остеомиєліту гілки щелепи.

Діагноз. Рентгенологічна картина фіброзної дисплазії поліморфна. Це обумовлено тим, на якій фазі розвитку нормальної кістки наступило перекручення остеогенезу і який морфологічний компонент переважає у момент обстеження. Крім того, картина ураження залежить і від того, на якій щелепі (верхній або нижній) воно локалізується. Так, на нижній щелепі, особливо у дітей, частіше зустрічаються зміни комірчастого характеру на фоні збільшення і здуття кістки. Ці зміни можуть бути як одно-, так і двосторонніми, симетричними. У одних випадках відмічається перевага нерівномірного ущільнення кістки, в інших — досить чітко обкреслений дефект кісткової речовини овальної форми або дифузне чергування ділянок ураження кісткової тканини з осередками ущільнення.

На верхній щелепі ураження завжди одностороннє, що частіше досягає значного ступеня щільності і облітерації верхньощелепної пазухи, аж до повного її зникнення. Проте можуть бути,

навпаки, випадки збільшення верхньощелепної пазухи і затемнення її, на фоні якого видно інтенсивнішу тінь що вдається в порожнину м'якотканинного утворення, іноді із замикаючою кістковою «шкаралупою» по його краю. На фоні диспластичних осередків розсмоктування коріння зубів не спостерігається. Визначувані іноді на рентгенограмі періостальні нашарування при дифузній формі дисплазії нижньої щелепи нерідко наводять на помилкову думку про остеогенну саркому або хронічний остеомієліт щелепи.

При всіх формах фіброзної остеодисплазії відсутні які-небудь загальні біохімічні зміни в організмі; зокрема, рівень кальцію і фосфору в плазмі крові, як правило, не змінюється. Лише у деяких хворих відмічено збільшення кальцію і зменшення фосфору крові.

Перебіг хронічний, тривалий, але доброякісний. Лише в деяких випадках спостерігається злякисне переродження патологічного осередку з перетворенням його у веретеноподібну, круглоклітинну, поліморфноклітинну саркому або фібросаркому.

Патологічна анатомія. Макроскопічно фіброзна дисплазія виглядає різноманітно; частіше всього має вид тканини, що кришиться, на зразок кісткових розм'якшених пластинок, між якими знаходиться сіра або бура м'яка тканина. У деяких хворих «пухлина» має сірий колір, пружну консистенцію або відрізняється м'ясистим виглядом; іноді тканина виглядає ослизненою і неомогенною. Мікроскопічно: розростання патологічної остеогенної тканини, в якій можуть переважати колагенові волокна з витягнутими клітинами типу фібробластів або ж рихло розташовані ніжні колагенові волокна із зірчастими або округлими клітинами. Серед них примітивно побудовані кісткові балочки, облямовані остеобластами, слабо звапновані, що зберігають примітивну структуру. Кількість їх може бути різним навіть у одного і того ж хворого в одній і тій же кістці — від одиничних до густої мережі типу остеомі. Все це дозволяє хірургу в одних випадках вичерпати ложкою змінену тканину, а в інших — вилущити із застосуванням деякого зусилля.

Диференціальний діагноз. Фіброзну дисплазію необхідно диференціювати з генералізованою фіброзною остеодистрофією (хвороба Енгеля-Реклінгаузена), остеобластокластою, саркомою, кістами, хронічним остеомієлітом щелепи і ін. Перші два захворювання відрізняються, по-перше, 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. По-друге, генералізована фіброзна остеодистрофія розвивається в нормально розвиненій кістці, тоді як фіброзна дисплазія є природженим порушенням процесу кісткоутворення. У третій, 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 Ясно-янтарним пунктатом 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, що був, а дисплазія починається поволі, повільно прогресуючи, звичайно непомітно для хворого. Коли з'являється асиметрія обличчя в результаті диспластичного збільшення щелепи (звичайно у області гілки нижньої щелепи) на фоні деяких больових відчуттів, хворі (або батьки хворих дітей) застосовують теплові процедури, що призводить на початку до застійних, а потім — запальним явищам 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 заміщається кістковою тканиною. Деякі автори при фіброзній дисплазії нижньої щелепи застосовують радикальну операцію, що полягає в частковій субперіостальній резекції нижньої щелепи з одночасною кістковою пластикою. Нам представляється це допустимим лише у дорослих хворих за умови різкої деформації обличчя. Променева терапія при фіброзній дисплазії позитивного результату не дає.

ХЕРУВІЗМ

Херувізмом називається один з різновидів диспластичної ураження нижньої щелепи, що характеризується симетричним здуттям кістки у області її обох кутів. В результаті цього обличчя набуває майже квадратну і одутло-округлу форму, подібну обличчю херувима.

Патогенез захворювання вивчений недостатньо, проте більшість авторів схильне відносити його за рахунок порушення кісткоутворення під впливом неврогенних і 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. Звичайно батьки і оточуючі не бачать патології, відносять деформацію обличчя за рахунок угодованості 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 зворотний розвиток. За даними В.В. Рогинського, в половині випадків при херувізмі у дітей виявляється збільшення не тільки нижньої, але одночасно і верхньої щелепи.

Пальпаторно у області кутів нижній щелепі визначається куполоподібне здуття; внутрішня поверхня нижньої щелепи при цьому не змінюється.

Характерною особливістю херувізму є або порушення закладки зубних зачатків (що виявляється згодом в тій або іншій ступені вираженої адентією), або порушення термінів прорізування, форми і локалізації зубів, що вже прорізувалися.

Діагноз. Рентгенологічно визначається кістозну ураження щелепи (межі «кіст» з віком стають нечіткими, а число їх зменшується). Нижньощелепна кістка роздута, стоншена, а попереду кутів має нормальну структуру.

Гістологічно видно широкі поля клітинно-волокнистої фіброзної тканини, серед якої безліч вузликів із зкупченням гігантських багатоядерних клітин типу остеокластів, що приводить нерідко до помилкової постановки діагнозу остеобластокластоми або гіперпаратиреоїдній фіброзній остеодистрофії. Проте на відміну від остеобластокластоми при херувізмі немає головного її компоненту — проліферуючих остеобластів. Якщо гістологічне дослідження проводиться у стадії зворотного розвитку херувізму, у області патологічного осередку видно 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 виготовляються протези.

Прогноз. У дитячому віці хірургічна допомога неефективна, оскільки через 1-2 роки спостерігаються рецидиви. Проте іноді доводиться поступитися наполегливим вимогам хворих, яких турбує квадратна форма обличчя, і усувати деформацію хірургічним шляхом (через розрізи, що огинають кути щелепи).

ДЕФОРМУЮЧИЙ ОСТОЗ (ХВОРОБА ПЕДЖЕТА, ДЕФОРМУЮЧА ОСТЕОДИСТРОФІЯ)

У 1877 р. Peget описав рідкісне і своєрідне захворювання скелета, яке вважав хронічним запальним процесом і назвав його osteitis deformans. Починаючи з робіт Stenholm (1924), це захворювання, як і хвороба Енгеля-Реклінгаузена, учені 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 напластування нової кісткової речовини. Нескінченна зміна цих двох процесів,

що протікають поза фізіологічними рамками, обумовлює характерну макро- і мікроструктуру уражених кісток. Розсмоктування відбувається за участю остеокластів; утворюються глибокі лакуни, кістковий мозок заміщається рихло-волокнистою тканиною, що зрослася з ендостом. Вміст органічної речовин в уражених кістках збільшене, а неорганічних — різко зменшено. На цьому фоні нерідко розвивається остеосаркома.

Клініка. Деформуючий остоз частіше спостерігається у чоловіків у віці понад 40 років, хоча виникає 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 лицьового черепа. При цьому уражені кістки піддаються різкій деформації. Зокрема, при ураженні лицьових кісток виникає типова деформація: потовщення виличних кісток, западіння перенісся, потовщення підборіддя. Обличчя набуває схожості з левою 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, сплутана свідомості.

Діагноз. На рентгенограмі кістки, ураженої хворобою Педжета, визначається безладне чергування порівняно щільних і розпушених ділянок, що нагадує мозаїку з пластівцевих ділянок, схожих з грудками вати. У ряді випадків можна бачити дрібні кістозні порожнини; кістка потовщена.

Диференціальний діагноз необхідно проводити з хворобою Енгеля-Реклінгаузена, сифілітичним ураженням і акромегалією лицьових кісток. У зв'язку з цим необхідно пам'ятати, що порушень загального характеру при хворобі Педжета не відмічається, зокрема немає змін в кількісному складі кальцію і фосфору крові, чим відрізняється це захворювання від хвороби Енгеля-Реклінгаузена.

При генералізованій остеоцистозі, як і при хворобі Педжета, відбувається розсмоктування старої і утворення нової кістки; проте гістологічна різниця між ними істотна: при хворобі Педжета разом з розростанням сполучної і остеїдної тканин є гніздові осередки звапніння новоутвореної кістки, які обумовлюють деформацію і нерівний рельєф ураженої кістки. На відміну від гіпертиреїдної остеоцистозі, при хворобі Педжета різко активізується остеопластична функція періоста. Крім того, слід мати на увазі те, що генералізована остеоцистозія 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 остеоцистозі є симптоматичним і паліативним: для зменшення головного болю, невралгії трійчастого нерва можна застосувати променеве лікування. Призначають вітамінотерапію, гідротерапію, спокій, посилене харчування. Хірургічні втручання у вигляді здовбування різко виступаючих частин лицьових кісток носять суто косметичний характер. Проводяться вони за допомогою долота, фрези або остеотома.

ПАРАТИРЕОЇДНА (ГЕНЕРАЛІЗОВАНА) ФІБРОЗНА ОСТЕОДИСТРОФІЯ, АБО ХВОРОБА ЕНГЕЛЯ-РЕК ЛІНГАУЗЕНА

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 приводить до заміщення кісткової речовини фіброзною тканиною. Проте в 1924 р. Stenholm на підставі своїх досліджень рішуче висловився проти запальної природи захворювання, описаного Engel і Recklinhausen, вважаючи, що ця хвороба має в своїй основі не запалення, а дистрофію; тому автор запропонував іменувати її фіброзною остеоцистозією.

Патогенез захворювання досить добре вивчений А.В. Русаковим (1925), який довів, що хвороба Енгеля-Реклінгаузена — своєрідне ендокринне захворювання, що розвивається в результаті пухлинного збільшення і гіперфункції паращитовидної залози; на його думку, під впливом надмірного вироблення паратиреоїдину відбувається бурхлива перебудова в кістках скелета. Це дало підставу А.В. Русакову запропонувати нову назву хвороби — паратиреоїдна остеоцистозія, 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, запропонованій 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 в її виникненні.

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 що 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 відзначаються при остеобластокластомах, тут немає бластоматозного компонента пухлини. В результаті швидкої і прогресуючої декальцинації кісток у всьому організмі наступають характерні зміни: у нирках, легенях, травній 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.

Характернішим для паратиреоїдної остеодистрофії є розм'якшення і деформація кісток без істотного збільшення їх об'єму. Особливо незначне місце мають зовні помітні зміни за наявності малоактивної пухлини паращитовидної залози.

Діагноз. 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 — рідина без кристалів холестерину. На рентгенограмі визначається розрідження і стоншування 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 ясно-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 кварцовим опромінюванням, іонофорезом кальцію хлориду у області 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 легенів, периферичних судин і т. д.).

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Завдання для самоконтролю:

1. Схеми рентгенологічної картини пухлиноподібних уражень щелеп.
2. Фото хворих з пухлиноподібними ураженнями щелеп.

Б. Задачі для самоконтролю:

1. У хворої, 22 років, виявлено потовщення обох виличних кісток та підборіддя, западіння перенісся. Зовнішній огляд обличчя нагадує «левину морду». Спостерігається гіперостоз, потовщення та викривлення кісток скелету.

Яке захворювання можна запідозрити у хворої?

(Відповідь: хвороба Педжета)

2. Хворий, 20 років, звернувся зі скаргами на біль в зубах нижньої щелепи, її здуття, деформацію обличчя. Об'єктивно: здуття щелепи безболісне, щільне, бугристе, м'які тканини не змінені. Відкривання рота вільне, підщелепні лімфатичні вузли не пальпуються.

Яке захворювання можна запідозрити у хворого?

(Відповідь: фіброзна остеодисплазія нижньої щелепи)

3. У хворого, 18 років, виявлено наступну клінічну картину: обличчя має квадратну форму за рахунок збільшення на ділянках кутів нижньої щелепи, періодичні болі в ділянці кутів щелепи. На рентгенограмі – дрібнопетлиста структура кістки нижньої щелепи на ділянках їх кутів. Деформація спостерігається з моменту народження, болі з'явилися близько 6 місяців тому.

Який діагноз?

(Відповідь: херувізм)

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (α=II):

1. При фіброзній дисплазії вражаються:

- A. Кістки лица та мозкового черепу.
- B. Тільки кістки лицевого черепу.
- C. Тільки кістки мозкового черепу.
- D. Тільки щелепи.
- E. Зубні зачатки.

(Правильна відповідь: A)

2. Які основні ознаки фіброзної дисплазії?

- A. Односторонні кісткові розростання в мозковому та лицевому черепі.
- B. Кісткові розростання в мозковому та лицевому черепі завжди двохсторонні та симетричні.
- C. Вражаються переважно кістки середньої зони обличчя.
- D. Найчастіше – кут нижньої щелепи.
- E. Кісткові розростання завжди супроводжуються больовим симптомом.

(Правильна відповідь: B)

3. При хворобі Педжета вражаються:

- A. Переважно трубчаті кістки.
- B. Переважно плоскі кістки.
- C. Діафізарні відділи трубчатих кісток.
- D. Тільки кістки лицевого скелету.
- E. Тільки кістки мозкового черепу.

(Правильна відповідь: B)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. У хворого, 18 років, виявлено наступну клінічну картину: обличчя має квадратну форму за рахунок збільшення на ділянках кутів нижньої щелепи, періодичні болі в ділянці кутів щелепи. На рентгенограмі – дрібнопетлиста структура кістки нижньої щелепи на ділянках їх кутів. Деформація спостерігається з моменту народження, болі з'явилися близько 6 місяців тому. Встановлено діагноз херувізм.

Який метод лікування необхідно застосувати?

(Відповідь: не потребує лікування, крім настійливої вимоги хворого)

2. У хворого, 34 років, встановлено діагноз хвороба Енгля-Реклінхаузена.

Сумісно з яким спеціалістом необхідно проводити лікування та диспансерний нагляд?

(Відповідь: ендокринолог)

3. 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?

(Відповідь: деформація кісток мозкового черепа та поступове здавлення головного мозку)

7. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Губайдулина Е.Я., Цегельник Л.Н. Опухоли, опухолеподобные поражения и кисты лица, органов полости рта, челюстей и шеи // Хирургическая стоматология . - М.: Медицина, 1996. – С.512-624.
2. Колесов А.А., Воробьев И.Ю. Новообразования мягких тканей. – К., Здоровья, 1991 - 312 с.
3. 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.
4. Савицкий В.А., Черепанов А.Н. Нейрофиброматоз Реклингаузена Клиника, диагностика и хирургическое лечение/. - М.: Медицина, 1972.. 250 с
5. Сагатбаев Д.С. Опухоли челюстно-лицевой области, 1998. – 206 с.
6. Солнцев А.М., Колесов В.С. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта. - Кмев: Здоровья, 1985. - 150 с.

Додаткова література:

1. Доброякісні пухлини та пухлиноподібні новоутворення. Ермолов В.Ф. Доброкачественные новообразования и опухолеподобные образования слизистой оболочки полости рта: Автореф.дис. д - ра. мед. наук -М., 1995. 46 с.
2. Шаргородский А.Г. Атлас опухолей мягких тканей и костей лица. Москва, 1998.-221 с.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
Сумський державний університет
Медичний інститут

«Затверджено»
на засіданні кафедри
стоматології

Завідувач кафедри
д. мед. н. Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Пухлини та пухлиноподібні ураження зародкового походження бранхіальні, тиреоїдальні кісти, нориці обличчя та шиї, тератома, бранхіогенний рак. Клініка, діагностика, диференціальна діагностика, лікування.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Природжені кісти та нориці обличчя та шиї є досить поширеною патологією щелепно-лицевої ділянки, що однаково часто зустрічаються у чоловіків та жінок різного віку. Дана група захворювань має різноманітну, часто схожу клінічну картину, що потребує ґрунтовних знань майбутніх лікарів питань їх етіології, клініки, діагностики та лікування.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати клінічні прояви природжених кіст та нориць обличчя.
- 2.2. Пояснювати етіологічні і патогенетичні фактори розвитку природжених кіст та нориць обличчя та шиї.
- 2.3. Запропонувати план обстеження хворого з діагнозом природжених кіст та нориць обличчя та шиї.
- 2.4. Класифікувати природжені кісти та нориці обличчя та шиї.
- 2.5. Трактувати принципи діагностики та лікування природжених кіст та нориць обличчя та шиї.
- 2.6. Малювати графологічну схему заняття.
- 2.7. Проаналізувати результати лабораторних та інструментальних обстежень.
- 2.8. Скласти схему лікування хворих з природженими кістами та норицями обличчя та шиї.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Нормальна анатомія.	Знати будову щелепно-лицевої ділянки.
2. Гістологія та ембріологія.	Знати гістологічну будову тканин та органів щелепно-лицевої ділянки, їх ембріогенез.
3. Патологічна анатомія.	Описати гістологічну структуру природжених кіст та нориць обличчя та шиї.
4. Патологічна фізіологія.	Знати етіологію та патогенез онкологічних та онкоподібних захворювань.
5. Топографічна анатомія та оперативна хірургія.	Розуміти топографічну анатомію щелепно-лицевої ділянки. Принципи оперативних доступів до різних відділів щелепно-лицевої ділянки.
6. Пропедевтика внутрішніх хвороб.	Вміти складати схему курації хворого.
7. Загальна онкологія.	Знати принципи діагностики та лікування та профілактики онкологічних захворювань.

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. Біопсія.	Це прижиттєве одержання матеріалу для гістологічного дослідження.
2. Аутопсія.	Це посмертне одержання матеріалу для гістологічного дослідження.
3. Пункційна біопсія.	Це одержання матеріалу для гістологічного дослідження шляхом пункції новоутворення голкою великого діаметру.
4. Інцизійна біопсія.	Це одержання матеріалу для гістологічного дослідження шляхом вирізування шматочка пухлини на межі здорових тканин.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

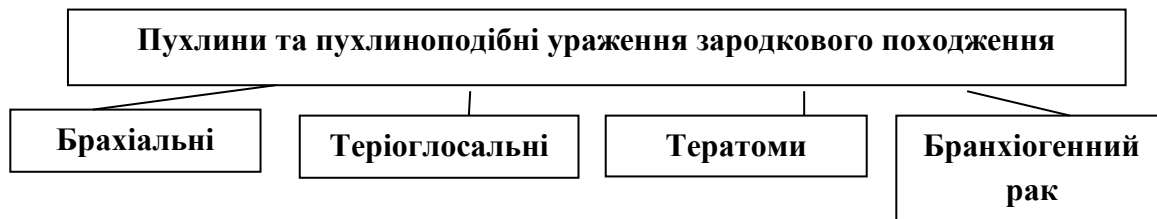
1. Анатомія щелепно-лицевої ділянки.
2. Ембріогенез та гістологічна тканин та органів щелепно-лицевої ділянки.
3. Теорії походження природжених кіст та нориць обличчя та шиї.
4. Гістологічні та клінічні класифікації природжених кіст та нориць обличчя та шиї.

5. Клінічна картина природжених кіст та нориць обличчя та шиї.
6. Діагностика та диференційна діагностика природжених кіст та нориць обличчя та шиї.
7. Методи лікування природжених кіст та нориць обличчя та шиї.
8. Прогноз та ускладнення під час та після лікування природжених кіст та нориць обличчя та шиї.

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

1. Перелічіть фактори, що сприяють виникненню та розвитку пухлиноподібних утворень м'яких тканин.
2. Навести класифікації.
3. Навести гістологічну картину, що відповідає різним формам пухлиноподібних утворень м'яких тканин.
4. Перелічити клінічні прояви пухлиноподібних утворень м'яких тканин.
5. Провести діагностику пухлиноподібних утворень м'яких тканин.
6. Перелічити методи лікування.
7. Навести клінічні прояви малігнізації.
8. Навести схему профілактичних заходів.

5. ЗМІСТ ТЕМИ:



Епідермальна кіста. Ця кіста відноситься до групи кератинових кіст. Раніше вона описувалася під назвою атероми. Епідермальна кіста найчастіше локалізується на шкірі обличчя, шиї, волосистій частині голови. Буває одиничною або множинною, нерідко виникненню передують аспе vulgariis. 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 з капсулою, при цьому необхідно висікати двома напівовальними розрізами, що сходяться між собою, ділянку шкіри, зпаюну з кістою.

Дермоїдна кіста. Утворюється в результаті пороку розвитку і формування обличчя в місцях зрощення у ембріона лобового, верхньощелепних і нижньощелепних горбів. Звичайно розташовується в області підпідборіддя, на дні порожнини рота, біля кореня і крил носа, внутрішнього і зовнішнього країв очної ямки, частіше зустрічається у молодих осіб.

Дермоїдна кіста є порожнинним утворенням з товстою шкірястою оболонкою, заповненою кашкоподібною масою брудно-білого кольору з неприємним 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 зпаєне 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 області підпідборіддя видаляють через зовнішній розріз.

Природжені кісти і свищі обличчя і шиї. Серед них розрізняють бронхіальні (від грец. *Branha* — зябра) і тіреоглосальні кісти і свищі. Виникнення бронхіальної кісти і свища пов'язано з аномалією розвитку 1-ої і 2-ої зябрових щілин і дуг. Тіреоглосальна кіста і свищ утворюються унаслідок неповної редукції у ембріона щитовидно-язичної протоки. Природжені кісти і свищі зустрічаються порівняно рідко і, за нашими даними, складають близько 5% всіх новоутворень щелепно-лицьової області. Аномалія зябрових щілин спостерігається частіше тіреоглосальної аномалії (відповідно 61 і 39% випадків).

Природжені кісти і свищі зустрічаються в основному у дітей і осіб молодого віку. Клінічний перебіг бронхіальних і тіреоглосальних кіст і свищів схоже, проте вони мають свої характерні особливості, обумовлені локалізацією.

Кіста збільшується поволі, протягом декількох років. Визначається у вигляді безболісного обмеженого утворення округлої або овальної форми, еластичній консистенції, не зпаяного зі шкірою. Кісту виявляють випадково або при виникненні запалення. У разі приєднання специфічної мікрофлори (мікобактерії туберкульозу, актиноміцети) діагностика затруднена.

Природжені свищі можуть бути повними, при цьому є два вивідні отвори: зовнішній — на шкірі, внутрішній — на слизистій оболонці порожнини рота, і неповними — з одним гирлом, зовнішнім або внутрішнім. У діагностиці свищів має значення контрастна фістулографія за допомогою йодоліполю. Вона дозволяє визначити напрям, протяжність і наявність відгалужень свища, знання яких необхідне при хірургічному лікуванні.

Бранхіальні кісти і свищі. При патології 1-ої зябрової щілини виникають кіста або свищ привушної області, пов'язані із зовнішнім слуховим проходом і вушною раковиною. Аномалія розвитку 2-ої зябрової щілини веде до формування бічної кісти або свища шиї. Бранхіальні кісти і свищі привушної області зустрічаються значно рідше за бічні кісти і свищі шиї (відповідно в 11 і 89% випадків).

Кіста і свищ привушної області. Кіста розташовується під основною масою привушної слинної залози або в позадущелепній області над стовбуром лицьового нерва і часто має зв'язок з хрящовим відділом зовнішнього слухового проходу. Клінічні прояви такі ж, як при доброякісній пухлині або кісті привушної слинної залози, вміст є рідиною жовтуватого кольору, іноді каламутною.

Бронхіальний свищ з вивідним отвором, розташованим на шкірі попереду основи завитка вушної раковини, називають передвушним. Часто він буває двостороннім. Відмічається роль спадкового чинника в його походженні.

Свищ позадущелепної області утворюється в результаті самостійного і оперативного розтину нагнаваючої бронхіальної кісти, зовнішній отвір його розташовується між кутом нижньої щелепи і переднім краєм кивального м'яза. При повних передвушному і позадущелепному свищах другий отвір відкривається на шкірі хрящового відділу зовнішнього слухового проходу, при неповному свищі стінки останнього влітають в нього. Відмічається салоподібне відокремлюване зі свища. Макроскопічно внутрішнє вистилання свища і кісти привушної області представлене багаточаровим плоским ороговіваючим епітелієм.

Бічна кіста і свищ шиї. Кіста є порожниною з рідким вмістом і порівняно тонкою оболонкою. Вона має типову локалізацію, розташовується в середній третині шиї попереду кивального м'яза, на судинно-нервовому пучку, безпосередньо примикаючи до внутрішньої яремної вени, з шкірою не спаяна. Особливо добре контурується при повороті голови хворого в протилежну сторону. Вміст кісти є каламутною рідиною жовтуватого кольору, при цитологічному дослідженні якої визначається оксифільна дрібнозерниста маса з елементами багаточарового плоского епітелію і значною кількістю лімфоцитів.

Мікроскопічно стінка кісти вислана багаточаровим плоским епітелієм.

Діагностика бічної кісти ґрунтується на анамнестичних і клінічних даних. Отримання при пункції великої кількості характерного вмісту (5—30 мл і більш) і дані цитологічного дослідження дозволяють підтвердити діагноз бічної кісти

Бічний свищ шиї буває одностороннім і рідко двостороннім. Виявляється в одних випадках при народженні дитини, в інших випадках є результатом розтину нагнаваючої бічної кісти шиї. Зовнішнє гирло свища розташовується на шкірі бічної поверхні шиї відповідно передньому краю кивального м'яза. Внутрішнє гирло повного бічного свища має постійну

локалізацію у верхньому полюсі піднебінної мигдалини. В глибині свищ проходить між зовнішньою і внутрішньою сонною артеріями.

Клінічно зовнішнє гирло свища може бути точковим або розширеним з вибухаючою грануляцією, іноді покритим мокнучими кірками. Визначається гіперпигментація і мацерація шкіри навколо свища, з якого постійно виділяється в незначній кількості жовтувата тягуча рідина. У разі повного бічного свища хворі часто указують в анамнезі на рецидивуючу односторонню ангіну, при огляді визначають збільшення мигдалини відповідної сторони.

Бічний свищ шиї потрібно диференціювати від серединного тіреоглосального свища, зовнішнє гирло якого іноді зміщено убік від середньої лінії, і специфічного запального процесу.

Мікроскопічна картина вистилання свища відповідає будові стінки бічної кісти шиї.

Тіреоглосальна кіста і свищ мають типову локалізацію по середній лінії шиї, у зв'язку з чим їх називають також серединними.

Тіреоглосальна кіста розташовується по середній лінії шиї в під- або надпід'язиковій області і в корені язика. При локалізації на шиї визначається обмежена рухливість кісти і спаяність її з тілом під'язикової кістки, яка чітко виявляється при ковтанні. При кісті кореня язика останній підведений, відмічається порушення мови і утруднення ковтання.

Інфікування вмісту кісти приводить до болю, набрякту, інфільтрації навколишніх тканин.

Вміст тіреоглосальної кісти представляє каламутну жовтувату тягучу рідину. Цитологічним дослідженням встановлено наявність клітин багатошарового плоского епітелію і лімфоїдних елементів. Епітелій оболонки кісти, як і вистилання серединного свища, має ендодермальне походження.

Тіреоглосальний свищ виникає, як правило, після мимовільного або оперативного розтину серединної кісти шиї. Зовнішнє гирло свища розташовується на шкірі по середній лінії шиї, переважно між під'язиковою кісткою і щитовидним хрящем. Шкіра часто в рубцях, іноді навколо свища розростається грануляція. Відмічається мізерне слизоподібне відокремлюване. При повному свищі внутрішнє гирло розташовується у області foramen coecum.

Тіреоглосальний свищ проходить по середній лінії шиї, пробиває тіло під'язикової кістки і під кутом 40—45° прямує до сліпого отвору язика. Пальпаторно свищевий хід, так само як і серединна кіста шиї, завжди пов'язаний з тілом під'язикової кістки. Визначають це таким чином. Утримуючи пальцями свищ або кісту, просять хворого проковтнути слину, при цьому зсув разом з під'язиковою кісткою фіксованих утворень говорить про наявність тіреоглосального свища або кісти.

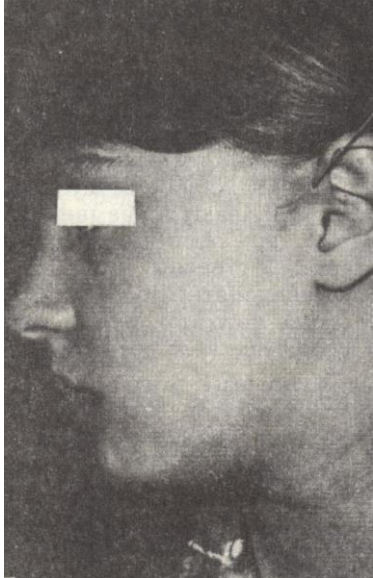
Диференціальну діагностику серединної кісти і свища проводять із специфічним запальним процесом, лімфаденітом, дермоїдною кістою, із струмою язика або аденомою дистопованої щитовидної залози.

Лікування. При кісті проводять повне видалення з капсулою. За наявності запалення операцію здійснюють після його ліквідації. Кісту позаду щелепної області видаляють через розріз, що огинає кут нижньої щелепи, і відступивши від нього на 1,5—2 см донизу, щоб не пошкодити красву гілку лицьового нерва. Для видалення бічної кісти шиї проводять розріз шкіри над кістою по передньому краю кивального м'яза або по верхній шийній складці. При тіреоглосальній кісті шиї розтинають шкіру по верхній або середній складці шиї, видалення кісти поєднують з резекцією тіла під'язикової кістки. Кісту кореня язика залежно від розмірів оперують або внутрішньоротовим, або зовнішнім підходом.

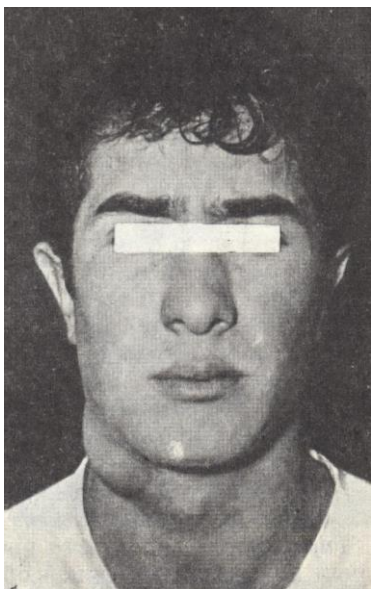
Видаленню свища передують заповнення його перед операцією 1% водним розчином метиленового синього. При цьому стінка свища забарвлюється і добре простежується під час видалення. Операція полягає в повному видаленні свища з його відгалуженнями. Проводять розріз, що огинає зовнішнє гирло свища, його відпрепаровують і виділяють свищ. Видалення передвушного і позадущелепного свищів завершується видаленням ділянки хрящового відділу зовнішнього слухового проходу. Операція при повному бічному свищі шиї зв'язана з певними труднощами, пов'язаними з топографічним взаємовідношенням свища і судинно-нервового пучка: свищевий хід проходить в ложі його між зовнішньою і внутрішньою сонною артеріями. Видалення тіреоглосального свища, як і кісти, супроводжується резекцією тіла під'язикової кістки.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Завдання для самоконтролю:



Бранхіальна нориця в привушній ділянці.



Бокова кіста шиї.



Тіреоглосальна нориця.

Б. Задачі для самоконтролю:

1. У хворого, 45 років, при пункції пухлино подібного утворення на боковій поверхні шиї зліва, отримано салоподібну масу з неприємним запахом.

Який діагноз можна запідозрити?

(Відповідь: дермоїдна кіста шиї)

2. У хворого, 30 років, під час санації порожнини рота виявлено на ділянці мозку вуха отвір до 1 мм в діаметрі, мацерація шкіри навколо нього. При пальпації з нього виділяється прозорий слизовий секрет. Під час зондування – глибина до 5 см.

Який найбільш ймовірний діагноз?

(Відповідь: бокова нориця шиї)

3. При огляді хворого 36 років виявлено кісту з рідким вмістом та тонкою оболонкою. Після цитологічного обстеження було встановлено остаточний діагноз – бокова кіста шиї.

Яке лікування показано в даному випадку?

(Відповідь: хірургічне лікування: проведення розрізу шкіри над кістою по передньому краю кивального м'язу)

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (α=Π):

1. Які джерела походження дермоїдних кіст лица та дна порожнини рота:

- A. Язиковий, щитоподібний протоки, ектоповані слинні та слизові залози.
- B. Відшнурована ділянка ектодерми в період її нормального занурення.
- C. Ектоповані слинні залози та залишки жаберного апарату.
- D. Епітелій аберантної виличкової залози.
- E. Не облітерований зобно-глотковий проток.

(Правильна відповідь: B)

2.2. Які джерела походження серединних кіст та нориць:

- A. Язиковий, щитоподібний протоки, ектоповані слинні та слизові залози.
- B. Відшнурована ділянка ектодерми в період її нормального занурення.
- C. Ектоповані слинні залози та залишки жаберного апарату.
- D. Епітелій аберантної виличкової залози.
- E. Не облітерований зобно-глотковий проток.

(Правильна відповідь: A)

2.3. Яке джерело походження бокових кіст привушної ділянки та шиї?

- A. Язиковий, щитоподібний протоки, ектоповані слинні та слизові залози.
- B. Відшнурована ділянка ектодерми в період її нормального занурення.
- C. Ектоповані слинні залози та залишки жаберного апарату.
- D. Епітелій аберантної виличкової залози.
- E. Не облітерований зобно-глотковий проток.

(Правильна відповідь: C)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. При гістологічному дослідженні мутної рідини жовтуватого кольору визначаються оксифільна дрібнозерниста маса з елементами багатошарового плоского епітелію із значною кількістю лімфоцитів.

Встановіть необхідний діагноз.

(Відповідь: бокова кіста шиї)

2. При огляді новонародженої дитини на шкірі бічної поверхні шиї відповідно передньому краю кивального м'язу було виявлено вибухаючі грануляції вкриті мокнучими кірками, визначається гіперпігментація і мацерація шкіри навколо грануляції, з якої постійно виділяється незначна кількість жовтуватої тягучої рідини.

Встановіть необхідний діагноз.

(Відповідь: бічна нориця шиї)

3. При огляді хворого К. 40 років було виявлено безболісне новоутворення округлої форми, яке розташоване по середній третині шиї попереду кивального м'язу, зі шкірою не спаяне зі шкірою. Особливо добре відмежовується при повороті голови хворого в протилежну сторону.

Встановіть попередній діагноз.

(Відповідь: бокова кіста шиї)

7. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии.– Белмедкнига, Витебск, 1998.– 404 с.
2. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области. – Киев: Вища школа, 1999. – 389 с.
3. Муковозов И.Н. Дифференциальная диагностика заболеваний челюстно-лицевой области. – Л.: Медицина, 1982.
4. Общая онкология /Под ред. Н.П. Напалкова. – Ленинград: Медицина, 1989. – 648 с.
5. Онкологія /за ред. Білінського Б.Т., Стернюка Ю.М., Шпарика Я.В. – Львів: Медицина світу, 1998. – 272 с.
6. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. – М.: Медицина, 1990. – 576 с.
7. Ромачева И.Ф., Юдин Л.А., Афанасьев Л.В. Заболевания и повреждения слюнных желез. – М.: Медицина, 1987. – 240с.

Додаткова література:

1. Муковозов И.Н. Дифференциальная диагностика заболеваний челюстно-лицевой области. – М.: Медицина, 1982.
2. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина, 1983.
3. Рябухина Н.А., Удиришина Н.М. Рентгенодиагностика заболеваний челюстно-лицевой области. – М.: Медицина, 1991.
4. Солнцев А.М., Колесов В.С., Колесова Н.А. Заболевания слюнных желез: сиалозы, воспалительные заболевания, опухоли, кисты, травмы и пороки развития слюнных желез.– Киев: Здоровья, 1991.–311с.
5. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Киев: 2002. – 1022 с.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
Сумський державний університет
Медичний інститут

«Затверджено»
на засіданні кафедри
стоматології

Завідувач кафедри
д. мед. н. Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Злоякісні пухлини слинних залоз: гістологічна будова, клінічні форми, диференційна діагностика, лікування.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Знання основ діагностики та лікування пухлин необхідні для лікаря будь-якого фаху. Це зумовлено поширенням пухлинної патології в сучасному світі. Як причина смерті злоякісні пухлини посідають друге місце після серцево-судинних захворювань. Останніми роками спостерігається безперервне зростання частоти захворюваності на рак в усіх регіонах світу. Онкологічна патологія слинних залоз не є виключенням. Тому, майбутній лікар повинен бути обізнаний із причинами злоякісних новоутворень, мати уявлення про зв'язок між виникненням пухлин і забрудненням середовища та шкідливими звичками. Необхідне розуміння канцерогенезу, без чого не можна обґрунтувати застосування як профілактичних заходів, так і методів лікування. Ефективність лікування злоякісних пухлин повністю залежить від стану діагностики. Лише рання діагностика пухлин може забезпечити надійне вилікування їх.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати захворюваність та епідеміологію раку слинних залоз.
- 2.2. Пояснювати ознаки малігнізації доброякісних пухлин слинних залоз.
- 2.3. Запропонувати методи обстеження хворого із злоякісними пухлинами слинних залоз.
- 2.4. Класифікувати онкологічні захворювання слинних залоз.
- 2.5. Трактувати гістологічну класифікацію пухлин слинних залоз.
- 2.6. Малювати схему диференційної діагностики злоякісних новоутворень слинних залоз.
- 2.7. Проаналізувати заключення додаткових методів обстеження хворого із злоякісними пухлинами слинних залоз.
- 2.8. Скласти план лікування хворого із злоякісними пухлинами слинних залоз.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Анатомія людини.	Знати анатомічну будову слинних залоз, лімфатичної системи голови та шиї.
2. Топографічна анатомія та оперативна хірургія.	Знати топографічну анатомію великих та малих слинних залоз лімфатичних вузлів обличчя та шиї. Зобразити схематично методи оперативних втручань при злоякісних новоутвореннях слинних залоз.
3. Гістологія.	Знати гістологічну будову слинних залоз.
4. Внутрішні хвороби.	Знати гістологічну будову злоякісних новоутворень слинних залоз.
5. Внутрішні хвороби.	Вміти: обстежити хворого, описати історію хвороби, скласти план обстеження та лікування, поставити діагноз.
6. Пропедевтика хірургічної стоматології.	Володіти методами додаткових обстежень: цитологічний, біопсія, контрастна рентгенограма.
7. Променева діагностика та променева терапія.	Застосовувати різні методи променевої діагностики для уточнення діагнозу. Застосовувати методи променевої терапії для лікування.
8. Загальна хірургія.	Володіти методами та способами асептики та антисептики (обробка операційного поля, обробка рук хірурга, підготовка хворого до операції та ін.).
9. Фармакологія.	Володіти навиками призначення хіміотерапії.

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.	Це злоякісне новоутворення з епітеліальних тканин.
2. Саркома.	Це злоякісне новоутворення зі сполучених тканин.
Абластика.	Це хірургічні принципи профілактики рецидиву і метастазування злоякісної пухлини, що полягають у її видаленні єдиним блоком з шляхами лімфа відтоку в межах здорових тканин.
4. Біопсія.	Це шматок тканини видалений з патологічного вогнища для морфологічного дослідження.
5. Цитологія.	Це наука про вивчення клітин патологічного вогнища.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Епідеміологія пухлин слинних залоз.
2. Міжнародна гістологічна класифікація пухлин слинних залоз.
3. Ознаки малігнізації поліморфних аденом.
4. Методи обстеження хворих із злоякісними пухлинами слинних залоз.
5. Клінічні ознаки злоякісних пухлин слинних залоз.
6. Диференційна діагностика злоякісних пухлин слинних залоз.
7. Принципи лікування хворих злоякісними пухлинами слинних залоз.
8. Що таке комбіноване лікування хворих із злоякісними пухлинами слинних залоз.
9. Що таке комплексне лікування хворих із злоякісними пухлинами слинних залоз.
10. Які методи променевої терапії застосовують при лікуванні злоякісних новоутворень слинних залоз?
11. Які оперативні методи застосовують при лікуванні злоякісних новоутворень привушної слинної залози?
12. Які оперативні методи застосовують при лікуванні злоякісних новоутворень підщелепної слинної залози?
13. Які хімічні терапевтичні препарати застосовують при комплексному або комбінованому лікуванні злоякісних новоутворень слинних залоз?
14. Принципи лікування хворих із занедбаними стадіями хвороби.
15. Реабілітація хворих після комбінованого та комплексного лікування.

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

1. Обстежити хворого зі злоякісною пухлиною слинної залози.
2. Описати історію хвороби хворого із злоякісним новоутворенням слинної залози.
3. Скласти план обстеження хворого із злоякісним новоутворенням слинної залози.
4. Брати матеріал для цитологічного дослідження пухлини різними способами.
5. Брати матеріал для гістологічного дослідження пухлини (біопсію) різними способами.
6. Провести контрастну рентгенографію слинних залоз.
7. Обґрунтувати клінічних діагноз та скласти план лікування хворого зі злоякісними новоутвореннями слинних залоз в залежності від стадії захворювання та гістологічної будови пухлини.
8. Призначити хіміотерапевтичні засоби при лікуванні злоякісних новоутворень слинних залоз.

5. ЗМІСТ ТЕМИ:

Статистика. За даними літератури злоякісні пухлини слинних залоз складають 1-1,5 % всіх хворих онкологічними захворюваннями. В слинних залозах найчастіше розвиваються пухлини епітеліального походження (90-95 %). Серед всіх пухлин слинних залоз найчастіше зустрічаються поліморфні аденоми або "змішані" пухлини (до 60 %); мукоепідермоїдні і ацінозноклітинні пухлини зустрічаються в 10% випадків, група карцином складає біля 17% всіх новоутворень слинних залоз.

Найчастіше уражаються онкологічним процесом привушні залози (56,6 %), залози твердого і м'якого піднебіння (26 %), піднижньощелепні слинні залози (10 %), дрібні слинні залози щік та язика – біля 10 %. Деякі автори вважають, що привушні слинні залози уражаються пухлинами в 90 % випадків. Пухлини слинних залоз спостерігаються переважно у віці від 30 до 60 років.

Класифікація. До останнього часу не існувало єдиної точки зору відносно термінології і класифікації пухлин слинних залоз. Всесвітньою організацією охорони здоров'я була створена і рекомендована для впровадження уніфікована гістологічна класифікація пухлин слинних залоз:

I. Епітеліальні пухлини

A. Аденоми:

1. Поліморфна аденома (змішана пухлина);

2. Мономорфні аденоми:

а) аденолімфома;

б) оксифільна аденома;

в) інші типи.

Б. Мукоепідермоїдна пухлина.

В. Ацинозноклітинна пухлина.

Г. Карциноми:

Аденокистозна карцинома (циліндрома);

Аденокарцинома;

Епідермоїдна карцинома (плоскоклітинний рак);

Недиференційована карцинома;

Карцинома в поліморфній аденомі (злюкисна змішана пухлина)

II. Неепітеліальні пухлини.

III. Некласифіковані пухлини.

IV. Споріднені стани.

Класифікація злюкисних пухлин слинних залоз за системою TNM-6 (2002 р.)

(коди МКХ-10 C07-C08)

Класифікація стосується лише великих слинних залоз: привушної, під нижньощелепної і під'язикової

Пухлини, що походять з малих слинних залоз (муцинопродукуючі залози поверхневого шару великих відділів (дихального та травневого шляхів), не включено в цю класифікацію, вони належать до локалізації, з якої походять, наприклад, губи. Повинне бути обов'язкове гістологічне підтвердження діагнозу. Регіонарними лімфатичними вузлами є шийні лімфатичні вузли.

T – первинна пухлина;

T_x – недостатньо даних для оцінки первинної пухлини;

T₀ – первинна пухлина не визначається;

T₁ – пухлина до 2 см у найбільшому вимірі без екстрапаренхімального поширення;

T₂ – пухлина понад 2 см але до 4 см у найбільшому вимірі без екстрапаренхімального поширення;

T₃ – пухлина з екстрапаренхімальним поширенням без ураження лицевого нерва і (або) понад 4 см, але до 6 см у найбільшому вимірі;

T_{4a} – пухлина поширюється на шкіру, нижню щелепу, слуховий канал і лицевий нерв;

T_{4b} – пухлина поширюється на основу черепа, крилоподібну пластинку, охоплює сонну артерію.

Примітка: екстрапаренхімальним поширенням є клінічні або макроскопічні дані про наявність інвазії шкіри, м'яких тканин або нерва. Лише мікроскопічні дані не вважаються екстрапаренхімальним поширенням у цій класифікації.

N – регіонарні лімфатичні вузли (шийні лімфатичні вузли);

N_x – недостатньо даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів;

N₀ – немає 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 численні метастази в гомолатеральних лімфатичних вузлах, жоден з яких не перевищує 6 см у найбільшому вимірі, або білатеральні, або контрлатеральні метастатичні лімфатичні вузли розміром до 6 см у найбільшому вимірі;

N_{2a} – метастаз у гомолатеральному лімфатичному вузлі до 6 см у найбільшому вимірі;

N_{2b} – численні метастази у гомолатеральних лімфатичних вузлах, жоден з яких не перевищує 6 см у найбільшому вимірі;
 N_{2c} – білатеральні, або контрлатеральні метастатичні лімфатичні вузли розміром до 6 см у найбільшому вимірі;
 N_3 – метастази в лімфатичних вузлах розміром понад 6 см у найбільшому вимірі;
 M – віддаленні метастази;
 M_x – недостатньо даних для визначення віддалених метастазів;
 M_0 – немає ознак віддалених метастазів;
 M_1 – наявні віддаленні метастази.

Групування за стадіями

Стадія I	T_1	N_0	M_0
	T_2	N_0	M_0
Стадія II	T_3	N_0	M_0
Стадія III	T_1	N_1	M_0
	T_2	N_1	M_0
Стадія IVa	T_{4a}	N_0, N_1	M_0
	T_1, T_2, T_3, T_{4a}	N_2	M_0
Стадія IVb	T_{4b}	N будь-яке	M_0
	будь-яке T	N_3	M_0
	будь-яке T	будь-яке N	M_1

Клінічна картина і симптоматологія пухлин слинних залоз відрізняється значною різноманітністю, що залежить від характеру пухлини, її гістологічної будови та стадії розвитку. Група аденом належить до доброякісних пухлин, серед них домінують так звані змішані пухлини (поліморфні, або плеоморфні аденоми). Ці пухлини переважно зустрічаються у людей віком 20-40 років, частіше у жінок, локалізуються переважно в привушній слинній залозі. Ці пухлини проявляються, досягаючи розміру 1-3 см. Вони характеризуються тривалим (інколи впродовж десятків років) безболісним перебігом, інколи досягають доволі значних розмірів, але ніколи не порушують функцію лицьового нерва (важлива диференційно-діагностична ознака доброякісної пухлини), не проростають шкіру і не втрачають рухомості. Внаслідок складної будови поліморфні аденоми слинних залоз бувають різної консистенції. Нерідко в поліморфній аденомі може виникнути малігнізація (20-30 % випадків).

Ознаки малігнізації доброякісних пухлин слинних залоз:

- прискорення темпів росту пухлини;
- поява неприємних відчуттів, а інколи і досить інтенсивного болю з іррадіацією в вухо або скроню;
- поява інфільтративного росту супроводжується обмеженням рухомості пухлини, порушенням цілості гілок лицьового нерву, що супроводжується парезом, а потім і паралічем м'язів м'язулатури з відповідного боку обличчя;
- в подальшому може виникати контрактура жувальних м'язів, порушення актів жування, ковтання (особливо при локалізації пухлини в глотковому паростку привушної слинної залози);
- збільшення регіонарних лімфатичних вузлів свідчить про метастазування пухлини.

Таким чином, спільними симптомами для всіх злоякісних пухлин слинних залоз є швидкі темпи росту, біль або неприємні відчуття, проростання в навколишні тканини та гілки лицьового нерву, що спричинює парез м'язів обличчя, метастазування.

Але існують і деякі клінічні особливості, характерні для різних морфологічних варіантів злоякісних пухлин. В першу чергу це стосується мукоепідермоїдної та ацинозноклітинної пухлини (за термінологією ВООЗ – вони називаються не раками, а пухлинами, хоча й віднесені до злоякісних). клінічний перебіг більш доброякісного варіанту мукоепідермоїдної пухлини спочатку нагадує перебіг поліморфної аденоми. Розрізнити їх інколи допомагає набряк та фіксація шкіри над мукоепідермоїдною пухлиною, відсутність чітких меж, обмежена рухомість. Мукоепідермоїдні пухлини супроводжуються болем, мають щільну консистенцію, болісні при пальпації, при ураженні шкіри можливе утворення норич.

Початкові стадії мукоепідермоїдних пухлин можуть бути безсимптомними і період початку лікування може тривати біля 3 років. Пухлини містять в собі епідермоїдні та слизопродукуючі клітини, кількість яких залежить від ступеню диференціації.

Аденокистозні карциноми (циліндроми) зустрічаються у 13 % хворих на злоякісні пухлини слинних залоз, частіше в малих слинних залозах (50 %), однаково часто у чоловіків та жінок. Інколи мають перебіг, подібний до змішаних пухлин. Слід зауважити, що поліморфну аденому, циліндрому і мукоепідермоїдну пухлину макроскопічне практичне неможливо відрізнити. Ця обставина спричиняє значні труднощі для хірургів, призводить до діагностичних помилок і неадекватного лікування хворих.

Аденокистозні карциноми мають схильність до переважного гепатогенного метастазування (40-45 %), метастазує в лімфатичні вузли шиї, в легені, кістки.

Аденокарциноми зустрічаються дуже часто серед злоякісних пухлин слинних залоз. Вже на початкових стадіях розвитку пухлина має щільну консистенцію, вона безболісна, не має чітких меж, рухомість її обмежена. З ростом пухлини з'являється біль, інфільтруються прилеглі тканини, жирова клітковина, вушна раковина, нижня щелепа. З'являється контрактура жувальних м'язів, парез лицьового нерву, гіперемія шкіри. Пухлина метастазує в регіонарні шийні лімфатичні вузли, в легені, хребет.

Плоскоклітинний рак (епідермоїдна карцинома) за клінічною картиною схожий з аденокарциномою слинних залоз.

Діагностика. Ретельне вивчення анамнезу та клінічних симптомів захворювання не завжди дають змогу визначити характер пухлинного процесу. А.І.Пачес вважає, що помилки при діагностиці пухлин слинних залоз зумовлені недостатньою, а інколи і хибною трактовкою анамнезу, схожим клінічним перебігом різних пухлин, ігноруванням сучасних методів діагностики. Самим достовірним критерієм злоякісності пухлини слинної залози є морфологічна верифікація процесу. Перевага надається цитологічному дослідженню пунктату пухлини і секрету ураженої залози. Гістологічне дослідження можливе при видаленні пухлини, при наявності підозри на злоякісний характер пухлини, при її проростанні за межі залози з ураженням шкіри.

Суттєву допомогу в діагностиці і диференційній діагностиці пухлинних процесів слинних залоз може надати сіалографія, рентгенографія кісток лицьового скелету, ультразвукове дослідження, радіонуклідні методи дослідження (сканування слинних залоз), комп'ютерна томографія.

Диференційний діагноз слід проводити з доброякісними пухлинами слинних залоз, кістами, запальними процесами, в тому числі з туберкульозом та актиномікозом.

Лікування злоякісних пухлин слинних залоз переважно комбіноване. В плані комбінованого лікування передбачається на I етапі проведення передопераційного курсу дистанційної гамма-терапії сумарною вогнищевою дозою 45-50 Гр, при наявності регіонарних метастазів в поля опромінювання включаються і зони метастазування. На II етапі комбінованого лікування – через 3-4 тижні після променевої терапії виконується оперативне втручання.

Лікування раку привушної слинної залози полягає в проведенні паротидектомії (без збереження гілок лицьового нерву) з фасціально-футлярним висіченням клітковини шиї з боку ураження в одному блоці із слинною залозою. У разі наявності множинних або незміщуваних шийних метастазів виконується операція Крайля.

При локалізації пухлини в піднижньощелепній слинній залозі виконують фасціально-футлярне висічення клітковини шиї разом з ураженою залозою або операцію Крайля за показаннями.

При занедбаних формах злоякісних пухлин слинних залоз показана паліативна променева терапія (до 70 Гр на курс), цитостатична хімотерапія (в окремих випадках внутрішньо-артеріальна) малоефективна, Інколи застосовують комбінації доксорубіцин, 5- метотрексату, циклофосамід, блеоміцином, адриаміцином, комплексними сполуками платини.

Прогноз при злоякісних пухлинах слинних залоз несприятливий, залежить від стадії морфологічних особливостей пухлини і локалізації. Вважається, що віддалені результати лікування злоякісних пухлин піднижньощелепної слинної залози гірші, ніж результати лікування привушної залози.

Реабілітація і працездатність. Радикальні операції на слинних залозах супроводжуються інвалідацією хворих, що зумовлено пересіченням стовбура лицьового нерва, внаслідок чого виникає парез мимічної мускулатури відповідного боку. Можливі також порушення функції верхньої кінцівки відповідного боку після виконання операції Крайля. Такі хворі отримують III-II

групи інвалідності. Ушкодження лише окремих гілочок лицевого нерву при хірургічному лікуванні доброякісних пухлин привушної слинної залози вимагає тривалого відновного лікування.

Застосування фізіотерапевтичних методів онкологічним хворим є суворо протипоказаним.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Завдання для самоконтролю:

№ п/п	Основні завдання. Знати.	Вказівки
1.	Етіологію та патогенез злоякісних пухлин слинних залоз.	Перелічіть фактори, що сприяють виникненню та розвитку злоякісних пухлин слинних залоз.
2.	Класифікацію злоякісних пухлин слинних залоз.	Навести класифікацію злоякісних пухлин слинних залоз.
3.	Гістологічну будову злоякісних пухлин слинних залоз.	Навести гістологічну картину, що відповідає різним формам злоякісних пухлин слинних залоз.
4.	Клінічні прояви злоякісних пухлин слинних залоз.	Перелічити клінічні прояви, що супроводжують перебіг злоякісних пухлин слинних залоз.
5.	Діагностика та диференційна діагностика злоякісних пухлин слинних залоз.	Провести внутрішньо- та поза групову диференційну діагностику злоякісних пухлин слинних залоз.

Б. Задачі для самоконтролю:

1. Чи спостерігається ретенція контрасту при сіалографії привушної залози хворого з злоякісною плеоморфною аденомою?

(Відповідь: спостерігається майже завжди)

2. Чи можливе розірвання і фрагментація вивідних протоків великих слинних залоз, що виявляються на сіалограмах, при озлоякісненні плеоморфної аденоми привушної залози?

(Відповідь: спостерігається майже завжди)

3. Як змінюється функція привушної залози при виникненні в ній озлоякісненої плеоморфної аденоми?

(Відповідь: знижується)

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю ($\alpha=II$):

1. Які розрізняють варіанти клінічного плинну мукоепідермоїдної пухлини слинних залоз?

А. Доброякісний.

В. Злоякісний.

С. Напівзлоякісний.

Д. Доброякісний і злоякісний.

Е. Доброякісний, злоякісний і напівзлоякісний.

(Правильна відповідь: Д).

2. Синонім циліндроми:

А. Аденокарцинома.

В. Плеоморфна аденома.

С. Мукоепідермоїдна пухлина.

Д. Аденокістозна карцинома.

Е. Епідермоїдна карцинома.

(Правильна відповідь: Д).

3. Карциноми слинних залоз розвиваються з:

А. Строби протоків.

В. Епітелію протоків.

С. Кровоносних судин.

Д. Лімфатичних судин.

Е. Нервових стовбурів.

(Правильна відповідь: В).

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. Хвора П., 40 років, звернулась в стоматологічну поліклініку із скаргами на наявність пухлини в ділянці твердого піднебіння, що з'явилась близько 5 місяців тому, в останній час почала збільшуватись. Під час огляду спостерігається безболісна пухлина, щільної консистенції із чіткими межами, слизова оболонка над нею звичайного забарвлення, пухлина з підлеглою кістковою тканиною не спаяна, розміри її до 2 см. Регіонарні лімфатичні вузли не збільшені.

Про яку пухлину можна думати? Які додаткові методи обстеження потрібно провести?

(Відповідь: циліндрома; необхідно провести цитологічне дослідження; по можливості виконати біопсію)

2. Хворому Д., 54 р., проведено радикальне лікування з приводу злоякісної пухлини привушної слинної залози (рак правої привушної слинної залози, T2НОМО). В даний час даних за рецидив та метастази немає.

До якої клінічної групи слід віднести хворого?

(Відповідь: до третьої)

3. Хворий У., 68 років, звернувся із скаргами на прогресуючу асиметрію обличчя, перші прояви якої з'явилися близько 3 тижнів тому назад. Останніми днями відчувається біль в привушно-жувальній ділянці зліва. Під час огляду: параліч мимічної мускулатури зліва по периферичному типу. Шкіра в лівій привушній ділянці синюшна, втягнута, нерухома. Пальпаторно: болісна інфільтрація тканин залози без чіткої межі, розміром до 4 – 5 см пальпуються 2 збільшених до 2 см верхніх шийних лімфовузлів зліва. Контрактура жувальних м'язів.

Про яке захворювання слід думати? Які допоміжні методи дослідження потрібно провести і в якому лікувальному закладі?

(Відповідь: рак привушної слинної залози. Хворого слід направити в онкологічний диспансер. Допоміжні методи діагностики: цитологічний, контрастна рентгенографія слинної залози, рентгенографія органів грудної порожнини)

7. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Онкологія. За ред. Б.Т. Білинського, Ю.М. Стернюка, Я.В. Шпарика. – Київ: «Здоров'я», 2007. – 527 с.
2. Онкологія за ред. В.П. Баштана, А.Л. Одабашяна, П.В. Шелешка, Тернопіль, “Укрмедкнига” 2003р.
3. Черенков В.Г. Клиническая онкология: Руководство для студентов и врачей. М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 1999р – 384 с.
4. Онкологія. За ред. І.Б.Щепотіна. – Київ: «Книга плюс», 2006. – 496 с.

Додаткова література:

1. Пачес А.И. Опухоли головы й шеи. М.: Медицина, 1983.-416 с.
2. Соловьев М.М. Онкологические аспекты в стоматологии. М.: Медицина, 1983, 160 с.
3. Дарьялова С.Л. Принципы лучевого й комбинированного лечения новообразований околоушной слюнной железы. М.: Медицина, 1972.
4. Гистологическая классификация опухолей слюнных желез. Всемирная организация здравоохранения. Женева. 1976.
5. Справочник по онкологии. Под ред. С.А.Шалимова, Ю.А.Гриневича, Д.В.Мясоедова. – Київ: «Здоров'я», 2009. – 576 с.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
Сумський державний університет
Медичний інститут

«Затверджено»
на засіданні кафедри
стоматології

Завідувач кафедри
д. мед. н. Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Рак і саркома щелеп: походження та гістологічна будова, класифікація, клініка, диференційна діагностика, лікування, ускладнення та профілактика.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Рак верхньої щелепи – досить часте захворювання, що складає 3 – 6% всіх злоякісних новоутворень людини та приблизно 40% новоутворень щелепно-лицевої ділянки. Серед захворювань щелеп частіше (у 60-70%) хворих вражається саме верхня щелепа. Більшість хворих злоякісними пухлинами верхньої щелепи починають спеціалізоване лікування у занедбаних стадіях. Причиною є те, що клінічні ознаки на ранніх стадіях захворювання настільки незначні, що хворі не надають їм певного значення і своєчасно не звертаються за медичною допомогою. Затримці своєчасної госпіталізації хворих в онкологічні клініки сприяє і невірне розпізнавання захворювання в поліклініках, що призводить до неправильного тривалого лікування від інших захворювань.

В зв'язку з тим, що верхня щелепа розташована на межі лицевого та мозкового черепу, рак цієї локалізації (на ранніх стадіях має безсимптомний перебіг) є захворюванням яке безпосередньо загрожує життю хворих. Та обставина, що виникненню раку верхньощелепної пазухи передують її хронічне запалення, визначає спрямованість профілактичних міроприємств. Роль лікаря-стоматолога в них дуже відповідальна, тому що значну частину хронічних гайморитів складають так звані одонтогенні гайморити.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати епідеміологію рака верхньої та нижньої щелепи.
- 2.2. Пояснювати передракові захворювання щелеп.
- 2.3. Запропонувати сучасні методи діагностики рака верхньої та нижньої щелеп.
- 2.4. Класифікувати злоякісні новоутворення щелеп.
- 2.5. Трактувати патогістологічну структуру рака щелеп.
- 2.6. Малювати схеми злоякісних новоутворень щелеп.
- 2.7. Проаналізувати сучасні методи лікування рака верхньої та нижньої щелеп.
- 2.8. Скласти план лікування хворих на злоякісні новоутворення щелеп.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1.Анатомія людини.	Описувати анатомічну будову верхньої та нижньої щелеп, кровопостачання та інервацію щелепно-лицевої ділянки, лімфатичну систему.
2.Гістологія.	Знати гістологічну будову тканин верхньої та нижньої щелеп.
3.Патологічна анатомія.	Знати патологічну зміну тканин при злоякісних пухлинах щелеп.
4.Внутрішні хвороби.	Обстежувати хворого. Описувати медичну документацію (історію хвороби, амбулаторну карту та ін.
5.Загальна хірургія.	Зобразити схематично методи оперативних втручань при злоякісних пухлинах щелеп.
6.Фармакологія.	Призначувати хіміотерапевтичне лікування хворим зі злоякісними новоутвореннями щелеп.
7.Променева діагностика та променева терапія.	Призначувати методи променевої та радіоізотопної діагностики щелеп. Призначувати променеве лікування злоякісних пухлин 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
Продовження хвороби.	Prolongation morbid.
2. Половинна резекція нижньої щелепи.	Hemiresekcija mandibula.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Епідеміологія раку верхньої та нижньої щелеп.
2. Патологічна анатомія раку злоякісних пухлин щелеп.
3. Які методи діагностики застосовують при злоякісних новоутвореннях щелеп?
4. Клініка раку верхньої щелепи.
5. Як класифікуються злоякісні новоутворення?
6. Методи діагностики раку верхньої щелепи.
7. Шляхи метастазування пухлин щелеп.
8. Принципи лікування раку верхньої щелепи.
9. Клініка раку нижньої щелепи.
10. Лікування раку нижньої щелепи.
11. Які хіміотерапевтичні препарати та за якою схемою застосовують при злоякісних новоутвореннях щелеп?
12. Реабілітація хворих на рак щелеп.

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

1. Обстеження хворого зі злоякісними пухлинами щелеп.
2. Пальпаторне дослідження м'яких навколо-щелепних тканин.
3. Пальпаторне дослідження регіонарних лімфовузлів.
4. Пункція пухлини нижньої щелепи.
5. Пункція регіонарних лімфовузлів.
6. Біопсія пухлини.
7. Вміння оцінювати рентгенограми.
8. Пункція гайморової пазухи
9. Вміння формулювати діагноз злоякісного новоутворення слинної залози з визначенням стадії процесу та клінічної групи.
10. Скласти план лікування та диспансерного спостереження.
11. Оформляти медичну документацію
12. Здійснювати догляд за післяопераційними хворими.

5. ЗМІСТ ТЕМИ:

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 новоутворення.

Первинний плоскоклітинний рак щелеп зустрічається дуже рідко і розвивається із епітеліальних островків Малясе, епітеліальних залишків гертвігівської мембрани.

Вторинні раки виникають на слизовій оболонці порожнини рота чи гайморової пазухи. В зв'язку з тим, що площа епітелію, що вистилає різні анатомічні відділи верхньої щелепи, значно більша в порівнянні з епітеліальною вистилкою нижньої щелепи, найчастіше зустрічається рак саме верхньої щелепи. Малігнізація слизової оболонки, яка покриває 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 порожнини. Регіонарні метастази не визначаються;

IIa стадія – пухлина з вогнищевою деструкцією кісткових стінок, що не виходить за межі верхньощелепної порожнини. Регіонарні метастази не визначаються;

IIb стадія – пухлина такого ж, або меншого розміру з поодиноким рухомим регіонарним метастазом на боці ураження;

IIIa стадія – пухлина з руйнуванням кісткових стінок, що розповсюджується в одну або декілька суміжних анатомічних ділянок (орбіту, порожнину носа, порожнину рота та ін.). Регіонарні метастази не визначаються;

IIIb стадія – пухлина такого ж, або меншого ступеню розповсюдження з поодинокими, обмежено рухомими або множинними рухомими регіонарними одно-, двобічними або контралатеральними метастазами;

IVa стадія – пухлина, що проростає в одну або декілька сусідніх анатомічних ділянок (шкіру обличчя, другу половину верхньощелепної кістки, вилицеву кістку, основу черепа) без регіонарних метастазів;

IVb стадія – пухлина того ж ступеню місцевого розповсюдження з незміщуваними 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 — первинна пухлина.

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 спричиняє ерозію або деструкцію кістки за винятком задньої стінки порожнини, але включаючи поширення на тверде піднебіння і/або середній носовий хід.

T₃ — пухлина поширюється на будь-яку з таких структур: задню стінку максиллярного синуса, підшкірні тканини, шкіру щоки, нижню або медіальну стінку орбіти, підскроневу ямку, крилоподібну ямку, решітчастий синус.

T₄ — пухлина поширюється на орбіту поза межі нижньої або медіальної стінок, основу черепа, носоглотку, основний синус, лобний синус.

Носова порожнина і решітчастий синус

T₁ — пухлина обмежена будь-яким одним підрозділом і/або без деструкції кістки.

T₂ — пухлина проникає в носову порожнину.

T₃ — пухлина поширюється на передню частину орбіти і/або верхньощелепний синус.

T₄ — пухлина з інтракраніальним поширенням; поширенням на орбіту, включаючи верхівку, із захопленням основного і/або лобного синуса і/або шкіри носа.

N — 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 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 — віддалені метастази.

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 чи модифікованої радикальної шийної лімфаденектомії повинен включати не менше 10 лімфатичних вузлів.

G — Гістопатологічна градація.

G_x — Ступінь диференціації не може бути визначений.

G₁ — Високий ступінь диференціації.

G₂ — Середній ступінь диференціації.

G₃ — Низький ступінь диференціації.

G₄ — Недиференційована пухлина.

Групування за стадіями

Стадія 0	T _{is}	N ₀	M ₀
Стадія I	T ₁	N ₀	M ₀
Стадія II	T ₂	N ₀	M ₀
Стадія III	T ₁	N ₁	M ₀
	T ₂	N ₁	M ₀
	T ₃	N ₀ , N ₁	M ₀
Стадія IVA	T ₄	N ₀ , N ₁	M ₀
Стадія IVB	T _{4b}	будь-яке N	M ₀
Стадія IVC	будь-яке T	N ₃	M ₀
	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 хибне розпізнавання захворювання і внаслідок – неадекватне тривале лікування хворих з приводу інших захворювань. За даними Г.П. Іоанідіса, 35% хворих на рак верхньощелепної пазухи внаслідок хибного діагнозу були прооперовані з приводу гаймориту, поліпа носа, періоститу верхньої щелепи та ін.

Симптоми раку верхньощелепної пазухи в значній мірі залежать від локалізації пухлини в тому чи іншому відділі гайморової пазухи та напрямку росту пухлини за межі пазухи. Для систематизації цих симптомів їх доцільно розділити на ринологічні, офтальмологічні, стоматологічні, неврологічні:

Ринологічні:

гнійно-кров'янисті виділення з носа;

однобічне 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;
сльозотеча (обструкція сльозоносової 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, проходить через медіальний кут ока та кут нижньої щелепи і розділює верхню щелепу і гайморову пазуху на дві приблизно однакові частини: передньонижню та верхньозадню.

Друга площина – сагітальна, проходить через зіницю ока, розділює гайморову пазуху відповідно на внутрішню (медіальну) та зовнішню (латеральну) половини.

Внаслідок цього утворюються 4 сектори:

нижньопередньовнутрішній
нижньопередньозовнішній
верхньозадньовнутрішній
верхньозадньозовнішній

Пухлина, що виникає в кожному із вказаних секторів, має свою власну клінічну картину і напрямок пухлинного росту.

Площину, що розділяє верхню щелепу на верхньозадній та передньонижній відділи, деякі автори називають площиною або лінією злоякісності. Справа в тому, що пухлини задньоверхніх 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 нижньопередньовнутрішнього 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 при риноскопії і доступною для біопсії. В пізніших стадіях спостерігається деформація лицьового скелету внаслідок руйнації 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 нижньопередньозовнішнього 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 задньоверхньовнутрішнього сектору часто діагностують в пізніших стадіях захворювання, так як вони важкодоступні для огляду і дослідження. Якщо пухлина спочатку проростає в носові ходи, то скоріше з'являються характерні симптоми (ускладнення носового дихання, кров'яністі виділення з порожнини носа) і пухлину можна побачити при риноскопії у верхніх відділах носа. Інфільтруючи ділянку орбіти, пухлина призводить до зміщення очного яблука вперед і латерально. Внаслідок здавлення пухлиною сльозового каналу виникає сльозотеча.

Пухлини задньоверхньозовнішнього 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 із анамнезом захворювання, в якому є можливість простежити невпинне зростання симптомів захворювання і відсутність ефекту від лікувальних заходів.

Зовнішній огляд хворого. Під час зовнішнього огляду хворого в пізніх стадіях захворювання визначають асиметрію, деформацію лицьового скелету, зміщення очного яблука.

Мануальне обстеження. За допомогою пальпації вдається визначити інфільтрацію м'яких тканин у ділянці іклової ямки і нижньоорбітального краю, деформацію схилю носа та вилицевої кістки.

Передня риноскопія. За допомогою передньої риноскопії можна 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.

Задня риноскопія. За допомогою задньої 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; дистопію, розхитування та випадіння зубів; наявність бугристої пухлини чи виразки. Пальпацію м'яких тканин і кісток виконують бімануально, порівнюючи симетрично розташовані відділи. 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 лімфатичних вузлів. Пальпація піднижньощелепних, привушних, шийних і надключичних лімфовузлів має велике діагностичне значення. При метастазах пухлин в піднижньощелепну ділянку та ділянку шиї визначаються щільні, частіше безболісні, лімфовузли, які в подальшому стають нерухомими та зливаються в суцільні конгломерати.

Рентгенологічне дослідження лицьового 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.). Чільне місце в рентгенологічному дослідженні займає відіграє томографія – пошарове 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. Великими діагностичними можливостями відзначається метод рентгенологічного дослідження додаткових пазух носа за допомогою їх штучного контрастування. Значну діагностичну цінність в уточненні ступеня розповсюдженості злоякісних пухлин верхньої щелепи має комп'ютерна томографія, яка є набагато інформативнішою, ніж звичайне рентгенівське дослідження.

Обстеження окуліста. При локалізації пухлини в задньоверньомедіальному секторі необхідно визначити стан орбіти, зокрема цілість її стінок і рухомість очного яблука.

Фіброскопія. Ступінь розповсюдженості пухлини на задні відділи носових ходів і носоглотку можна виявити за допомогою фіброскопії.

Морфологічна верифікація. Клінічний діагноз обов'язково повинен бути підтверджений результатами морфологічного дослідження пунктату із гайморової пазухи, або біоптату пухлини із носа або порожнини рота, якщо пухлина проростає в ці анатомічні відділи.

Лікування.

Складні топографо-анатомічні взаємовідносини ділянки верхньої щелепи, близькість передньої черепної ямки, орбіти, носоглотки, крилощелепної, 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 – складається із передопераційного курсу дистанційної гамма-терапії (сумарною дозою на вогнище 40-45 Гр). 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.

Другий етап – електрохірургічне видалення верхньої щелепи, яке виконується через 3 – 4 тижні після закінчення передопераційного курсу променевої терапії. Труднощі топіки пухлини зумовлюють проведення електрохірургічних операцій з широкого позаротового доступу, який би дозволив точніше визначити межі новоутворення і радикально його видалити. Найчастіше застосовується розтин м'яких тканин за Вебером.

При розповсюдженні пухлин на решітчастий лабіринт, порожнину орбіти показані розширені операції, часто з екцентерацією орбіти. При цьому слід планувати перед операцією перев'язку зовнішньої сонної артерії на стороні ураження для зменшення інтраопераційної втрати крові.

При підозрі або наявності метастазів в ділянці шиї одночасно з резекцією щелепи (якщо дозволяє стан хворого) виконують фасціальну-футлярну видалення клітковини шиї за Пачесом або операцію Крайля відповідно.

В.С. Проциком розроблений комбінований метод лікування раку верхньої щелепи з застосуванням внутрішньоартеріальної хіміотерапії метотрексатом, наступної телегамматерапії за інтенсивною методикою (при щоденному фракціонуванні по 5 Гр сумарною дозою до 20 Гр). Через 1-2 дні виконується електрорезекція верхньої щелепи з закладанням в післяопераційну порожнину стенового аплікатора з препаратами Co^{60} і підведенням дози на післяопераційну рану 35-40 Гр.

Після лікування такі хворі потребують комісування (II група інвалідності). Крім складного протезування, такі хворі потребують відновних операцій, навчання у логопеда, оздоровлення в будинках відпочинку і санаторіях загального профілю.

Реабілітація.

Хворі, яким проведені оперативні втручання з приводу злоякісних пухлин верхньої щелепи, потребують складного щелепно-лицьового протезування. Найчастіше застосовується трьохетапна методика протезування:

перший етап – перед операцією виготовляють безпосередній протез – захисну платівку;

другий етап – на 10-15 добу після операції виготовляють формуючий протез;

третій етап – через місяць виготовляють остаточний протез. Дефекти орбіти і м'яких тканин обличчя відшкодовують із допомогою ектопротезів.

Прогноз.

Прогноз назагал несприятливий: вже на протязі 1 року після комбінованого лікування спостерігається від 30% до 60% рецидивів. Хіміотерапія та ізольована променева терапія, як правило, дають короткочасний ефект.

Б. Злоякісні пухлини нижньої щелепи.

Етіологія.

Зустрічаються первинні, вторинні та метастатичні пухлини.

Первинний плоскоклітинний рак нижньої щелепи дуже рідко розвивається із епітеліальних залишків гертвігової мембрани.

Вторинний рак нижньої щелепи найчастіше розвивається внаслідок переходу процесу із слизової оболонки альвеолярного відростка нижньої щелепи. Крім того, нижня щелепа часто втягується в пухлинний процес при розповсюдженні раку слизової оболонки альвеолярного відростку, дна порожнини рота, ретромолярної ділянки, щоки.

Метастатичний рак нижньої щелепи. Метастази в нижню щелепу інколи спостерігаються при ураженні первинним раком внутрішніх органів, щитовидної та грудної залози.

Патологічна анатомія.

Найчастіше рак нижньої щелепи належить до пухлин, що мають будову плоскоклітинної з ороговінням і, рідше – без ороговіння карциноми. Пухлина може бути представлена ендоепітеліальною або екзофітною формою росту. Метастази раку нижньої щелепи спостерігаються значно частіше, ніж при ураженні верхньої щелепи. Метастазування переважно лімфогенне – в піднижньощелепні та шийні лімфовузли.

Клініка.

Початкові прояви раку нижньої щелепи можуть бути досить різноманітними. Ранніми симптомами є напади різкого болю з іррадіацією за ходом нижньоальвеолярного нерва. Поступово збільшується здуття кістки. Внаслідок деструкції стінок альвеол, тканин пародонту, яка інколи перебігає приховано, з'являється патологічна рухливість, 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, що 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 і інфільтрації виникає асиметрія обличчя. Внаслідок значного руйнування нижньої щелепи пухлинним процесом може виникнути її спонтанний патологічний перелом, який інколи буває 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 жувальна функція. 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.

Аналізуючи причини занедбаності раку щелепних кісток, можна дійти висновку, що з одного боку цьому сприяє надто пізні звертання хворих, з іншого – недостатня обізнаність лікарів (зокрема стоматологів) з проявами і перебігом злоякісних пухлин щелепних кісток.

Для своєчасної діагностики важливе значення має:

правильно зібраний і детально проаналізований анамнез;
ретельно проведене об'єктивне обстеження хворого;
рентгенологічні методи дослідження – належать до основних методів розпізнавання злоякісних новоутворень щелеп.

При ураженні нижньої щелепи визначається:

деструкція кісткової тканини з нечіткими узурованими краями,
розширенням періодонтальних щілин,
деструкцією кортикальної платівки стінки альвеоли та губчастої речовини навколо неї,
розширення нижньощелепного каналу та ін.
морфологічна верифікація:

в ранніх стадіях раку нижньої щелепи необхідне цитологічне дослідження пунктату, при проростанні пухлиною альвеолярного відростка і появі виразок на слизовій оболонці, виконується біопсія пухлини, обов'язкове цитологічне дослідження пунктату збільшених регіонарних лімфовузлів.

Диференційна діагностика проводиться з метою виключення: доброякісних одонтогенних пухлин, гігантоклітинних пухлин, фіброзної остеодистрофії, актиномікозу, запальних процесів.

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 спостерігаються після 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 фасціальнофутлярною лімфаденектомією або (при наявності регіонарних метастазів) операцією Крайля.

Хворим з занедбаними 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.

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 не безпосередньо після операції видалення пухлини, а через 10-12 місяців.

Прогноз.

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 мезенхімного походження частіше уражає щелепи, рідше локалізується в оточуючих м'яких тканинах. Найчастіше спостерігаються такі форми сарком: остеогенні саркоми, хондросаркоми, фібросаркоми, ангіосаркоми та ін.

В порівнянні із раком саркоми щелепно-лищевої ділянки зустрічаються у відносно молодшому віці.

Метастазують вони переважно гематогенним шляхом.

Клінічні прояви визначаються головним чином локалізацією пухлини.

Топографічно розрізняють так звані центральні та периферичні саркоми щелеп.

При центральних саркомах, що походять із сполучнотканинних елементів кісткового мозку і кісткової тканини, ранніми симптомами є:

ниючий біль, який спочатку турбує хворого вночі, а потім набуває постійного характеру;

рухомість зубів і деформація щелепи у вигляді її здуття;

зниження електрозбуджуваності зубів, верхівки яких розташовані в зоні росту пухлини;

сукровичні виділення з носового ходу, ускладнення носового дихання можуть спостерігатись при ураженні верхньої щелепи;

парестезія в ділянці шкіри підборіддя та половини нижньої губи (симптом Венсана) при ураженні нижньої щелепи.

У хворих з центральними саркомами під час рентгенологічного обстеження визначаються вогнища деструкції кісткової тканини округлої форми з нечіткими нерівними контурами, періостальними козирками.

При периферійних саркомах щелеп одним із перших симптомів є:

деформація щелепи – потовщення певного її відділу;

виразки слизової оболонки - периферійні пухлини альвеолярних відростків часто травмуються під час жування, що викликає виникнення виразок слизової оболонки, яка покриває пухлину, і приєднання 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;

формуванням новоутвореної кісткової тканини у вигляді періостальних нашарувань і окремих шипів (спікул).

Для сарком притаманна експансивна форма росту, при цьому збільшення маси пухлини відбувається значно швидше, ніж у хворих на рак. До появи метастазів та пухлинних виразок з приєднанням інфекції, загальний стан хворих залишається задовільним.

Прогноз та вибір раціонального методу лікування в значній мірі визначаються структурою пухлини, тому дуже важливою є морфологічна верифікація пухлинного процесу. Слід приймати до уваги, що фібросаркома, міксосаркома, хондросаркома і остеосаркома є пухлинами, які резистентні до променевої терапії і тому основним методом їх лікування є хірургічний. У неоперабельних хворих застосовується хіміотерапія 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.

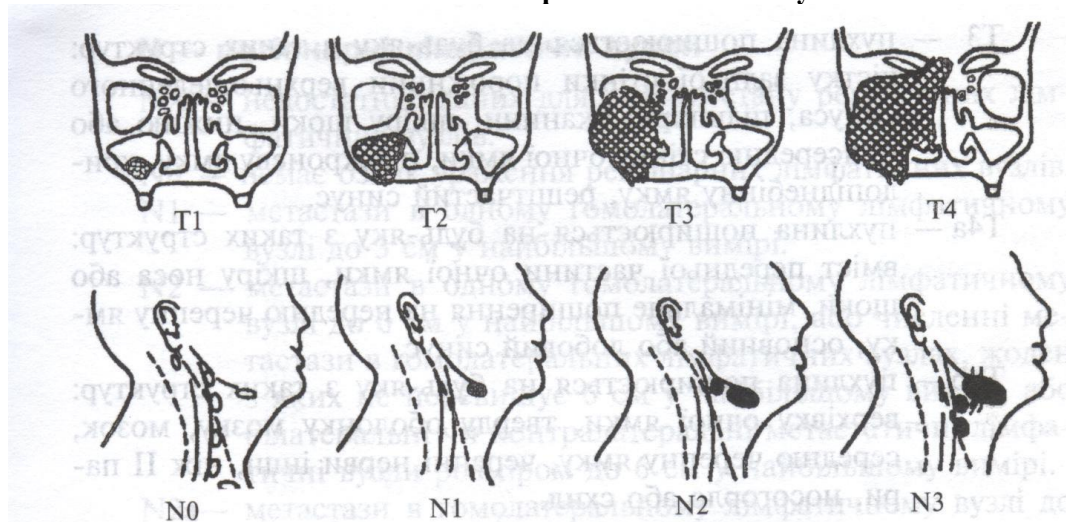
Прийом, курація тематичних хворих проводиться в поліклініці та стаціонарі ПКОД. При наявності декількох хворих за темою студенти розділяються на підгрупи по 2 – 3, самостійно обстежують хворих, вивчають результати спеціальних методів обстеження, в разі необхідності виконують під керівництвом викладача 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:

Схема росту пухлини верхньощелепної пазухи та шляхи лімфогенного метастазування



Б. Задачі для самоконтролю:

1. Площини Онгрена умовно поділяють верхньощелепну пазуху на які сектори?
(Відповідь: передньо-нижньо-задній, задньо-верхньо-внутрішній, задньо-верхньо-зовнішній)
2. Що включають в блок видаляємих тканин при операції Крайля?
(Відповідь: у блок тканин, що видаляються включається клітковина і лімфатичні вузли шиї, грудинно-ключично-соскоподібний м'яз, внутрішня яремна вена, додатковий нерв, піднижньощелепна залоза і нижній полюс привушної залози)
3. Що включають в блок видаляємих тканин при операції Ванаса?
(Відповідь: видаляються підпідборідкові, піднижньощелепі лімфатичні вузли і глибокі шийні лімфовузли в зоні від двочервцевого м'яза до верхнього краю сухожилка лопатково-під'язичного м'яза, обидві піднижньощелепні залози і нижній полюс привушної залози)

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю ($\alpha=II$):

1. Клінічні симптоми ураження верхньо-задньо-медіального сегменту (за Онгренем) верхньощелепної пазухи є:

- А. Рухомість фронтальних зубів.
- В. Рухомість молярів, «тризм».
- С. Екзофтальм, диплопія, слъзотеча.
- Д. Екзофтальм, диплопія, парестезія в зоні інервації 3 гілки трійчастого нерва.
- Е. Асиметрія обличчя.

(Правильна відповідь: С)

2. Рентгенографічна картина одонтогенной карциноми (первинного раку) нижньої щелепи?

- A. Осередок розрідження кісткової тканини з чіткими межами, репаративні процеси в навколишній кістці відсутні.
- B. Осередок розрідження кісткової тканини без чітких меж, репаративні процеси в навколишній кістці відсутні.
- C. Осередок розрідження кісткової тканини з чіткими межами, виражені репаративні процеси в навколишній кістці.
- D. Осередок розрідження кісткової тканини без чітких меж, виражені репаративні процеси в навколишній кістці.
- E. Осередок розрідження кісткової тканини з чіткими межами у вигляді «мильних пухирів».

(Правильна відповідь: B)

3. Синонім первинного (центрального) раку щелепи:

- A. Саркома щелепи.
- B. Саркома Юінга.
- C. Одонтогенна карцинома.
- D. Хвороба Педжета.
- E. Одонтоамелобластома.

(Правильна відповідь: C)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. У хворого є припухлість гіперемія в ділянці внутрішнього кута ока, слезотеча на стороні поразки, слизово-гнійні і кров'янисто-гнійні виділення з носа зі смердучим запахом, екзофтальм, обмеження рухів очного яблука, діплопія і зниження гостроти зору.

Де знаходиться ракова пухлина?

(Відповідь: у задньо-верхньо-внутрішньому відділу)

2. У хворого є деформація верхньої щелепи зліва, гнійно-кров'янисті виділення з носу, утруднене носове дихання, зниження чутливості шкіри підочної ділянки, рухомість 24, 25, 26, 27. На рентгенограмі додаткових пазух носа відмічається затемнення лівої верхньощелепної пазухи та резорбція зовнішньої кістки.

Поставте попередній діагноз.

(Відповідь: зляквісна пухлина лівої верхньої щелепи)

3. При раковій пухлині у верхньощелепній пазусі як будуть виражені реактивні і репаративні процеси з боку кістки й окістя, що можуть бути виявлені при проведенні рентгенологічного дослідження?

(Відповідь: не виражені (відсутні))

7. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Онкологія. За ред. Б.Т. Білинського, Ю.М. Шпарика. – Київ: «Здоров'я», 2004. – 527 с.
2. Онкологія /За ред. В.П.Баштана, А.Л. Одабашьяна, П.В. Шелешка. – Тернопіль; Укрмедкнига, 2003. – 316 с.
3. Черенков В.Г. Клиническая онкология: Руководство для студентов и врачей. М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 1999. – 384 с.

Додаткова література:

1. Онкологія. За ред. І.Б. Щепотіна. – Київ: «Книга плюс», 2006. – 496 с.
2. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. М.: Медицина, 1983. – 416 с.
3. Соловьёв М.М. Онкологические аспекты в стоматологии. М.: Медицина, 1983. – 160 с.
4. Гистологическая классификация опухолей слюнных желёз. Всемирная организация здравоохранения. Женева, 1976.
5. Справочник по онкологии. Под ред. С.А. Гриневича, Д.В. Мясоедова. – Київ. «Здоров'я», 2009. -576 с.
6. Вибрані лекції з клінічної онкології. За ред. проф. Г.В. Бондаря і проф. С.В. Антіпової. Луганськ, 2009. – 560 с.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
Сумський державний університет
Медичний інститут

«Затверджено»
на засіданні кафедри
стоматології

Завідувач кафедри
д. мед. н. Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	3
Змістовний модуль №	3
Тема заняття	Рак губи. Рак органів порожнини рота (язика, щоки, дна порожнини рота, твердого та м'якого піднебіння). Походження та гістологічна будова, класифікація, клініка, диференційна діагностика, лікування, ускладнення, профілактика.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Останніми роками спостерігається безперервний ріст частоти захворюваності на рак слизової оболонки порожнини рота та язика. Тому майбутній лікар повинен бути обізнаний із причинами виникнення раку; необхідне розуміння 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, знання показань та протипоказань до сучасних методів лікування онкологічних захворювань і організації онкологічної служби необхідно для своєчасного направлення хворих з пухлинами до спеціалістів-онкологів.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1.Аналізувати захворюваність злоякісних новоутворень губи, язика, слизової оболонки порожнини рота.
- 2.2.Пояснювати патогенез виникнення злоякісних новоутворень губ, слизової оболонки порожнини рота, язика.
- 2.3.Запропонувати методи діагностики злоякісних новоутворень губ, слизової оболонки порожнини рота, язика.
- 2.4.Класифікувати злоякісні новоутворення губ, слизової оболонки порожнини рота, язика.
- 2.5.Трактувати патологічну анатомію злоякісних новоутворень губи, язика, слизової оболонки порожнини рота.
- 2.6.Малювати схеми, графіки злоякісних новоутворень губи, язика, слизової оболонки порожнини рота.
- 2.7.Проаналізувати висновки діагностичних методів злоякісних новоутворень губи, язика, слизової оболонки порожнини рота, встановити діагноз.
- 2.8.Скласти план лікування злоякісних новоутворень губи, язика, слизової оболонки порожнини рота 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.	Описання анатомічної будови та особливостей кровопостачання, інервації, лімфатичної системи голови та шиї.
2. Гістологія.	Знання гістологічної будови тканин губ, язика, слизової оболонки порожнини рота.
3. Патологічна анатомія.	Знання патологічних змін в гістологічній будові тканин губ, язика, слизової оболонки порожнини рота при злоякісних новоутвореннях.
4. Внутрішні хвороби.	Описання історії хвороби, порівняння клінічних обстежень.
5. Загальна хірургія.	Схематичне зображення операцій при злоякісних новоутвореннях губ, слизової оболонки порожнини рота, язика.
6. Пропедевтика хірургічної стоматології.	Володіння забору матеріалу для цитологічного 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.	Це cancer in situ.
2. Біопсія тотальна.	Це біопсія in toto.
3. Продовження захворювання.	Prolongatio morbi.
4. Метастаз.	Це вторинне патологічне вогнище, яке виникає в

	результаті переносу в організмі різного патологічного матеріалу.
Канцерогенез.	Це механізм розвитку раку.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Які фактори впливають на виникнення злоякісних новоутворень губ, язика, слизової оболонки порожнини рота.
2. Як класифікуються злоякісні новоутворення губ, язика, слизової оболонки порожнини рота (вітчизняна класифікація)?
3. Як класифікуються злоякісні новоутворення губ, язика, слизової оболонки порожнини рота за класифікацією TNM (міжнародна класифікація ВООЗ)?
4. Які принципи діагностики злоякісних новоутворень губ, язика, слизової оболонки порожнини рота.
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 губ Ви знаєте? Методики виконання різних методів біопсії.
7. Яких правил слід дотримуватись під час взяття біопсії?
8. Які принципи лікування злоякісних новоутворень губ, язика, слизової оболонки порожнини рота.
9. Що таке комбіноване лікування?
10. Що таке комплексне лікування?
11. Що таке паліативне лікування?
12. Як виконується диспансеризація хворих із злоякісними новоутвореннями губ, язика, слизової оболонки порожнини рота?

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

1. Обстежити хворого зі злоякісним новоутворенням губ, слизової оболонки порожнини рота або язика.
2. Заповнити медичну документацію на хворого із злоякісним новоутворенням губ, слизової оболонки порожнини рота або язика.
3. Скласти план обстеження хворого із злоякісним новоутворенням губ, слизової оболонки порожнини рота або язика.
4. Взяти матеріал для цитологічного дослідження пухлини.
5. Провести забор матеріалу для цитологічного дослідження лімфатичних вузлів.
6. Провести забор матеріалу для гістологічного дослідження (виконати біопсію).
7. Поставити та обґрунтувати клінічний діагноз.
8. Скласти та обґрунтувати план лікування.
9. Призначити хворому диспансерний нагляд.

5. ЗМІСТ ТЕМИ:

ЗЛОЯКІСНІ НОВОУТВОРЕННЯ ГУБИ

Рак губи – виникає в ділянці червоної облямівки губи. В 90-95 % хворих пухлина уражає нижню губу. 90 % хворих – чоловіки. Рак губи зустрічається переважно у людей 40-60 років, однак може спостерігатись і у молодших та старіших хворих. Захворюваність на рак нижньої губи в Україні становить 4,7 на 100 тис. населення, на Полтавщині – 7,1 на 100 тис. (1986 р.).

Етіологія. Рак нижньої губи частіше виникає у осіб, які зазнають тривалого впливу атмосферних чинників – тривала інсоляція, обвітрювання, зміна вологості, температури. Значну роль відіграють хронічна травматизація губів каріозними зубами і неправильно виготовленими протезами, мікро опіки та хронічна травма внаслідок паління тютюну, вірусна інфекція та інші.

Патогенез. Внаслідок дегенеративно-проліферативних змін клітин мальпігієвого шару епітелію губи порушуються процеси ороговіння, що призводить до виникнення передракового стану. Згідно класифікації Машкіллейсона облігатними передраками губи є преканцерозний хейлит Манганотті, вогнищевий гіперкератоз червоної облямівки губи, бородавчастий передрак червоної облямівки губи та хвороба Боуена. Серед факультативних передраків з більш високою вірогідністю малігнізації є папілома, ерозивна і бородавчаста форми лейкоплакії, шкірний ріг, кератоакантома та інші. Такі захворювання, як хронічний хейлит, ерозивна та гіперкератотична

форма червоного вовчачка і плоского лишая, хронічні виразки та тріщини губи при тривалому існуванні та відсутності адекватного лікування також можуть стати причиною виникнення раку.

Патологічна анатомія. рак нижньої губи розвивається з багатошарового плоского епітелію червоної облямівки і в подальшому може поширюватись на слизову оболонку і шкіру. Переважна більшість пухлин губи (80-95%) – це плоскоклітинний роговіючий рак, близько 4-18% спостережень припадають на нероговіючі форми, дуже рідко – базальноклітинний і недиференційований рак. Злоякісний перебіг хвороби у плоскоклітинного раку без ороговіння. Найбільш агресивний – у недиференційованих форм.

Для раку губи характерним є лімфогенне метастазування, віддалені метастази постерігаються рідко. Першим етапом метастазування раку губи є під підборідні і під нижньощелепні лімфатичні вузли, другим етапом – глибокі шийні лімфатичні вузли (позадущелепні, вздовж внутрішньої яремної вени і сонної артерії), третій етап – надключичні.

Класифікація раку губи. В залежності від розповсюдженості пухлинного процесу вітчизняна класифікація передбачає розподіл раку губи на чотири стадії:

I. Обмежена пухлина або виразка розміром до 1,5 см, обмежена слизовою оболонкою або підслизовим шаром червоної облямівки, без метастазів;

II а. Пухлина або виразка, обмежена слизовою оболонкою або підслизовим шаром червоної облямівки більш ніж 1,5 см, але не більше половини губи, без метастазів;

II б. Пухлина або виразка таких же або менших розмірів, але при наявності метастазів в 1-2 рухомих регіонарних лімфовузлах;

III а. Пухлина або виразка, що займає більшу частішу губи, з проростанням в її товщину або поширенням на кут рота, щоку, м'які тканини підборіддя, без метастазів;

III б. Пухлина або виразка таких же 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 лімфовузлах, 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

Зовнішня поверхня верхньої губи (червона облямівка) – C00.0

Зовнішня поверхня нижньої губи (червона облямівка) – C00.1

Комісури губи – C00.6

Порожнина рота

Слизивий шар щік:

Слизива поверхня верхньої і нижньої губи (C00.3, C00.4).

Слизива оболонка щоки (C06.0).

III. Ретромолярна ділянка (C06.2).

IV. Щічно-губна борозда, верхня і нижня – присінок рота (C06.1).

Альвеолярна поверхня (відросток) слизової оболонки ясен верхньої щелепи (C03.0).

Альвеолярна поверхня (відросток) слизової оболонки ясен нижньої щелепи (C03.1).

Тверде піднебіння (C05.0).

Язик:

Дорсальна поверхня передніх двох третин язика (C02.0) і бічна поверхня (C02.1).

Вентральна (нижня) поверхня передніх двох третин язика (C02.2).

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} - преінвазивна карцинома (carcinoma in situ);

T₁ – пухлина до 2 см в найбільшому вимірі;

T₂ – пухлина понад 2 см, але не більш ніж 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, верхньощелепну пазуху, шкіру обличчя);
 T_{4b} – порожнина рота (нерезектабельні): 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 лімфатичні вузли розміром понад 6 см у найбільшому вимірі.
 Примітка: лімфатичні вузли по середній лінії тіла вважаються гомолатеральними.
 M – віддалені метастази;
 M_x – недостатньо даних для визначення віддалених метастазів;
 M₀ – немає ознак віддалених метастазів;
 M₁ – є віддалені метастази;

рTNM Патоморфологічна класифікація

Категорії рТ, рN, рМ відповідають категоріям Т, N та М

рN0 – 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.

Групування за стадіями

Стадія 0	T _{is}	N ₀	M ₀
Стадія I	T ₁	N ₀	M ₀
Стадія II	T ₂	N ₀	M ₀
Стадія III	T ₃	N ₀	M ₀
	T ₁	N ₁	M ₀
	T ₂	N ₁	M ₀
	T ₃	N ₁	M ₀
Стадія IVA	T _{4a}	N ₀ , N ₁	M ₀
	T ₁ , T ₂ , T ₃	N ₂	M ₀
	T _{4a}	N ₂	M ₀
Стадія IVB	T _{4b}	будь-яке N	M ₀
	будь-яке рТ	N ₂	M ₀
Стадія IVC	будь-яке Т	будь-яке N	M ₁

Клініка. Клінічні прояви раку губи досить різноманітні. Розрізняють екзофітні та ендофітні види росту пухлини. До екзофітних належать папілярна та бородавчаста форми, до ендофітних – виразкова та виразково-інфільтративна форми. Екзофітні форми виникають на фоні папілом, обмеженого вогнищового гіперкератозу. Ендофітні форми 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 малопомітними і вони зазвичай губляться на фоні існуючого передракового процесу. Ознакою малігнізації може бути посилення деструктивного процесу та поява інфільтрату. Звичайно на межі червоної облямівки шкіри з'являється жорстке ущільнення, яке нагадує струп. Після зняття рогових мас оголюється рожева поверхня з дрібними сосочками, покритими лімфою та крапельками крові. Струп може відпадати самостійно, з часом поновлюючись. Темп росту пухлини від повільного до швидкого поширення на всю губу, більш інтенсивний при ендofітних формах раку. В більш пізніх періодах як езофiтні, так й ендofітні форми раку губи, прогресуючи, неодмінно приводять до виникнення інфільтративно-виразкових форм, що супроводжується утворенням обширних 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, що 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 лімфовузлів слід проводити одночасно з обох боків. При підозрі на рак губи обов'язково слід поводити цитологічне дослідження мазків-відбитків із пухлинної виразки: патологічна ділянка очищується від кірок, некротичного нальоту, після чого береться матеріал для цитологічного дослідження; досліджується також пунктат регіонарних лімфовузлів. Біопсію бажано виконувати в умовах онкодиспансеру.

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 підрити 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 враховується стадія, клінічна і морфологічна форма пухлини.

Лікування в I стадії переважно променеве: близькофокусна рентгенотерапія сумарною осередковою дозою до 70 Гр. У випадку радіо резистентних раків застосовують хірургічне лікування – широке прямокутне, трапецієподібне (але не клиноподібне) електровисічення з пластичним закриттям дефекту. Застосовують кріохірургію. Лімфатичні вузли в I стадії не видаляють.

В II стадії для лікування первинного вогнища також застосовують близькофокусну рентгенотерапію сумарною осередковою дозою до 70 Гр. При поодиноких зміщуваних регіонарних метастазах (II б стадія) – виконується операція Валаха або її модифікації (верхня шийна лімфаденектомія).

В III стадії раку губи лікування первинної пухлини променеве або комбіноване. Дистанційна гама-терапія як самостійний метод проводиться до сумарної 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 III а стадії виконується операція Валаха за I або II варіантом з профілактичною метою.

Лікування регіонарних метастазів при III б стадії – комбіноване. Дистанційну гама-терапію сумарною осередковою дозою 40 Гр на зони регіонарного метастазування виконують одночасно з проведенням променевої терапії первинного вогнища. Безпосередньо після вилікування первинної пухлини виконується фасціально-футлярне видалення клітковини шиї або операція Крайля.

В IV стадії при відсутності віддалених або множинних не зміщуваних регіонарних метастазів 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, дна порожнини рота, а також двобічне видалення клітковини з лімфовузлами 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 – не менш 2-3 см від пухлини – електрохірургічне видалення або кріохірургія.

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

Епідеміологія. Захворюваність на рак слизової оболонки порожнини рота, язика в 1996 році в Україні становила 4,25 на 100 тис. населення, а в Полтавській області цей показник був значно вищим – 5,8 на 100 тис. населення. Чоловіки хворіють значно частіше за жінок. Так, рак слизової оболонки порожнини рота в Україні у чоловіків складав 4,4 % усіх злоякісних пухлин, а у жінок – 0,8 %. В структурі злоякісних пухлин слизової оболонки порожнини рота рак язика становить близько 60 %, рак слизової оболонки дна порожнини рота біля 20 %, рак слизової оболонки щік – близько 10 %, далі іде рак піднебіння та слизової оболонки альвеолярних відростків. Найчастіше хворіють люди у віці 50-70 років, але нерідко трапляються і значно молодші хворі. В географічному плані найвища захворюваність спостерігається в республіках Центральної Азії, Пакистані, Індії.

Етіологія. Початок раку слизової оболонки порожнини рота та язика можна пояснити з позицій полі етіологічної теорії походження раку. Механічні подразнення температурні, хімічні, біологічні чинники, не будучи специфічними, при незадовільному гігієнічному стані ротової порожнини ініціюють розвиток як передракових станів, так – потім 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 бетелю, опіки етиловим алкоголем та інші. Внаслідок дії цих чинників слизова оболонка язика та ротової порожнини грубішає, втрачає еластичність, надмірно ороговіє – проявляється дискератоз в тій чи іншій формі.

Передракові захворювання. Згідно з сучасними класифікаціями (А.Л.Машкіллейсон) до передракових захворювань, які передують розвитку раку слизової оболонки порожнини рота належать хвороба Боуена (облігатних передрак) та група факультативних передраків з більшою потенційною злоякісністю – лейкоплакія ерозивна та верукозна, папілома та папіломатоз піднебіння; з меншою потенційною злоякісністю – лейкоплакія плоска, хронічні виразки слизової оболонки порожнини рота, ерозивні та гіперкератотичні форми червоного плоского лишая та червоного вовчака, пост рентгенівський стоматит та інші.

Патологічна анатомія. Макроскопічне рак слизової оболонки ротової порожнини зустрічається у вигляді як екзофітних форм, до яких належать папілярні і бородавчасті (верукозні) пухлини, так і ендофітних форм, серед яких слід розрізняти виразкові, інфільтративні і виразково-інфільтративні пухлини.

Екзофітні форми раку трапляються у 20-30% хворих і мають вигляд сосочкових, бородавчастих або грибоподібних утворень на широкій основі.

Серед ендофітних форм частіше спостерігаються виразкові (30-40 %), для яких характерна наявність виразки з валикоподібними підвищеними краями, інфільтрованими стінками і основою. Інфільтративні форми найчастіше спостерігаються в ділянці задньої третини язика (біля 5 %) і характеризуються наявністю щільного інфільтрату під незміненою слизовою оболонкою. Внаслідок подальшого розвитку процесу початкові форми раку набувають характеру виразково-інфільтративних.

Гістологічне 90 % злоякісних епітеліальних пухлин слизової оболонки порожнини рота є плоскоклітинні роговіючі раки, інколи зустрічаються нероговіючі та недиференційовані. За гістологічною будовою рак передніх відділів язика переважно є плоскоклітинним, роговіючим, тобто високо диференційованим. Ближче до кореня язика зустрічається рак плоскоклітинний нероговіючі, який є менш диференційованим, та перехідні форми. Низькодиференційований рак (головним чином кореню язика) складає біля 2-3 %. В ділянці кореню язика та піднебіння зустрічаються також залозистий рак, мукоепідермоїдний рак та аденокистозні карциноми (циліндроми), які виникають із малих слинних залоз.

Метастазування майже завжди носить лімфогенний характер. Метастазами уражаються переважно регіонарні лімфатичні вузли. Гематогенні метастази у віддалені органи спостерігаються дуже рідко. Регіонарними для слизової оболонки порожнини рота та язика вважаються підпідборідні, піднижньощелепні, заглоткові та верхні глибокі шийні лімфовузли. Найпостійнішою та самою чисельною групою первинних лімфатичних вузлів є ланцюжок глибоких шийних лімфатичних вузлів. Особливо часто спостерігається ураження цих регіонарних лімфатичних вузлів у хворих на рак кореню язика (до 70%).

Для раку переднього відділу порожнини рота і язика першим етапом метастазування є піднижньощелепні і підпідборідні лімфовузли, для раку задніх відділів порожнини рота і задньої третини язика крім того є глибокі шийні лімфовузли (верхні, середні і навкологлоткові). Другим етапом метастазування є шийні лімфовузли і третім – надключичні. У хворих на рак язика і дна порожнини рота спостерігається значно раніше і часто двобічне або перехресне метастазування і агресивний перебіг.

Класифікація раку язика за стадіями розвитку:

А. Вітчизняна:

I стадія – пухлина до 1 см в найбільшому вимірі, що розповсюджується лише на глибину слизової оболонки та підслизового шару. Метастазів немає.

II а стадія – пухлина або виразка більшого розміру, що вростає в товщу підлеглої м'язової тканини, але не виходить за середню лінію язика.

II б стадія – пухлина такого ж розміру або менша з наявністю однобічних поодиноких рухомих регіонарних метастазів.

III а стадія – пухлина або виразка, що розповсюджується за середню лінію язика або на дно порожнини рота.

III б 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 ретромоларної 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 розповсюженості, 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 ший 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, блеомицин, 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 такий же, 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 бухтоподібне, місцями вкрите жовтуватими точками. При їх дослідженні знаходять друзи 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.

Диференційна діагностика виразкових уражень щелепно-лицевої ділянки (за Д.Л. Коритним)

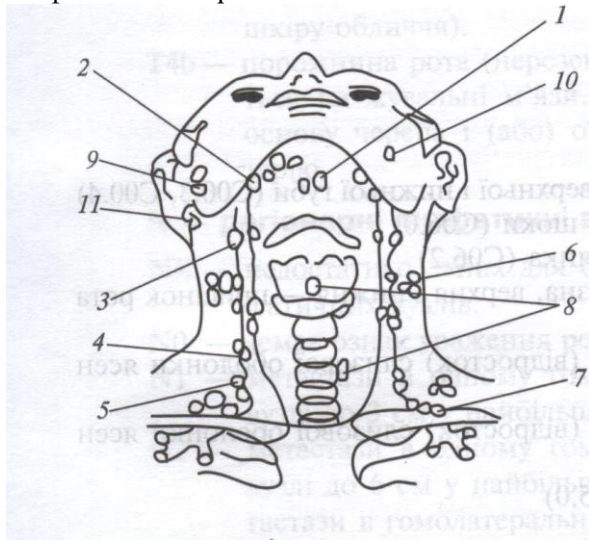
Види	Декубітальна	Трофічна	Туберкульозна	Сифілітична	Ракова
Локалізація	На ділянках дії травмуючого фактора	Дно порожнини рота, ретромоларний простор, язик	Частіше в середньому відділенні порожнини рота	В будь-якій ділянці порожнини рота та червоної облямівки губ	Частіше губа, язик
Кількість елементів	Поодинокі, мілкі, різної величини	Поодинокі, значної величини, глибокі	1-3 поверхневі, невеликі, з нахилом до периферійного росту	Поодинокі розміром від чечевиці до копійкової монети, круглої або овальної форми	Поодинокі, різної величини

Характеристика: а) країв	Нерівні, фістончасті	Рівні	Підриті, нависаючі, з'їдені	Рівні, щільні, підвищуються над оточуючими тканинами	Нерівні, з'їдені, вивернуті, підвищені
б) дна	Бугристе	Відносно рівне	Вкрите кровотокащим и ранами, іноді залишками сірватожовтуватого розпаду Сіруватожовтий	Рівне	Підрите, легко кровоточить
в) нальоту	Сіро-брудний в невеликій кількості	Обширний некротичний	Дуже болісна, м'яка	Сальний	Кров'янистогнійний або кірки Болюча, значної щільності
г) болючість та консистенція	Слабка болючість, помірно щільна	Безболісна, м'яка	Дуже болісна, м'яка	Безболісна, щільна	Щільний інфільтрат, перебільшені розміри виразки
д) оточуючих тканин	Гіперемовані, набряклі, інфільтровані на невеликому відстані	Мало змінені, бліді	Набряклі, гіперемовані, можуть бути сіруватожовті «тільця Треля» - туберкульозні бугорки	Запалення відсутнє, незначно інфільтровані	Щільний інфільтрат, перебільшені розміри виразки
е) стан регіонарних лімфатичних вузлів	Збільшена, болюча	Зазвичай не змінені	При збільшенні утворюють «пакети», болюче	Збільшення, щільні, безболісні	По первах не змінені, потім – збільшені, щільні, безболісні
Дані цитологічних досліджень	Без особливостей	Значний розпад тканин	Гігантські клітини Ланганса, туберкульозні палички	В зішкрябі знаходяться бліді трепонени	Атипові або ракові клітини
Серологічні реакції	Негативні	Негативні	Позитивні реакції Перкета Манту	Позитивна реакція Вассермана та ін.	Негативні
Загальний стан хворого	Утруднений прийом їжі, субфебрилітет, головні болі, загальна слабкість	Наявні некомпенсовані порушення з боку серцево-судинної системи	Легеневі форми туберкульозу	Задовільне	В термінальній стадії - кахексія

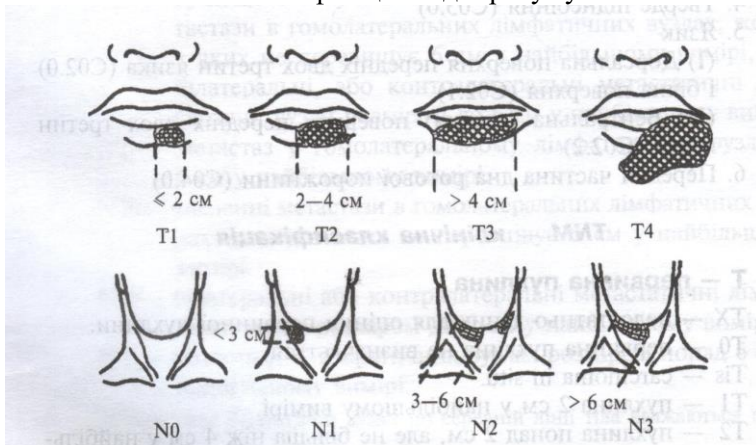
6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Завдання для самоконтролю:

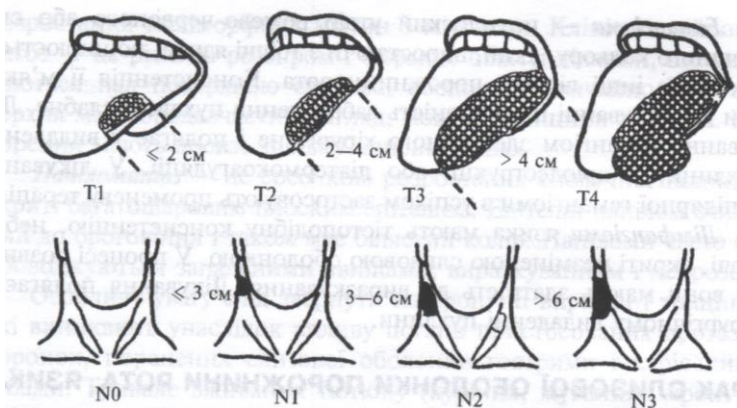
Лімфатичний апарат шії.



Анатомічна схема класифікації стадій раку губи.



Анатомічна схема класифікації стадій раку язика.



Б. Задачі для самоконтролю:

1. Які гістологічні форми раку губи зустрічаються найчастіше?
(Відповідь: плоскоклітинний)
2. Які стадії раку язика вважають запущеним?

(Відповідь: III та IV стадія)

3. Вкажіть оптимальний метод лікування рака губи T1NOMO.

(Відповідь: близько фокусна рентгенотерапія)

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (α=II):

1. Захворюваність раком слизової оболонки порожнини рота:

A. Знижується.

B. Стабільна.

C. Підвищується.

(Правильна відповідь: C)

2. Найбільш частою морфологічною формою злоякісних пухлин слизової оболонки порожнини рота є:

A. Плоскоклітинний рак.

B. Саркома.

C. Мукоепідермоїдна пухлина.

D. Циліндрома.

E. Недиференційований рак.

(Правильна відповідь: A)

3. Найбільш частою локалізацією раку слизової оболонки порожнини рота є:

A. Язик.

B. Дно порожнини рота.

C. Слизова щоки.

D. Слизова м'якого піднебіння.

E. Слизова альвеолярного відростка щелепи.

(Правильна відповідь: B)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. У хворого III., 55 р., в центрі нижньої губи спостерігається виразка 2 см в діаметрі, з валикоподібними краями, спостерігається інфільтрація тканин, що оточують виразку.

Поставте попередній діагноз? В які лімфатичні вузли можливі метастази? Визначте метод лікування хворого.

(Відповідь: рак нижньої губи. Можливі метастази в підщелепні лімфатичні вузли. Лікування комбіноване)

2. Хвора З., 60 років, звернулась із скаргами на біль під час ковтання, що виникла біля 3 тижнів тому і поступово посилюється. Під час огляду на боковій поверхні язика зліва виявлена виразка з переходом на слизову оболонку дна порожнини рота, до 2 см в діаметрі, болісна при пальпації, з кровоточащим дном, спостерігається обмеження рухомості язика. Оточуючі тканини інфільтровані.

Поставте попередній діагноз та вкажіть, які методи дослідження потрібно провести для уточнення діагнозу.

(Відповідь: рак бокової поверхні язика зліва. Необхідно провести біопсію (гістологічний метод) та цитологічне дослідження виразки)

3. Лікар-стоматолог поліклініки виявила у хворого ураження нижньої губи, підозріле на рак.

До якої клінічної групи належить хворий? Яка подальша тактика лікаря-стоматолога?

(Відповідь: клінічна група 1-А. Необхідно провести біопсію або цитологічне обстеження, направити хворого в онкологічний диспансер)

7. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Онкологія. За ред. Б.Т. Білтнського, Ю.М. Шпарика. – Київ: «Здоров'я», 2004. – 527 с.

2. Онкологія /За ред. В.П.Баштана, А.Л. Одабашьяна, П.В. Шелешка. – Тернопіль; Укрмедкнига, 2003. – 316 с.

3. Черенков В.Г. Клиническая онкология: Руководство для студентов и врачей. М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 1999. – 384 с.

Додаткова література:

1. Онкологія. За ред. І.Б. Щепотіна. – Київ: «Книга плюс», 2006. – 496 с.
2. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. М.: Медицина, 1983. – 416 с.
3. Соловьёв М.М. Онкологические аспекты в стоматологии. М.: Медицина, 1983. – 160 с.
4. Гистологическая классификация опухолей слюнных желёз. Всемирная организация здравоохранения. Женева, 1976.
5. Справочник по онкологии. Под ред. С.А. Гриневича, Д.В. Мясоедова. – Київ. «Здоров'я», 2009. -576 с.
6. Вибрані лекції з клінічної онкології. За ред. проф. Г.В. Бондаря і проф. С.В. Антіпової. Луганськ, 2009. – 560 с.
7. Стандарти діагностики і лікування онкологічних хворих. Затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Онкологія» від 17.09.2007 № 554. – 199 с.
8. Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний. Под ред. Н.И. Переводчиковой. – Москва: Практическая медицина, 2005. – 704

СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ
Кафедра стоматології

Затверджено
на засіданні кафедри стоматології
протокол № 1 від 28.08.2017 р.
Завідувач кафедри
_____ д.мед.н. Лахтін Ю.В.

**Методичні вказівки
для самостійної роботи студентів
з дисципліни «Хірургічна стоматологія» 4 курс
Модуль 4**

Суми 2017

Методичні вказівки складено:
асистент Черненко В.М.

З М І С Т

1. Статистика та класифікація пошкоджень щелепно-лищевої ділянки мирного часу. Методи обстеження хворих з травмою щелепно-лищевої ділянки.
2. Предмет і завдання військової стоматології. Організація хірургічної допомоги щелепно-лицевим пораненим у мирних, екстремальних умовах. Військово-медична доктрина. Основні принципи організації, об'єм і зміст допомоги, етапи медичної евакуації та медичне сортування поранених у щелепно-лицеву ділянку.
3. Загальна характеристика, клінічний перебіг, діагностика вогнепальних поранень и пошкоджень м'яких тканин, кісток обличчя в мирний час: класифікація, особливості клінічного перебігу, діагностика. Перша допомога. Методи хірургічної обробки ран м'яких обличчя. Вплив порушень естетики обличчя на психіку поранених. Самостійна робота – практичні навички з виготовлення м'яких пов'язок.
4. Загальна характеристика, клінічний перебіг, діагностика вогнепальних поранень і пошкоджень м'яких тканин, кісток обличчя в екстремальних умовах: класифікація, особливості клінічного перебігу, діагностика пошкоджень на етапах медичної евакуації. Пластична хірургія в лікуванні пошкоджень обличчя. Сучасна вогнепальна рана, її лікування.
5. Травматична хвороба: патогенез, особливості при пошкодженнях щелепно-лищевої ділянки.
6. Ранні ускладнення ушкоджень ЩЛД (синдром тривалого здавлення тканин обличчя). Медична допомога на місці травми, на етапах медичної евакуації. Супутні ускладнення пошкоджень ЩЛД (кровотеча, асфіксія, шок), їх профілактика.
7. Вивихи і переломи зуба. Переломи альвеолярного відростку. Статистика, класифікація, клініка, діагностика, методи лікування.
8. Пошкодження м'яких тканин щелепно-лищевої ділянки в мирний час та в екстремальних умовах. Класифікації, клінічний перебіг, методики хірургічної обробки ран, види швів. Надання допомоги таким пораненим на місці отримання травми, на етапах медичної евакуації з урахуванням естетики обличчя.
9. Пошкодження нижньої щелепи в мирний час, в екстремальних умовах: анатомія пошкоджень, класифікація, клінічний перебіг, діагностика, медична допомога пораненим на місці травми, на етапах медичної евакуації. Хірургічна обробка ран при пошкодженнях нижньої щелепи, принципи пластичної хірургії. Досягнення вітчизняних вчених, співробітників кафедри.
10. Пошкодження верхньої щелепи в мирний час, в екстремальних умовах: анатомія пошкоджень, класифікація, клінічний перебіг, медична допомога пораненим на місці травми, на етапах медичної евакуації. Хірургічна обробка ран при пошкодженнях верхньої щелепи та принципи пластичної хірургії. Досягнення вітчизняних вчених та співробітників кафедри.
11. Пошкодження виличних кісток, кісток носа в мирний час. Класифікація, частота, клініка, діагностика, лікування, досягнення вітчизняних вчених, співробітників кафедри.
12. Пошкодження кісток носа в екстремальних умовах: класифікація, частота, клініка, діагностика, лікування. Досягнення вітчизняних вчених, співробітників кафедри.
13. Семінар. Пошкодження м'яких тканин щелепно-лищевої ділянки та кісток лицевого скелету у мирний час та в екстремальних умовах.

14. Тимчасова (евако-транспортна) іммобілізація при пошкодженнях кісток лицевого черепа: вимоги, види, недоліки та переваги. Постійна (лікувальна) іммобілізація щелеп назубними шинами, капами. Досягнення вітчизняних вчених, співробітників кафедри.
15. Постійна (лікувальна) іммобілізація щелеп назубними шинами, капами при пошкодженнях кісток лицевого черепа: вимоги, види, недоліки та переваги. Досягнення вітчизняних вчених, співробітників кафедри.
16. Остеосинтез, апаратні методи фіксації фрагментів кісток лицевого черепа. Досягнення вітчизняних вчених, співробітників кафедри.
17. Поєднані ушкодження щелепно-лицевої ділянки. Черепно-щелепно-лицеві ушкодження. Особливості клінічного перебігу, діагностика, ускладнення, особливості лікування на етапах медичної евакуації. Досягнення вітчизняних вчених, співробітників кафедри.
18. Комбіновані ураження тканин щелепно-лицевої ділянки. Особливості клінічного перебігу, діагностика, ускладнення, особливості лікування на етапах медичної евакуації. Променева хвороба: клініка, діагностика, лікування.
19. Термічні ушкодження та відмороження обличчя в мирний час, в екстремальних умовах. Їх наслідки, лікування, профілактика ускладнень, можливості пластичної хірургії. Опікова хвороба при ушкодженнях обличчя: клініка, діагностика, лікування.
20. Семінар. Регенерація кісткової тканини, види. Загоєння кісткової рани. Методи оптимізації регенерації кісткової тканини. Поєднані, комбіновані та термічні ушкодження тканин щелепно-лицевої ділянки. Досягнення вітчизняних вчених, співробітників кафедри.
21. Догляд та харчування постраждалих з травмою щелепно-лицевої ділянки. ЛФК та фізіотерапія при комплексному лікуванні постраждалих з ушкодженнями щелепно-лицевої ділянки.
22. Об'єм та порядок надання допомоги щелепно-лицевим пораненим на етапах медичної евакуації. Військово-лікарська експертиза та експертиза непрацездатності при пораненнях та захворюваннях щелепно-лицевої ділянки мирного і військового часу.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
Сумський державний університет
Медичний інститут

«Затверджено»
на засіданні кафедри
стоматології

Завідувач кафедри
д.мед.н.Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	4
Змістовний модуль №	4
Тема заняття	Статистика та класифікація пошкоджень щелепно-лицевої ділянки мирного часу. Методи обстеження хворих з травмою щелепно-лицевої ділянки.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Сучасний ритм життя суспільства, технічний прогрес, модернізація виробництва зумовлюють постійний зріст травматизму, що вимагає від лікаря-стоматолога вільно орієнтуватися в питаннях діагностики травми щелепно-лицевої ділянки мирного часу, досконалого володіння методами надання першої допомоги при травмі обличчя та подальшого лікування таких постраждалих.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати етіологічні фактори, що сприяють виникненню травматичних пошкоджень.
- 2.2. Пояснювати особливості статистичних показників травматичних пошкоджень різних ділянок обличчя.
- 2.3. Запропонувати план обстеження хворого з травмою щелепно-лицевої ділянки.
- 2.4. Класифікувати травматичні пошкодження щелепно-лицевої ділянки.
- 2.5. Трактувати принципи діагностики травматичних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки.
- 2.6. Малювати графологічну схему теми.
- 2.7. Проаналізувати результати лабораторних та інструментальних обстежень.
- 2.8. Скласти алгоритм дій лікаря під час клінічного обстеження хворого з пошкодженнями щелепно-лицевої ділянки.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція)

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Топографічна анатомія.	Визначити пошкоджену анатомічну ділянку.
2. Загальна хірургія.	Здійснити тимчасову зупинку кровотечі.
3. Внутрішні хвороби.	Встановити діагноз непритомності, колапсу, шоку.
4. Фармакологія.	Призначити схему медикаментозного лікування постраждалому.
5. Рентгенологія.	Визначити необхідний для хворого метод обстеження.

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. Ізольована травма.	Це пошкодження однієї анатомічної ділянки одним травмуючим фактором.
2. Поєднана травма.	Це пошкодження двох і більше анатомічних ділянок одним травмуючим фактором.
3. Комбінована травма	Це пошкодження однієї або кількох анатомічних ділянок двома або більше травмуючими факторами.

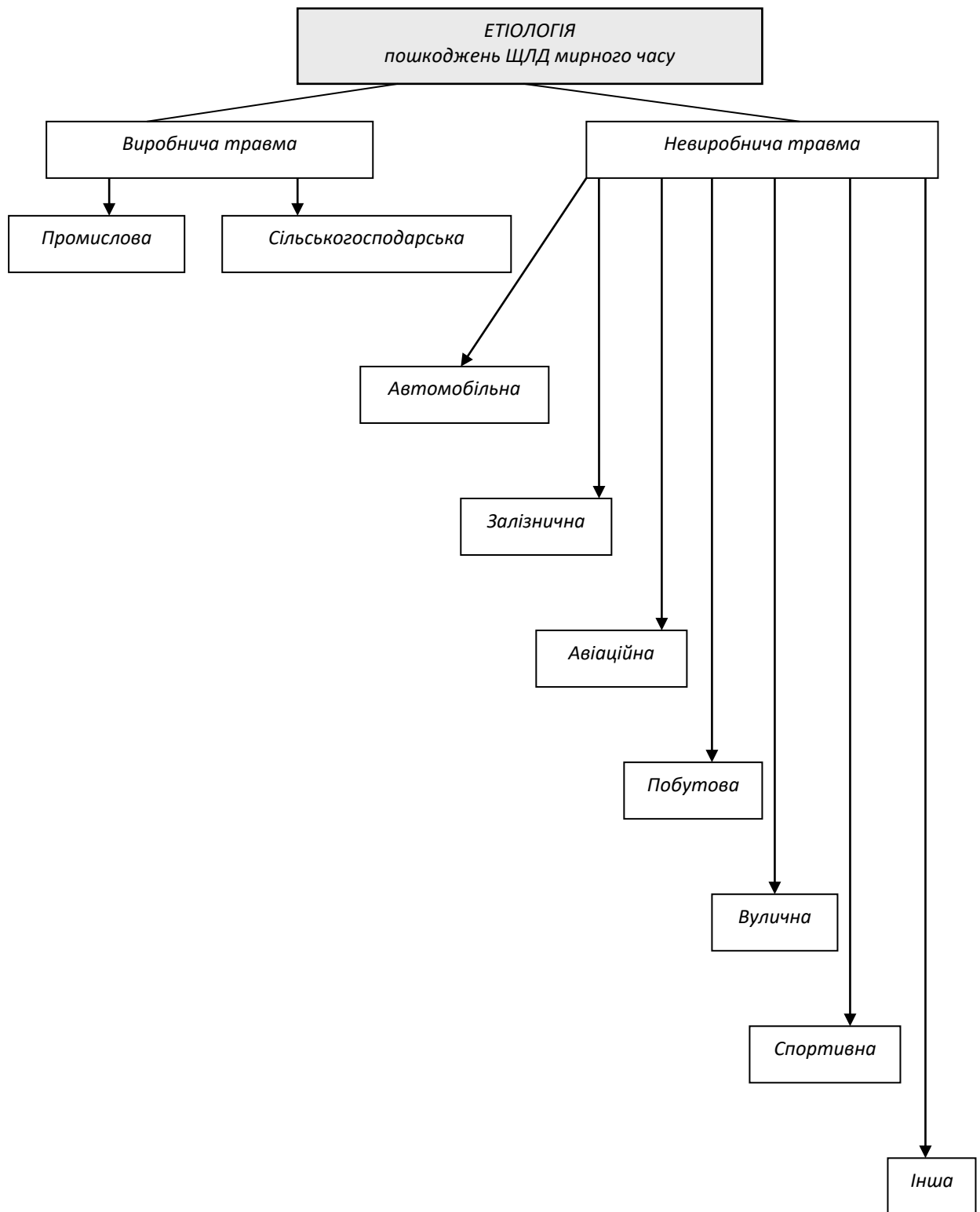
4.2. Теоретичні питання до заняття:

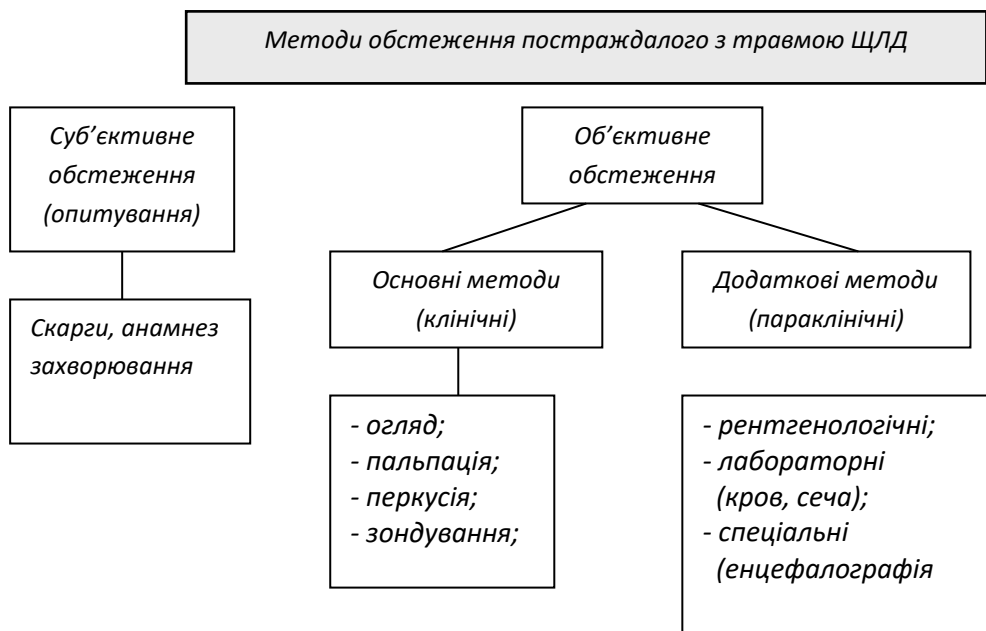
1. Що таке травма?
2. Статистика травматичних пошкоджень ЩЛД в мирний час.
3. Класифікація пошкоджень кісток обличчя.
4. Класифікація пошкоджень м'яких тканин обличчя.
5. Основні методи обстеження постраждалого в амбулаторних умовах.
6. Додаткові методи обстеження постраждалих.

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

1. Провести пальпацію щелепно-лицевої ділянки у хворого з підозрою на перелом верхньої щелепи.
2. Провести пробу непрямого навантаження у хворого з підозрою на перелом нижньої щелепи.

5. ЗМІСТ ТЕМИ:



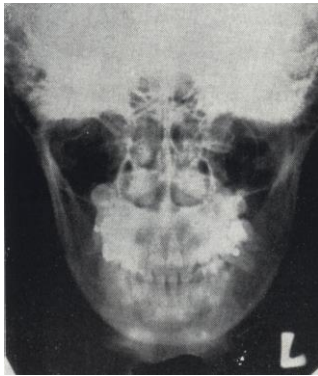


6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

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



Симптом «окулярів» при переломі верхньої щелепи.



лицевого черепа.



Пряма та бокова оглядова проекції кісток



підборідна) проекції черепа.



Аксіальна та напіваксіальна (носо-



Прицільна бокова проекція нижньої щелепи.

Б. Задачі для самоконтролю:

1. На прийом до лікаря звернувся пацієнт з травмою носа одержаною під час спортивного тренування. При обстеженні встановлено діагноз перелома кісток носа без зміщення відламків.

Як належить класифікувати дану травму за етіологією враховуючи, що пацієнт працює спортивним тренером? (Відповідь: виробнича травма)

2. Робітник одержав удар дошкою в ділянку верхньої щелепи під час проведення ремонту вдома у вихідний день. Встановлено діагноз: забита рана верхньої губи. Неповний вивих різців верхньої щелепи.

Як кваліфікувати травму одержану за таких обставин? (Відповідь: побутова травма)

3. Хворий звернувся зі скаргами на біль і порушення жування внаслідок удару в ділянку кута нижньої щелепи зправа, одержаного під час бійки, головний біль, нудоту. Встановлено попередній діагноз: перелом нижньої щелепи.

Які додаткові методи обстеження необхідно провести для уточнення діагнозу? (Відповідь: рентгенографія, консультація невропатолога).

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (a = 2):

1. Яке з наведених пошкоджень можна віднести до ізолюваної травми?

- A. Опік обличчя та шиї.
- B. Перелом верхньої і нижньої щелепи.
- C. Перелом нижньої щелепи.
- D. Різана рана щоки та піднижньощелепної ділянки.
- E. Перелом кісток носа та струс головного мозку.

(Правильна відповідь: C)

2. Яке з наведених пошкоджень є комбінованою травмою?

- A. Різана рана щоки.
- B. Забита рана підборіддя.
- C. Перелом кісток носа та струс головного мозку.
- D. Перелом верхньої та нижньої щелепи.
- E. Перелом нижньої щелепи та термічний опік обличчя.

(Правильна відповідь: E)

3. Яке з наведених пошкоджень спричинене травмуючим фактором, який не є фізичним?

- A. Термічний опік.
- B. Баротравма.
- C. Рана м'яких тканин.
- D. Радіаційний опік.
- E. Опік кислотою.

(Правильна відповідь: E)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. В щелепно-лицеве відділення з місця дорожньо-транспортної пригоди доставлено хворого з відкритим переломом тіла нижньої щелепи. Загальний стан хворого середнього ступеня важкості, в анамнезі втрата свідомості на декілька хвилин, блювота. Хворий скаржиться на нудоту, загальну слабкість, біль в ділянці лівої половини живота. Артеріальний тиск – 100/60 мм. рт. ст., пульс 100 уд /хв., слабого наповнення. Хірург-стоматолог під провідниковим знеболенням зробив репозицію відламків та зафіксував їх шинами Тігерштедта із зачіпними гачками, після чого призначив консультацію терапевта.

Чи є помилка в діях лікаря:(Відповідь: у постраждалого має місце поєднана травма з ознаками травматичного шоку, хірургічні втручання в такому стані виконують лише з приводу кровотечі або асфіксії. Необхідна консультація хірурга-травматолога і невропатолога).

2. На амбулаторний прийом до хірурга-стоматолога звернувся хворий зі скаргами на біль у ділянці кута нижньої щелепи при жуванні, головний біль, запаморочення, нудоту. З'ясовано, що хворий був побитий день тому, мала місце втрата свідомості на декілька хвилин. Після клінічного та рентгенологічного обстеження лікар виключив діагноз перелому нижньої щелепи, призначив прийом анальгіна та контрольний огляд через 3 дні.

Знайдіть помилку в діях лікаря.Відповідь: при наявній клінічній картині була необхідна консультація невропатолога для виключення струсу головного мозку).

3. При огляді постраждалого лікар-стоматолог визначив діагноз двостороннього перелому нижньої щелепи в ділянці підборіддя зі зміщенням відламків, після чого відправив пацієнта в стаціонар санітарною машиною, здійснивши іммобілізацію нижньої щелепи за допомогою бинтової пов'язки, що давить. Під час транспортування у хворого з'явилися ознаки порушення дихання.

Який тип асфіксії розвинувся у хворого і яку помилку здійснив лікар?(Відповідь: пов'язка, що давить протипоказана при переломах нижньої щелепи в межах зубного ряду зі

зміщенням, оскільки призводить до додаткового зміщення відламків. У даного хворого розвинулась дислокаційна асфіксія.).

7. ЛІТЕРАТУРА.

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2т. – Т.2/В.О.Маланчук, І.П.Логвіненко, Т.О.Маланчук, О.Л.Ціленко – К.: ЛОГОС, 2011. – С. 3-4, 9-12.
2. Рузин Г.П. Краткий курс лекций по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Геннадий Петрович Рузин – Киев: «Книга плюс», 2006 – С. 88-89.
3. Стоматологія 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.Демяник. – Харків: Торнадо, 2006. – С.90-98.
4. Ускладнення травматичних пошкоджень щелепно-лищевої ділянки: навч.-метод. посіб. для студ. стомат. факульт. вищих мед. навч. закладів IV рівнів акредитації та інтернів-стоматологів / Рибалов О.В., Ахмеров В.Д. – Полтава: ТОВ «Фірма «Техсервіс»», 2011. – С.6-9.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
Сумський державний університет
Медичний інститут

«Затверджено»
на засіданні кафедри
стоматології

Завідувач кафедри
д.мед.н.Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	4
Змістовний модуль №	4
Тема заняття	Предмет і завдання військової стоматології. Організація хірургічної допомоги щелепно-лицевим пораненим у мирних, екстремальних умовах. Військово-медична доктрина. Основні принципи організації, об'єм і зміст допомоги, етапи медичної евакуації та медичне сортування поранених у щелепно-лицеву ділянку.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Військова стоматологія – це розділ військової медицини, завданням якого є організація та надання всіх видів стоматологічної допомоги особовому складу Збройних Сил України в умовах мирного та військового часу. Знання особливостей вогнепальних та невогнепальних поранень, захворювань тканин та органів щелепно-лицевої ділянки, організації медичної допомоги, профілактики ускладнень та лікування поранених в умовах екстремальних ситуацій та військового часу – прямий обов'язок лікаря-стоматолога. Знання принципів медичного сортування, об'єму медичної допомоги на етапах медичної евакуації поранених дозволить лікарю-стоматологу раціонально організувати надання медичної допомоги щелепно-лицевим пораненим.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати стан військово-медичної доктрини в історичному аспекті.
- 2.2. Пояснювати основні положення військово-медичної доктрини.
- 2.3. Запропонувати сили та засоби медичної служби для надання стоматологічної хірургічної допомоги пораненим у щелепно-лицеву ділянку.
- 2.4. Класифікувати основні принципи організації, об'єм і зміст допомоги, етапи медичної евакуації поранених у щелепно-лицеву ділянку.
- 2.5. Трактувати основні положення медичної деонтології та лікарської етики при наданні допомоги пораненим у щелепно-лицеву ділянку.
- 2.6. Малювати схему медичного сортування поранених у щелепно-лицеву ділянку.
- 2.7. Проаналізувати принципи медичного сортування поранених у щелепно-лицеву ділянку.
- 2.8. Скласти схему медичної евакуації поранених у щелепно-лицеву ділянку.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (МІЖДИСЦИПЛІНАРНА ІНТЕГРАЦІЯ)

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Медицина катастроф	організувати надання першої медичної, долікарської та першої лікарської допомоги пораненим.
2. Топографічна анатомія та оперативна хірургія	Застосовувати знання з хірургічної анатомії голови та шиї. Зобразити схематично методику оперативного втручання при наданні допомоги щелепно-лицевим пораненим. Демонструвати навички з накладання різних видів швів при наданні допомоги пораненим з травматичними ушкодженнями щелепно-лицевої локалізації.
3. Хірургічні хвороби	Описувати історію хвороби пораненого з травматичними ушкодженнями щелепно-лицевої локалізації. Демонструвати навички з проведення первинної хірургічної обробки ран щелепно-лицевої ділянки та шиї. Визначити стан, у якому перебуває поранений з травматичним ушкодженням щелепно-лицевої ділянки (травматичний шок, геморагічний шок та ін.). Визначити характер вогнепального поранення, 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. Воєнно-медична доктрина.	Це сукупність науково обґрунтованих принципів, що визначають систему та методи медичного забезпечення бойових дій військ у конкретних історичних умовах, які вміщують засоби та методи озброєної боротьби, рівень медичної науки та практики, стан сил

	та засобів, а також особливості театрів воєнних дій.
2. Медична обстановка.	Це сукупність факторів й умов, які характеризують сили та засоби медичної служби, зміст і об'єм майбутньої роботи, санітарно-епідемічний стан забезпечуваних військ і району їх бойових дій, а також інших факторів і умов, які можуть вплинути на підготовку та хід медичного забезпечення військ.
3. Медична сортування або тріаж.	Це розподіл потерпілих та хворих на групи, виходячи з потреби у першочергових і однорідних заходах (лікувальних, профілактичних, евакуаційних) в конкретній обстановці. Навіть для двох постраждалих, що одночасно поступили, необхідно проведення медичного сортування. При проведенні медичного сортування допускається гіпердіагностика. Основа сортування: єдині уявлення про діагностику, лікувальні заходи та прогнози результатів лікування. Мета сортування: забезпечити своєчасне надання медичної допомоги максимальному числу постраждалих в оптимальному об'ємі. Стан постраждалих дітей та вагітних жінок без видимих ушкоджень завжди оцінюється як важкий, евакуація та надання допомоги проводиться у першу чергу.
4. Етап медичної евакуації.	Це в воєнній медицині – медичні пункти та лікувальні заклади, що розгорнуті на шляхах евакуації з завданням прийому, медичного сортування постраждалих та хворих, надання їм медичної допомоги, лікування та підготовки їх до подальшої евакуації. в медицині катастроф – передбачено, як правило, розгортання лише двох етапів; перший – загоны першої медичної допомоги, другий - лікарняна база.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Організаційна структура медичної служби Збройних Сил України;
2. Структура етапів медичної евакуації.
3. Оснащення етапів медичної евакуації.
4. Завдання стоматології екстремальних ситуацій.
5. Види медичної допомоги.
6. Сили медичної служби Збройних сил України відповідно до видів медичної допомоги.
7. Засоби медичної служби Збройних сил України відповідно до видів медичної допомоги.

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

1. Оволодіти навичками організації надання медичної допомоги щелепно-лицевим пораненим на етапах медичної евакуації
2. Оволодіти навичками медичного сортування щелепно-лицевих поранених.
3. Засвоїти навички надання медичної допомоги щелепно-лицевим пораненим на етапах медичної евакуації;
4. Провести курацію щелепно-лицевого пораненого.

5. ЗМІСТ ТЕМИ:

На оснащенні Збройних Сил держави повинні бути не тільки передові технології та нові види зброї, але й здоровий боєдатний контингент особового складу. Стан здоров'я військовослужбовців забезпечується продуманою системою лікувально-профілактичних заходів у військах у мирний час та лікувально-евакуаційного забезпечення на період бойових дій. Військова стоматологія – галузь медицини, яка розробляє і впроваджує в практику форми і методи організації надання усіх видів стоматологічної допомоги військовослужбовцям в специфічних умовах життя і бойової діяльності військ. Одним з провідних розділів військової стоматології є військова щелепно-лицева хірургія, яка в свою чергу є одним із основних розділів загальної військово-польової хірургії.

У військовій стоматології можна чітко простежити виникнення та поступове становлення двох самостійних напрямків, які в теперішній час злились воедино. Перший з них пов'язаний з організацією лікування щелепно-лицевих поранених, другий – з організацією лікування стоматологічних захворювань у військовослужбовців.

В умовах ракетно-ядерної війни травматичні пошкодження щелепно-лицевої ділянки мають свої особливості перебігу, тому, що зростає тяжкість бойової хірургічної травми в зв'язку з оснащенням армій новими видами вогнепального, в тому числі високоточного, озброєння мінно-вибухової дії, запалюючими засобами і особливо ядерними боеприпасами. При організації хірургічної допомоги в сучасній ракетно-ядерній війні з багатофакторними ураженнями виникає ряд нових проблем. Необхідно правильно поєднувати принципи спеціалізації хірургічної допомоги і комплектування лікувальних закладів кадрами лікарів, адже характер бойової травми (комбіновані ураження) примушує об'єднувати різні види спеціалізованої допомоги в стінах одного лікувального закладу.

Під час Другої світової війни, не зважаючи на велику кількість поранених з важкими щелепно-лицевими ушкодженнями, ефективність їх лікування перевершила всі минулі війни. Це відбулося завдяки тому, що лікування поранених проводилося на основі **єдиної воєнно-медичної доктрини**, яка затверджувала наступні принципи:

1. Усі вогнепальні поранення є первинно бактеріально-забрудненими.
2. Єдиним надійним методом попередження розвитку інфекції є рання хірургічна обробка ран, яку слід проводити якомога швидше.
3. Ранньої хірургічної обробки ран потребує найбільша частина поранених.
4. Прогноз лікування і наслідків поранення є найкращим, якщо проведена рання хірургічна обробка рани.
5. Обсяг медичної допомоги, вибір лікувальних заходів і порядок евакуації залежить не тільки від суто хірургічних показань, але, головним чином, від бойової та медичної обстановки.

Під **медичною обстановкою** мається на увазі кількість поранених, що потрапляють на даний етап, та їх стан, кількість хірургів, наявність транспортних засобів та їх вид, медичне оснащення тощо.

Однак слід зазначити, що принципи та методи лікування щелепно-лицевих поранених не залишалися під час всієї війни незмінними.

Під час війни вони вдосконалювались та змінювались, але завжди ці зміни відбувались після попереднього обговорення на засіданнях та конференціях і випробовувались в спеціалізованих медичних закладах.

Стали підлягати перегляду питання щодо проведення пластичних операцій на м'яких тканинах (пластика місцевими тканинами та філатовським стеблом), про значення первинного шва та пластинчатих швів. Були розширені показання для пластичних операцій у більш ранні терміни після поранення. Також було переглянуто і питання про кісткову пластику при дефектах щелеп та несправжніх суглобах нижньої щелепи.

У Велику Вітчизняну війну профільна медична допомога щелепно-лицевим пораним була наближена до лінії фронту. Навіть на передових етапах – медична допомога в районі полку надавалася з врахуванням особливостей даної групи поранених (тамування спраги, накладення марлевих та стандартних пов'язок тощо).

Вперше була здійснена евакуація щелепно-лицевих поранених за призначенням. Починаючи з армійських СВПХШ, в яких працювали кваліфіковані лікарі стоматологи, та закінчуючи спеціалізованими лікувальними закладами глибокого тилу, пораним в обличчя та щелепи надавалася послідовна спеціалізована допомога.

Після закінчення Другої світової війни питання щелепно-лицевої травматології розробляються і далі. Хірурги-стоматологи розробляють нові, більш досконалі способи репозиції і фіксації уламків щелеп, методи обробки ран в умовах ураження радіоактивними речовинами тощо. Особливо великі заслуги з цього питання колективів наукових працівників під керівництвом Г.А.Васильєва, В.С.Дмитрієвої, О.І.Євдокимова, Я.М.Збаржа, О.О.Лімберга, Є.С.Малевича, М.М.Міхельсона, М.В.Мухіна, А.І.Рібакова, Ф.М.Хітрова, Ю.І.Бернадського та інших.

Значним вкладом в розвиток травматології та відновлювальної хірургії в післявоєнний час стали дослідження, що присвячені лікуванню щелепно-лицевих пошкоджень у поєднанні з радіаційними ураженнями (П.О. Григораш, В.С. Дмитрієва, О.Т. Руденко, А.І. Рібаков, В.В.Фіалковський та інші).

Поштовхом до подальшого розвитку щелепно-лицевої травматології стало запропонування нових хірургічних методів фіксації уламків щелеп, а також удосконалення внутрішньоротових дротяних та пластмасових шин.

Залишається актуальною проблема лікування потерпілих з опіками обличчя та їх наслідками, а також з комбінованими ураженнями.

При комбінованих радіаційних ураженнях відзначаються своєрідні особливості перебігу як променевої хвороби, так і раневого процесу.

Розвиток анестезіології та реаніматології відкрив нові можливості в боротьбі з травматичним шоком і розширив межі хірургічного лікування уражених в щелепно-лицеву ділянку.

За останні роки з'явилися нові види вогнепальної зброї. Так, у В'єтнамі американці з 1965 року почали застосовувати для ураження живої сили так звані шарові (кулькові) бомби, кулі типу "Ремінгтон" (калібру 5,56 мм), зброєю типу системи "Жироджет" з реактивними кулями, зброєю типу "Спью" під патрон із стрілоподібними кулями, кулі типу TNV.

При вибуху кулькової бомби із різних місць сферичного корпусу вилітає 300 крицевих кульок (діаметр 5,56 мм, вага 0,7 г), бомба має велику вражаючу силу і обумовлює множинні поранення. Поранення дуже небезпечні для життя і є складними для лікування.

Кулі калібру 5,56 мм відзначаються тією особливістю, що при потраплянні в тканину вони перекидаються і рухаються в поперечному напрямку, викликаючи в глибині та в ділянці вихідного отвору велике руйнування тканин. Є також артилерійські снаряди, кожен з яких начинений невеликими стрілами (довжина 3-4 см, товщина 0,1-0,2 см) в кількості до 10 тисяч.

Вищевказані та інші нові види звичайної зброї характеризуються тим, що їх пошкоджуючі снаряди менші за діаметром та легші за вагою у зрівнянні з минулими, але вони володіють колосальною початковою швидкістю від 700 до 1500 м/с. Цим і пояснюється виникнення ранових каналів, часто з химерними напрямками та значними ушкодженнями тканин та органів.

Ці фактори неминуче нададуть ще більший вплив на способи ведення бойових дій, характер війни в цілому, структуру та масштаби бойових втрат.

В зв'язку з цим принципи організації допомоги пораненим в сучасних умовах війни повинні змінитися.

Застосування ракетно-ядерної зброї супроводжується виникненням за дуже короткі відрізки часу масових санітарних втрат у воєнному та фронтовому районах в кількості, яка значно перевищує ту, що мала місце в період Великої Вітчизняної війни.

За цих умов зміниться також структура та характер бойових уражень: на передньому плані будуть опіки, травми та комбіновані ураження (переважно радіаційні), збільшиться питома вага важкопоранених (шок, синдром довготривалого розтрощення, променеві ураження). Вогнепальні поранення при цьому втрачають своє домінуюче значення.

При масовому надходженні уражених виникає необхідність в маневрі силами та засобами медичної служби, в евакуаційному маневрі, який має своєю метою розосередження постраждалих між декількома етапами, яке проводиться на основі ретельного сортування. Перевантаження найближчих до фронту (осередку ураження) етапів, на яких надається перша лікарська допомога, нерідко веде за собою скорочення показань до втручання (скорочення обсягу медичної допомоги). В даних випадках доводиться обмежуватися лише заходами, які забезпечують безпосередню загрозу життю або тяжких ускладнень (допомога за життєвими показаннями).

Маневровий характер сучасної війни примусить часто змінювати місце медичних пунктів і польових медичних закладів, що також дуже утруднює хірургічну діяльність і вкрай обмежує можливості ранньої госпіталізації тяжко поранених.

В таких умовах для військової щелепно-лицевої хірургії важливе значення набувають такі методи терапії бойових ушкоджень, що виявляються найсприятливішими при самих тяжких умовах.

Чим ефективніші засоби ураження, чим більший потік уражених (в технічному відношенні), тим простішими (в технічному відношенні) повинні бути методи надання допомоги.

Важливим елементом організації хірургічної роботи кожного етапу медичної евакуації є **"конвесрний" принцип** (О.О.Вишневський), згідно з яким увесь процес надання допомоги кожному потерпілому підрозділяється на кілька частин, виконується різними способами або окремими бригадами (зняття пов'язки чи підготовка операційного поля, хірургічне втручання, накладення шин та пов'язок тощо).

Конвеєрний принцип сприяє підвищенню пропускнуої можливості операційних та перев'язочних.

В умовах ракетно-ядерної війни ідея етапного лікування з евакуацією за призначенням зберігає своє значення, незважаючи на те, що конкретні форми призначення цього принципу можуть значно відрізнятися від прийнятих під час Другої світової війни.

Сучасні положення військово-медичної доктрини в галузі військово-польової хірургії полягають у наступному:

- обсяг медичної допомоги, порядок евакуації та вибір лікувальних заходів залежать не тільки від суто медичних показань, але й, основним чином, від бойових та медичних обставин;
- побудова системи лікувально-евакуаційних заходів проводиться з максимальним зменшенням кількості етапів медичної евакуації;
- об'єктивізація оцінки важкості поранення та стану пораненого введенням критеріїв прогнозу лікування;
- зберігання єдиного підходу до лікування ран;
- надання пріоритетного значення заходам невідкладної медичної допомоги, лікуванню шоку та поповненню крововтрати на усіх етапах медичної евакуації;
- спеціалізація хірургічної допомоги;
- при поєднаних, множинних і комбінованих ураженнях дотримання чіткої організації та послідовності в наданні хірургічної допомоги;
- зростання ролі реаніматологічної та анестезіологічної допомоги при лікуванні поранених на етапах медичної евакуації.

Стоматологічну допомогу у воєнний час організовує Головне Військово-медичне управління Міністерства оборони України через Головного стоматолога Збройних Сил. При військово-медичному управлінні кожного фронту є штатний головний стоматолог фронту, він же заступник головного хірурга фронту. Військово-медична служба України має сили та засоби, котрі дозволяють якісно і своєчасно надавати медичну допомогу пораненим у щелепно-лицеву ділянку на полі бою та на етапах медичної евакуації.

Допомога, пораненим у щелепно-лицеву ділянку, що надається на полі бою в осередку масових санітарних втрат називається **першою медичною допомогою**. Вона надається у вигляді само- та взаємодопомоги стрільцями-санітарами та санітарними інструкторами, а також особовим складом підрозділів, які проводять рятувальні роботи. Треба відмітити, що самопомога серед поранених у щелепно-лицеву ділянку надається дуже рідко через складність визначення локалізації та розміру ушкодження і неспроможності накладання пов'язки на обличчя самим потерпілим. Для само- та взаємодопомоги усі військовослужбовці забезпечуються індивідуальними засобами профілактики та надання медичної допомоги. До них належать:

- пакет перев'язочний індивідуальний (ППІ);
- індивідуальний протихімічний пакет (ІПП);
- аптечка індивідуальна (АІ);
- таблетки для знезараження води (пантоцид, аквасепт).

Стрільці-санітари та санінструктори для розшуку та виносу поранених, надання першої медичної допомоги мають спеціальне оснащення:

- сумка санітарна;
- сумка медична військова;
- лямка медична носильна та спеціальна.

Долікарська (фельдшерська) допомога надається фельдшером батальйону в безпосередній близькості від місця поранення, на медичному пункті батальйону (МПБ). Вона доповнює першу медичну допомогу. Проте можливості фельдшера по наданню допомоги, у тому числі і елементів стоматологічної допомоги, значно ширші. Для надання фельдшерської допомоги застосовується табельне оснащення медичного пункту батальйону, а також медичне оснащення особового складу. До комплектно-табельного оснащення МПБ належить:

- комплект ПФ - польовий фельдшерський;
- комплект Б-1 - перев'язочні засоби стерильні;
- комплект Б-2 – шини (дротяні – 10, Дітерікса – 1);

- СМВ (сумки медичні військові);
- СС (сумки санітарів);
- аптечка військова (АВ),

а також лікарсько-медичні засоби, прилади (апарат штучної вентиляції легенів портативний, кисневий інгалятор КІ-4, шини підборідні з головними пов'язками до них, шолом для поранених у голову, накидка медична на 10 осіб, та ін.). Слід підкреслити, що медичний пункт батальйону в обороні, коли він працює на місці, виконує функції етапу медичної евакуації.

Наступний етап медичної евакуації, де надається стоматологічна допомога, це медична рота бригади (МедР).

В медичній роті (МедР) надається **перша лікарська та кваліфікована допомога**. У складі МедР крім лікарів загально-хірургічного та терапевтичного профілю є лікар-стоматолог. Головне завдання стоматолога МедР – надання стоматологічної допомоги особовому складу полку. В період бойових дій стоматолог працює в складі операційно-перев'язочного взводу у операційному наметі або в складі сортувально-евакуаційного відділення у перев'язувальному наметі для легкопоранених, надає разом з лікарями загально-хірургічного профілю першу лікарську та кваліфіковану медичну допомогу, у тому числі і стоматологічну. На оснащенні стоматолог МедР має комплект “ЗВ” (зуболікарський кабінет), куди входить комбінована бормашина, розкладне зуболікарське крісло, повний набір стоматологічного інструментарію, необхідні пломбувальні матеріали, медикаменти для надання змішаного – терапевтичного та хірургічного прийому. При МедР є електростанція, що дає можливість використовувати комбіновану бормашину як електричну. Комплект розрахований на 1 стоматолога, по майну – на 1 місяць роботи (250 відвідувачів). Вага – 48 кг. На МПП можуть залишатися хворі та поранені для лікування із строком видужання 3-5 днів.

Наступним етапом медичної евакуації є **лікувальні заклади шпитальної бази фронту (ШБ)**. На цьому етапі надається кваліфікована та спеціалізована медична допомога, проводиться подальше лікування щелепно-лицевих поранених на рівні сучасних досягнень щелепно-лищевої хірургії та травматології.

Спеціалізовану медичну допомогу особам з ушкодженнями та пораненнями щелепно-лицевої області надають в щелепно-лицевих відділеннях спеціалізованих **шпиталів для поранених в голову, шию та хребет, в шпиталях для лікування легкопоранених (ВПШЛП)**, а також у стоматологічних відділеннях інших шпиталів бази фронту, в яких поранені з ушкодженнями щелепно-лицевої ділянки знаходяться на лікуванні з приводу основного, більш суттєвого поранення (ВПОШ, ВПХШ, СВПНхШ).

Значна роль відводиться **стоматологічному загону фронту**. Стоматологічний загін фронту призначений:

- для надання спеціалізованої допомоги щелепно-лицевим пораненим і хворим, які перебувають на лікуванні в шпиталях фронту;
- надання стоматологічної і зубопротезної допомоги особовому складу частин, з'єднань та установ;
- надання консультативної допомоги лікарям-стоматологам медичних підрозділів, частин і лікувальних закладів.

Стоматологічний загін очолює лікар-стоматолог. Склад загону:

- управління;
- основні підрозділи;
- підрозділи забезпечення.

Основні підрозділи в свою чергу мають також три підрозділи:

- стоматологічне відділення - базове (3 лікаря-стоматолога);
- зубопротезне відділення з зубопротезною лабораторією (3 ортопеда, 5 зубних техніків);
- десять пересувних стоматологічних відділень (у кожному 2 лікаря-стоматолога і зубний технік).

Обсяг роботи за 16 годин:

- **стоматологічне відділення** може санувати до 100 чоловік або надати стоматологічну спеціалізовану допомогу 30-35 пораненим у щелепно-лицеву ділянку;

- зубопротезне відділення з зубопротезною лабораторією може надати зубопротезну допомогу 20 хворим або спеціалізовану медичну допомогу 30 пораненим у щелепно-лицеву ділянку;
- пересувне стоматологічне відділення може надати зуболікарську допомогу 6-7 хворим або спеціалізовану медичну допомогу 20 пораненим і провести профілактичний огляд ротової порожнини 65 чоловікам з наступною санацією ротової порожнини 25 військовослужбовцям.

Пересувні стоматологічні відділення направляються в лікувальні установи передової шпитальної бази для надання допомоги щелепно-лицевим пораненим, санації ротової порожнини військовослужбовцям, хворим та пораненим. Ці відділення можуть направлятися у з'єднання, частини, де немає штатних стоматологів для планової роботи по санації і протезуванню ротової порожнини.

Стоматологічний загін має 1 легковий і 12 вантажних автомобілів, 12 автопричепів, електростанцію на 4 кВт, аптеку з СДП. Загін, звичайно, знаходиться в районі розгорнутої тилової польової бази.

Характеристика комплектів, що є на оснащенні цього етапу медичної евакуації:

1. **Комплект ЗП** – зубопротезний. Призначений для підготовки (лікування) ротової порожнини та зубів до протезування і установки коронок. Розрахований на 1 лікаря-протезиста, по майну – на 1 місяць роботи (100 поранених і хворих). Маса 41 кг.
2. **Комплект ЗТ-1** – зуботехнічний (обладнання). Призначений для обладнання зубопротезного відділення стоматологічного загону і зуботехнічної лабораторії військово-польового спеціалізованого шпиталю. Маса 57 кг.
3. **Комплект ЗТ-2** – зуботехнічний (інструменти) і ЗТ-3 зуботехнічний (матеріали). Комплекти призначені для роботи зубопротезного відділення стоматологічного загону і зуботехнічної лабораторії військово-польового спеціалізованого шпиталю. Розраховані на 1 зубного техника та на 1 місце роботи (виготовлення 300 зубів знімного і 120 зубів незнімного протезування). Маса комплекту ЗТ-2 – 50 кг, маса ЗТ-3 – 29 кг.
4. **Комплект УЩЛ** – укладка щелепно-лицева. Призначений для оснащення лікаря-стоматолога нейрохірургічної групи загону для надання спеціалізованої медичної стоматологічної допомоги і щелепно-лицевого відділення військового польового спеціалізованого шпиталю. Маса – 131 кг.
5. **Комплект НЩ** – набір стоматологічний щелепно-лицевий. Призначений для спеціалізованих хірургічних операцій у щелепно-лицевій ділянці і ротовій порожнині. Розрахований на 1 хірургічну бригаду з двох лікарів. Кількість місць – 2, маса – 12 кг.

Усі перелічені сили та засоби медичної служби, які здійснюють надання стоматологічної допомоги щелепно-лицевим пораненим, при їх раціональному та розумному використанні, дозволяють якісно і своєчасно виконати поставлені завдання.

Медичне сортування – це розподіл поранених та хворих на групи за ознаками потреби в однорідних лікувально-евакуаційних і профілактичних заходах відповідно до медичних показань, обсягу медичної допомоги і прийнятого порядку евакуації.

Медичне сортування поранених здійснюється лікарями сортувально-евакуаційного відділення (СЕВ) медичної роти бригади. Основна мета медичного сортування в СЕВ – виділення із загального потоку поранених і хворих, які потребують медичної допомоги в МедР, і в першу чергу – невідкладної лікарської та кваліфікованої медичної допомоги та санітарної обробки, а також поранених і хворих, яким кваліфікована медична допомога може бути відстрочена і які в даних умовах підлягають подальшій евакуації в тил без направлення їх в інші функціональні підрозділи МедР.

Медичне сортування поранених в СЕВ медичної роти може бути організоване таким чином: санітарний інструктор-дозиметрист сортувального посту (СП), який обладнується на в'їзді на площадку МедР, зупиняє транспорт з пораненими, оповіщає особовий склад СЕВ, відкриває шлагбаум, пропускає через нього 3-4 автомашини і розміщує їх на заздалегідь відведених місцях.

Потім починається попереднє медичне сортування. Для цієї мети організовується сортувальна бригада у складі 1 лікаря, 1 фельдшера (або 1 медсестра), 1 санітара-реєстратора і 2 санітарів-носіїв. Сортувальна бригада на даних опитування і огляду поранених і хворих, а також результатів дозиметричного контролю направляє:

- тих поранених, які підлягають ізоляції (інфекційні хворі та хворі з підозрою на заразні захворювання, особи з гострими реактивними станами) в ізолятор для інфекційних хворих або в психоізолятор;
- тих поранених, які потребують спеціальної обробки – у відділення спеціальної обробки;
- легкопоранених і хворих, які не потребують спеціальної обробки і не підлягають ізоляції – в сортувальну для легкопоранених і хворих;
- тяжкопоранених і поранених середнього ступеню тяжкості (тих, що на ношах), які не підлягають ізоляції і не потребують спеціальної обробки – на сортувальну площадку;

Далі поранені і хворі потрапляють до сортувальних площадок (СПл), які обладнуються на ділянці місцевості перед сортувальними наметами для роботи сортувальних бригад. СПл обладнуються підставками для розміщення поранених на ношах – “рядами Пірогова” та лавами для легкопоранених. На СПл поранені і хворі вивантажуються із транспортних засобів, розміщуються на ношах рядами і негайно оглядаються лікарем, який здійснює вибіркове сортування – насамперед виявляються особи, які потребують надання невідкладної медичної допомоги. Вони одразу ж направляються у операційну, протишокову палату або у перев'язувальну для тяжкопоранених.

Якщо на МПП надходить багато поранених, то в сортувально-евакуаційному відділенні може бути створено дві бригади, одну з яких очолює лікар, а другу – найбільш досвідчений фельдшер (медсестра).

Поранені в щелепно-лицеву ділянку поділяються на такі групи:

I. Виходячи з потреби у санітарній обробці і необхідності в ізоляції:

1. мають потребу в частковій санітарній обробці;
2. підлягають ізоляції;
3. не мають потреби в санітарній обробці і ізоляції

II. Виходячи з потреби у медичній допомозі, місця і черзі її подання:

1. потребують медичну допомогу у перев'язочній;
2. не мають потреби у медичній допомозі або потребують медичну допомогу, яка може бути надана у приймально-сортувальній. Для поранених і хворих, які підлягають направленню у перев'язочну, призначається черга – у першу чергу, у другу чергу.

III. Поранені і хворі, які не мають потреби у медичній допомозі на МПП, а також ті, що отримали її, розподіляються на наступні групи:

1. підлягають евакуації;
2. підлягають поверненню у свої підрозділи.

Для поранених і хворих, що підлягають евакуації, додатково устанавлюється **черга** – у першу чи другу чергу, **вид транспорту** – санітарний автомобіль, пристосований автомобіль, санітарний літак, вертоліт і ін., спосіб транспортування (лежачи, сидячи), а при необхідності устанавлюється і місце у транспортному засобі (верхній, середній, нижній ярус). У процесі медичного сортування, що проводиться на сортувальному майданчику, усіх поранених та хворих ділять на групи:

До першої групи зараховують поранених, що потребують невідкладних заходів першої лікарської допомоги (поранені з кровотечею, асфіксією, шоком та ін.). Їх направляють безпосередньо у перев'язочну.

До другої групи відносять поранених, яким медична допомога може бути надана в приймально-сортувальній (наприклад, травмовані із закритим переломом верхньої щелепи при задовільному загальному стані, які потребують дачу пиття за допомогою поїлки, з надітої на її носик гумової трубки). Після виконання вказаних вище простих заходів ця група поранених підлягає направленню в ОМедБ чи ОМЗ.

До третьої групи належать ті поранені, котрі без надання допомоги на МПП відправляються на наступний етап медичної евакуації (наприклад потерпілий із закритим переломом виличної дуги і кісток носа при відсутності кровотечі).

До четвертої групи відносять легкопоранених, що підлягають поверненню в частини після надання медичної допомоги (наприклад, потерпілий з пораненням м'яких тканин обличчя без вираженої гематоми).

До п'ятої групи відносять тих поранених та хворих, що знаходяться в агонії, чи мають травми несумісні з життям (наприклад, поранення обличчя та шиї з розривом внутрішньої сонної артерії та некомпенсованою крововтратою).

До одягу пораненого чи хворого, який пройшов медичне сортування, прикріплюють сортувальну марку, в якій вказується, до якого функціонального підрозділу треба його направити. Сортувальна марка є основним орієнтиром для санітарів-носивників та медичного персоналу.

Етап медичної евакуації – це сили і засоби медичної служби, розгорнуті на шляхах медичної евакуації для прийому та сортування поранених і хворих, надання їм медичної допомоги, лікування та підготовки за показаннями до подальшої евакуації.

Під **видом медичної допомоги** на етапі медичної евакуації розуміють визначений перелік лікувально-профілактичних заходів, що здійснюються при пораненнях та захворюваннях особовим складом військ та медичної служби на полі бою (катастрофи) та інших етапах медичної евакуації. Вид медичної допомоги визначається місцем її надання, підготовкою осіб, що надають допомогу і наявністю необхідного оснащення.

Об'єм медичної допомоги – сукупність лікувально-профілактичних заходів, що надаються пораненим і хворим на кожному етапі медичної евакуації відповідно до бойової і медичної обстановки.

У переліку лікувально-профілактичних заходів, визначених для даного виду медичної допомоги, по терміновості виконання відрізняють дві основні групи заходів: невідкладні заходи щодо життєвих показань, виконання яких провадиться в будь-яких обставинах; заходи, виконання яких може бути відстрочено.

ОБ'ЄМ ТА ПОРЯДОК НАДАННЯ ДОПОМОГИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВИМ ПОРАНЕНИМ НА ЕТАПАХ МЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ:

На **полі бою** стрільцями-санітарами та санітарними інструкторами, особовим складом підрозділів, які проводять рятувальні роботи здійснюється перша медична допомога у вигляді само- та взаємодопомоги індивідуальними засобами профілактики та надання медичної допомоги: тимчасова зупинка кровотечі, боротьба з асфіксією та її профілактика, перші протишокові заходи (введення наркотичних анагетиків з АІ), накладання тимчасових пов'язок, одягнення протигазу, вивід та винесення поранених з поля бою. Треба відмітити, що самопомога серед поранених у щелепно-лицеву область надається дуже рідко із-за складності визначити локалізацію та розмір пошкодження і неспроможності накладання пов'язки на обличчя самим потерпілим.

На **МПБ** надається долікарська допомога, яка включає у себе наступні заходи щодо лікування та попередження ускладнень щелепно-лицевих травм: боротьба з асфіксією; тимчасова зупинка зовнішньої кровотечі (накладання пов'язки, джгута, затискача на судину); прийом пораненим антибіотиків (з метою профілактики раневої інфекції); прийом пораненим протиблювотних засобів (по показанням); введення знеболюючих засобів; зігрівання поранених, які знаходяться у шоковому стані, усунення спраги; можливе виконання транспортної іммобілізації за допомогою стандартних шин; контроль пов'язок, що були накладені раніше.

На **МПП** лікар-стоматолог надає першу лікарську допомогу: протишокова терапія; усунення асфіксії усіх видів; зупинка зовнішньої кровотечі; проведення новокаїнових блокад при переломах щелеп; виконання транспортної іммобілізації за допомогою стандартної шини Ентіна; усунення спраги; введення специфічного анатоксину проти правця при відкритих пошкодженнях ЩЛД (0,5 мл); введення антибіотиків, серцевих та знеболюючих ліків; контроль пов'язок, що були накладені раніше; заповнення первинної медичної картки, підготовка до евакуації.

В **ОМедБ** або **ОМЗ** лікарем-стоматологом надається кваліфікована медична допомога щодо попередження і лікування ускладнень при щелепно-лицевій травмі, що передбачає виконання наступних заходів: усунення асфіксії; остаточна зупинка кровотечі; попередження та боротьба з травматичним шоком; хірургічна обробка ран обличчя та щелеп, опіків обличчя; накладання лігатурних пов'язок; харчування поранених; лікування легкопоранених (строк лікування до 10 діб); підготовка до подальшої евакуації.

В першу чергу надається невідкладна хірургічна допомога – операції по усуненню асфіксії, кровотечі, боротьба з шоком.

При переломах щелеп із зміщенням відламків необхідна тимчасова фіксація відламків за допомогою лігатурного зв'язування зубів. Протипоказання до цього виду фіксації: переломи обох щелеп та їх альвеолярних відростків; рухомість опірних зубів; набряк язика; загроза виникнення блювання; евакуація повітряним або морським транспортом.

В спеціалізованих шпиталях для поранених у голову, шию та хребет, в шпиталях для лікування легкопоранених, а також в стоматологічних відділеннях інших шпиталів надається спеціалізована медична допомога щодо попередження та лікування ускладнень при щелепно-лицевій травмі. Допомога передбачає: надання невідкладної допомоги по життєвим показанням пораненим, у яких виникли ускладнення при транспортуванні; профілактика і лікування виниклих ускладнень; проведення нескладних операцій по лікуванню контрактур щелеп, несправжніх суглобів; вичерпну хірургічну обробку ран кісткових та м'яких тканин з постійною іммобілізацією відламків щелеп; наступне лікування за допомогою ліків, дієти; надання терапевтичної та ортопедичної стоматологічної допомоги.

Поранені у щелепно-лицеву ділянку, що потребують довготривалого лікування, евакууються в спеціалізовані шпиталі внутрішнього району країни, де виконуються складні оперативні втручання по лікуванню опіків обличчя та вогнепальних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки, що спрямовані на відновлення не тільки форми, але й функції органів щелепно-лицевої ділянки. Це операції по видаленню сторонніх тіл із важкодоступних ділянок, ангіопластика, ліквідація несправжніх суглобів, стійких контрактур і анкілозів СНЩС, лікування хронічних остеомиєлітів щелеп та пластичне усунення деформацій і дефектів обличчя.

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ, ЩО ВЕДЕТЬСЯ СТОМАТОЛОГОМ НА МПП У ВІЙСЬКОВИЙ ЧАС, ТА ПОРЯДОК ЇЇ ЗАПОВНЕННЯ

Однією з важливих функцій МПП є ведення документації і в першу чергу заповнення первинних медичних карток (ПМК).

Первинна медична картка є документом персонального медичного обліку, призначеним для забезпечення послідовності в наданні медичної допомоги пораненим та хворим на етапах медичної евакуації. Заповнена медична картка має юридичне значення – вона засвідчує факт поранення (хвороби) і дає право пораненому (хворому) на евакуацію в тил.

Первинні медичні картки заповнюються всім пораненим і хворим, які входять в групу санітарних втрат. Усіх поранених і хворих, які отримали медичну допомогу в МПП, реєструють у "Книзі обліку поранених", що ведеться в сортувально-евакуаційному відділенні.

В первинній медичній картці відображають:

- загальні дані про пораненого чи хворого ;
- діагноз поранення (хвороби);
- дата, час поранення (хвороби);
- час, обсяг та місце надання допомоги;
- способи евакуації.

ПМК заповнюється на усіх підлеглих евакуації поранених та хворих як у МПП, так і в ОМедБ при наданні першої лікарської допомоги. Її заповнюють також у шпиталях на поранених та хворих, які потрапили без первинної картки та підлягають подальшій евакуації в спеціалізовані шпиталі. У випадку лікування пораненого чи хворого у даному шпиталі ПМК не заповнюється, а оформлюється історія хвороби.

Усі записи слід робити чітко чорнилами або простим олівцем (не хімічним). Записи слід робити стисло, щоб залишалось місце для заповнення ПМК на наступних етапах евакуації. Діагноз поранення або захворювання вписується в відповідних вільних рядках. При визначенні діагнозу поранення необхідно вписувати: найменування раннячого снаряду, характер поранення, точне позначення анатомічної ділянки.

Спосіб евакуації пораненого або хворого позначають підкресленням відповідного запису на картці (лежачи, сидячи). У випадку, коли слід змінити вид транспортування, попередня позначка закреслюється та підкреслюється потрібна. Зміни або уточнення діагнозу на наступних етапах евакуації вказують у рядку "Уточнений діагноз" та вписують найменування лікувального закладу, де було уточнено діагноз.

На зворотній сторінці картки записи здійснюють тільки до етапу, на якому заведена історія хвороби. Наслідок відмічають в таких випадках, коли він наступив до заповнення історії хвороби. Під записами повинні бути вписані звання та прізвища лікарів, що надали медичну допомогу, № військової частини.

ПМК на поранених або хворих, у яких на даному етапі медичної евакуації визначився вихід поранення або захворювання, залишаються на даному етапі евакуації. При цьому на зворотній сторінці ПМК записують один з варіантів: повернення у військову частину,

направлення у батальйон видужуючих, звільнення у відпустку, звільнення зовсім. У випадку смерті – вписують слово “помер” та вказують точне місце поховання. На повернутих у частину, направлених у батальйон видужуючих та звільнених вказують адресу, куди направлено пораненого.

ПМК на вмерлих у шляху між етапами евакуації передаються у заклад, що прийняв труп.

ПМК на поранених або хворих, госпіталізованих у стаціонар на лікування, прикріплюються до історій хвороби.

ПМК має кольорові відривні смуги (червону, чорну, жовту та синю), які призначені для сигналізації наступному етапу медичної евакуації про необхідність надання пораненому (хворому) невідкладної допомоги чи термінового виділення із загального потоку.

Червона смуга – сигналізує про необхідність надання термінової (позачергової) допомоги. Її відривають на тому етапі медичної евакуації, на якому надана ця допомога.

Чорна смуга – свідчить про наявність інфекційного чи психічного захворювання, внаслідок якого хворий повинен бути ізольований. Картка з чорною смугою слідує до кінцевого етапу (видужання хворого);

Синя смуга – вказує на необхідність проведення спецзаходів при радіаційному ураженні, дані про радіаційне ураження заносяться в історію хвороби.

Жовта смуга – позначає ураження ОР, котре потребує санітарної обробки.

При заповненні ПМК зберігаються смуги, які позначають медичну допомогу, яку в першу чергу потребує поранений чи хворий на наступному етапі медичної евакуації. Інші смуги відриваються. Після надання відповідної медичної допомоги смуга теж відривається.

При комбінованих пораненнях слід залишати дві або усі смуги в залежності від поранення або захворювання. Наприклад, у разі необхідності термінової хірургічної допомоги інфекційному хворому на його ПМК залишають червону та чорну смугу. Червону смугу відривають на тому етапі, де хірургічна допомога була надана, а чорна смуга залишається.

Одночасно з карткою заповнюється і корінець. Після заповнення ПМК підписує лікар, ставиться печатка частини. Оформлену ПМК прикріплюють до пов'язки або кладуть у ліву кишеню обмундирування пораненого або хворого у евакуаційному конверті, де вказують паспортні дані, № жетону, військове звання, діагноз, місце направлення, спеціальні указівки, спосіб евакуації за підписом лікаря. На евакуаційному конверті роблять відмітки про проміжні етапи евакуації.

Корінці відриваються на етапі медичної евакуації та зберігаються для статистичної обробки відомостей та обліку санітарних втрат, складання медичних рапортів.

ПМК на усіх вибулих (померлих), що не мають історії хвороби, відправляють у Військово-медичний музей в такі терміни після смерті пораненого або хворого:

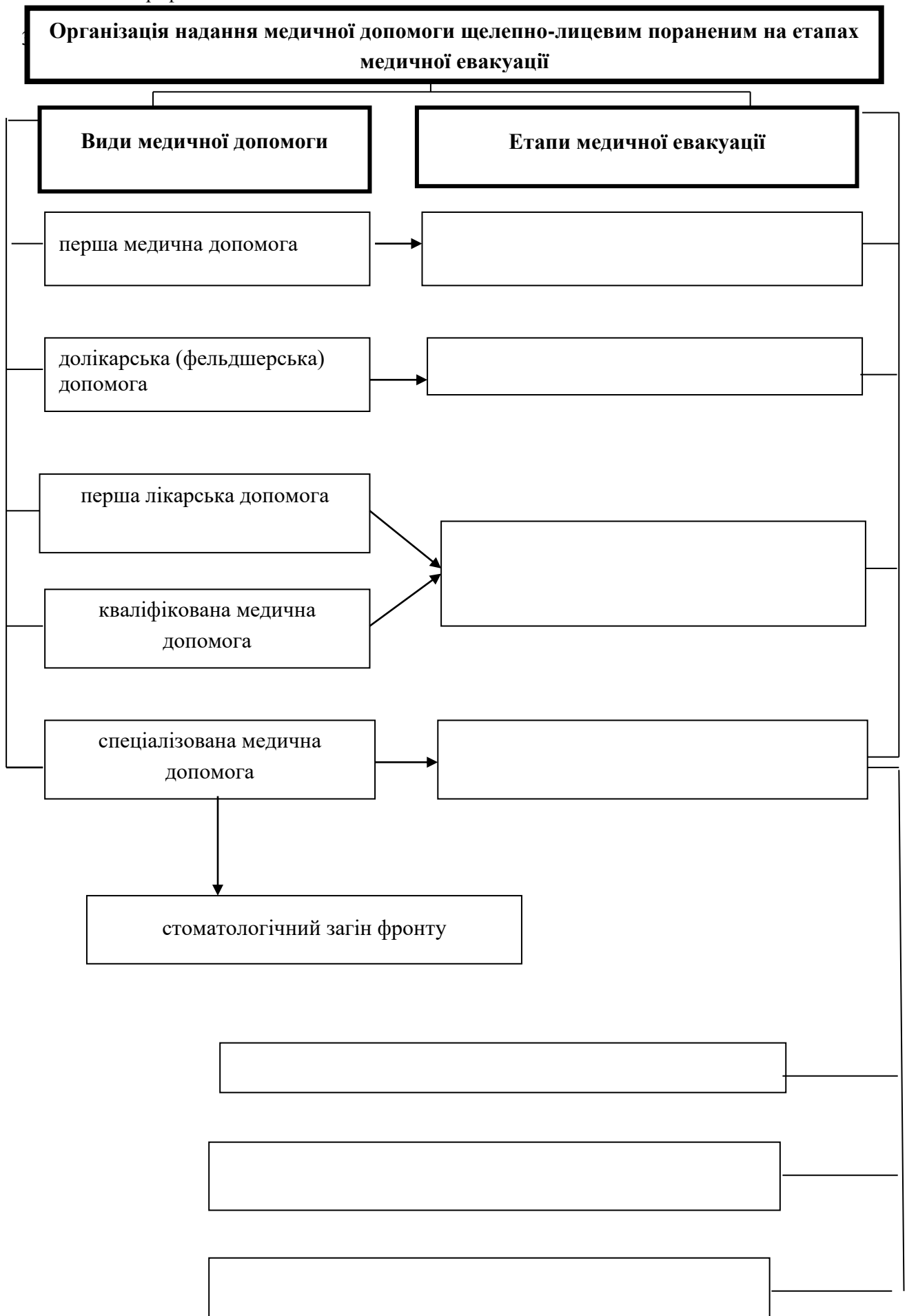
- з МПП, ОМедБ через дивізійного лікаря не пізніше місяця;
- з ОМЗ, ОМедБ армії через начальника медичного відділу армії, з шпиталів через відповідні евакуаційні пункти один раз у два місяці;
- з шпиталів тилу через місцеві евакуаційні пункти не пізніше чотирьох місяців.

Корінці ПМК у МПП після занесення даних до “Книги обліку поранених або хворих” та складання медичних рапортів спалюються.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

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

1. Заповнити графі:



Б. Задачі для самоконтролю:

1. У пораненого рана лівої щоки, забруднена радіоактивними речовинами. На рані пов'язка з перев'язувального пакету, проведена аналгезуюча та антибактеріальна терапія. На якому етапі медичної евакуації слід замінити пов'язку?

(Відповідь: на кожному етапі евакуації)

2. Загальний стан пораненого середнього ступеню важкості, свідомість збережена, шкіра бліда з ціанотичним відтінком, губи синюшні. Дихання утруднене, 29 на хвилину. Є підозра на дислокаційну асфіксію. На якому етапі медичної евакуації пораненого язик буде прошитий шовковою лігатурою?

(Відповідь: на медичному пункті батальйону)

3. У госпіталь доставлено двох поранених з ранами обличчя, один – із зони радіаційного забруднення. Якому з них необхідно провести ПХО рани у першу чергу?

(Відповідь: пораненому з комбінованим механо-радіаційним ураженням).

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю ($\alpha=11$):

1. Яка частота вогнепальних поранень обличчя та щелеп за досвідом Великої Вітчизняної війни:

- A. близько 1%;
- B. близько 4%;
- C. близько 50%;
- D. близько 60%;
- E. близько 90%.

(Правильна відповідь: B).

2. В чому полягає суть військово-медичної доктрини:?

- A. етапне лікування військовослужбовців та диспансерне спостереження;
- B. евакуація поранених в тиліві шпиталі країни;
- C. евакуація поранених за межі вогнища ураження;
- D. система етапного лікування з евакуацією за призначенням;
- E. надання спеціалізованої допомоги постраждалим в військовому районі та повернення їх до строю.

(Правильна відповідь: D).

3. Види медичної допомоги у військовий час:

- A. взаємодопомога, перша лікарська допомога, спеціалізована допомога;
- B. перша медична допомога, долікарська допомога, лікарська допомога, кваліфікована медична допомога;
- C. фельдшерська допомога, лікарська допомога, кваліфікована медична допомога, реабілітація;
- D. перша медична допомога, лікарська допомога, хірургічна допомога, спеціалізована допомога;
- E. перша медична допомога, долікарська медична допомога, перша лікарська допомога, кваліфікована медична допомога, спеціалізована медична допомога.

(Правильна відповідь: E).

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. На сортувальний пост медичного пункту полку доставлено пораненого в обличчя, в якого є ураження радіоактивними речовинами. В який функціональний підрозділ медичного пункту полку слід направити потерпілого? Яка позначка має бути на його медичній документації?

(Відповідь: пораненого слід доставити на площадку спеціальної обробки. На медичній документації має бути синя смуга).

2. Пораненого доставлено в окремих медичний батальйон з пораненням язика та тканин дна порожнини рота, профузною кровотечею. Під час первинної хірургічної обробки зупинити кровотечу не вдається. Який вид кінцевої зупинки кровотечі показаний пораненому на цьому етапі, якщо на його медичній картці чорна смуга?

(Відповідь: перев'язка судини на протяжності. Чорна смуга свідчить про наявність інфекційного або психічного захворювання, тобто пацієнт потребує ізоляції).

3. Пораненому на полі бою на наскрізну рану правої щічної ділянки, забруднену радіоактивними речовинами, накладено пов'язку з індивідуального перев'язочного пакету, застосовано медикаментозну терапію. На якому етапі медичної евакуації буде замінено пов'язку? Яка медикаментозна терапія була проведена пораненому?

(Відповідь: пов'язку пораненому слід міняти на кожному етапі евакуації. На полі бою була проведена анагезуюча та антибактеріальна терапія).

7. ЛІТЕРАТУРА.

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2т. – Т.2/В.О.Маланчук, І.П.Логвіненко, Т.О.Маланчук, О.Л.Ціленко – К.: ЛОГОС, 2011. – С. 105-109, 136-142.
2. Рузин Г.П. Краткий курс лекцій по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Геннадий Петрович Рузин – Киев: «Книга плюс», 2006 – С. 101-105.
3. Організація медичного забезпечення військ: Підруч. Для студ. Вищ. Мед. закл. Освіти України III-IV рівнів акредитації / за редакцією професора Паська В.В. – К.: «МП Леся», 2005. – С. 54-75, 123-140.
4. Стоматологія 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.Демяник. – Харків: Торнадо, 2006. – С.8-60, 62-80.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
Сумський державний університет
Медичний інститут

«Затверджено»
на засіданні кафедри
стоматології

Завідувач кафедри
д.мед.н.Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	4
Змістовний модуль №	4
Тема заняття	Загальна характеристика, клінічний перебіг, діагностика вогнепальних поранень и пошкоджень м'яких тканин, кісток обличчя в мирний час: класифікація, особливості клінічного перебігу, діагностика. Перша допомога. Методи хірургічної обробки ран м'яких обличчя. Вплив порушень естетики обличчя на психіку поранених. Самостійна робота – практичні навички з виготовлення м'яких пов'язок.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Пошкодження щелепно-лищевої ділянки мирного часу та їх лікування складають цікавий та складний розділ хірургічної стоматології. Недостатня обізнаність лікаря в питаннях хірургічної обробки таких ран приводить до негативних наслідків у вигляді спотворення зовнішнього виду хворого, порушення таких функцій як мова, дихання, жування та інш. Саме тому лікар-стоматолог повинен добре знати особливості хірургічної обробки таких пошкоджень.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати клінічні прояви травматичних пошкоджень щелепно-лищевої ділянки мирного часу.
- 2.2. Пояснювати етіологічні та патогенетичні фактори виникнення травматичних пошкоджень щелепно-лищевої ділянки мирного часу.
- 2.3. Запропонувати план обстеження постраждалих з травмою щелепно-лищевої ділянки.
- 2.4. Класифікувати травматичні пошкодження щелепно-лищевої ділянки.
- 2.5. Трахувати принципи діагностики та лікування травматичних пошкоджень щелепно-лищевої ділянки мирного часу.
- 2.6. Малювати графологічну схему заняття.
- 2.7. Проаналізувати результати лабораторних та інструментальних обстежень.
- 2.8. Скласти схему лікування постраждалого з травмою щелепно-лищевої ділянки.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Топографічна анатомія.	Визначити анатомічні ділянки пошкодження.
2. Загальна хірургія.	Визначити тип кровотечі та ступінь її важкості.
3. Внутрішні хвороби.	Встановити діагноз непритомності, шоку.
4. Фармакологія.	Призначити схему медикаментозного лікування.
5. Рентгенологія.	Визначити необхідний метод обстеження.

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
7. Первинна хірургічна обробка рани.	Це перше втручання з приводу поранення, що здійснюється з метою запобігання розвитку раньової інфекції та з метою створення сприятливих умов для загоєння рани.
2. Вторинна хірургічна обробка рани.	Це повторне втручання після вже проведеної первинної хірургічної обробки.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

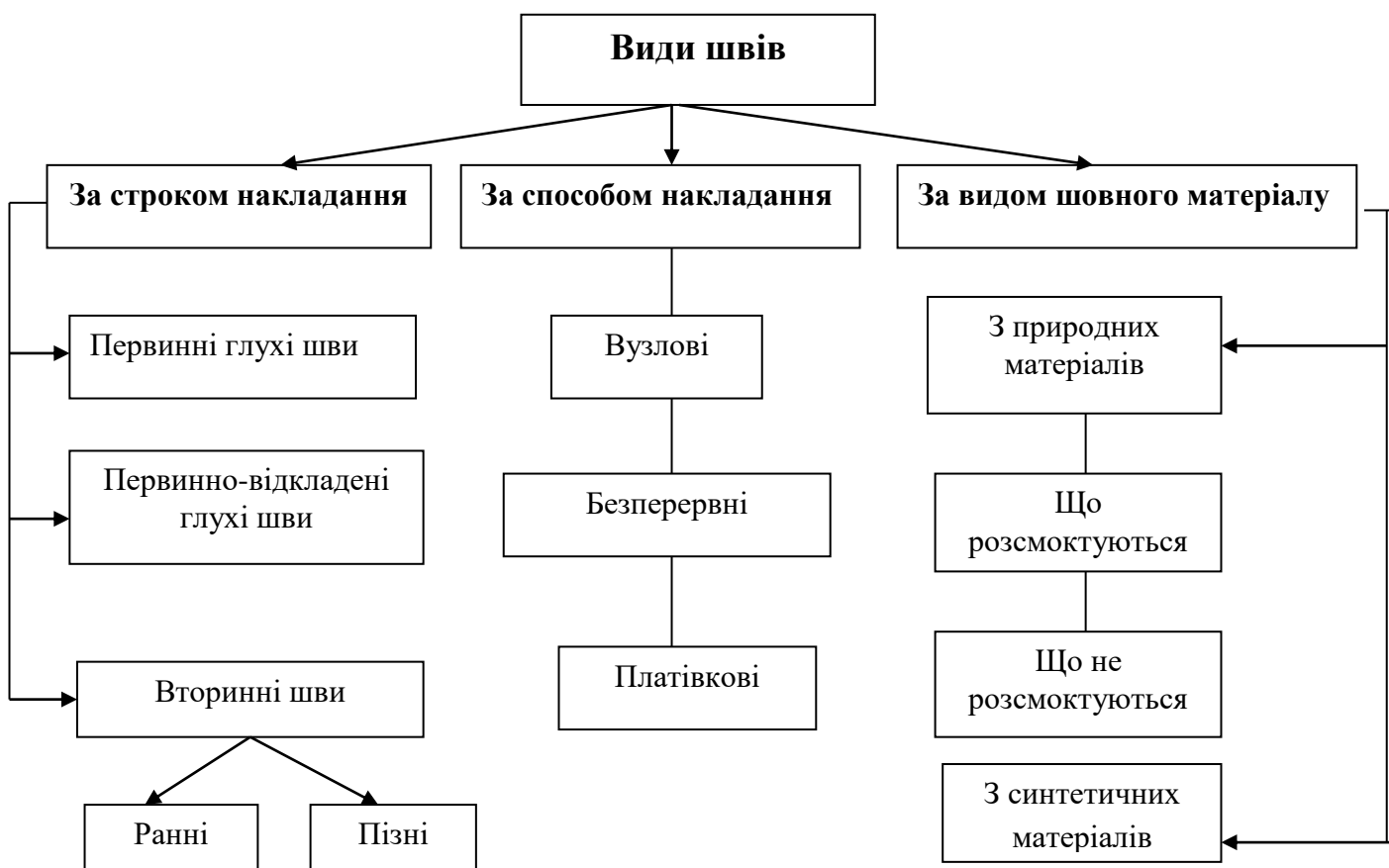
1. Визначення понять "подряпина", "забій", "рана".
8. Пошарова будова м'яких тканин у різних топографічних ділянках обличчя.
9. Кровообіг обличчя.
10. Іннервація обличчя.
11. Класифікація ран.
12. Клініка пошкоджень м'яких тканин та кісток щелепно-лищевої ділянки мирного часу.
13. Особливості діагностики травматичних ушкоджень м'яких тканин щелепно-лищевої ділянки мирного часу.
14. Класифікація кровотечі.
15. Тимчасові методи зупинки артеріальної кровотечі.
16. Постійна зупинка кровотечі.
17. Визначення поняття "первинна хірургічна обробка рани".
18. Особливості проведення первинної хірургічної обробки ран обличчя.
19. Види первинної хірургічної обробки.
20. Види швів.
21. Методи тимчасової іммобілізації при пошкодженнях кісток лицевого скелету.

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

1. Виконати пальцеве притиснення загальної сонної артерії.

2. Накласти підборідну прашчеподібну пов'язку.

5.ЗМІСТ ТЕМИ:



ПСИХО-ЕМОЦІЙНІ ПОРУШЕННЯ ПРИ ПОШКОДЖЕННЯХ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

Психо-емоційні порушення, що спостерігаються у постраждалих з травмою щелепно-лицевої ділянки, обумовлені як травмою головного мозку, так і емоційною реакцією на травму і пов'язане з нею спотворення обличчя.

Психічні розлади, що виникають у зв'язку з травмою головного мозку відрізняються значним поліморфізмом. Клінічна картина при цьому залежить від того, яка ділянка головного мозку ушкоджується.

Безпосереднім результатом пошкодження мозку є глибокі розлади свідомості у вигляді сопору або коми. Вихід з цього стану настає не відразу. Зазвичай довгий час хворі знаходяться в стані оглушення і нагадують людей, що остаточно не прокинулися: вони не відразу розуміють питання, що поставлені, довго повторюють одну і ту ж фразу, бувають вередливі і плаксиві. При цьому хворі також скаржаться на головний біль, запаморочення, шум і важкість в голові, нудоту; у ряді випадків буває блювота. Відмічаються слабкість запам'ятовування, швидке виснаження уваги, безпідставні коливання настрою. Всі ці явища, пов'язані із струсом мозку, поступово стихають і до кінця другого тижня зазвичай зникають.

Проте, в деяких випадках, після виходу з коми, виявляються ознаки деліріозного стану свідомості: хворі не впізнають оточуючих, не орієнтуються в обстановці, не контролюють своєї поведінки. Окрім розладу орієнтування, з'являються галюцинації, переважно зорові, тривога, страх, розвивається рухове збудження. Вміст галюцинацій найчастіше стосується найбільш близької хворому тематики: епізоди дорожніх випадків, сцени, пов'язані з професією і тому подібне. Тривалість такого стану 2 – 3 дні, хоча відомі випадки затяжного делірію після травми до 2 тижнів.

У ряді випадків гострий травматичний психоз характеризується ознаками своєрідного сумеркового стану свідомості. На перший план виступає порушення орієнтації, рухове збудження з відчуттям страху і несвідомою тривогою. Цьому сприяє передчасне транспортування. Ось чому важливо стримуватися при важкій черепномозковій травмі від перевезення хворих протягом 2 – 3 тижнів.

До гострих розладів нервово-психічної сфери відносять і ті, що часто зустрічаються у військовий час - сурдомутизм (глухонімоту). Цей вид патології зазвичай пов'язаний з повітряною контузією.

За характером емоційної реакції на отримане пошкодження щелепно-лицьової ділянки потерпілих можна розділити на дві групи.

У першій групі гострота реакції не пропорційна важкості пошкодження обличчя, що пов'язано з підвищеною збудливістю нервової системи.

У другій групі психічна пригніченість потерпілих відповідає ступеню функціональних розладів. Особливо тяжкі розлади викликають проникаючі в порожнину рота поранення обличчя з пошкодженням щелеп, язика, великими дефектами піднебіння, бічної ділянки обличчя, дна порожнини рота і ділянки підборіддя з нижньою губою.

Вираженість психічної пригніченості залежить також від таких чинників як професія потерпілого, освіта, соціальний стан і так далі.

Психогенні розлади у пацієнтів з пошкодженням обличчя і щелеп протікають по різному на різних етапах перебігу раневого процесу і є функціонально зворотним процесом. Характерно, що особи, які втратили зір при пораненні, абсолютно не реагують на спотворення, навіть в тих випадках, коли відсутність, наприклад, носа або губ усвідомлюється і без зору по функціональних порушеннях.

При важкому перебігу раневого процесу з високою температурою і явищами інтоксикації, сон в наслідок втоми, що переривається лише перев'язкою, їжею і промиваннями порожнини рота сприяє тому, що психічна пригніченість потерпілих значно зменшується і випадки невротичної реакції виникають рідко.

Навпаки, коли загальний стан пацієнта задовільний, свідомість збережена, інтоксикація мало виражена, сонливість відсутня і він знаходиться в палаті, де інші вільно розмовляють, харчуються не з поїльника, палять і тому подібне, психічна пригніченість і невротична реакція спостерігаються досить часто.

Загалом, в розвитку психогенних розладів мають значення наступні моменти:

- психічна травма, що виникла у момент поранення при чіткому уявленні отриманого спотворення обличчя;

- психічна травма, що однотипно повторюється, при контакті з оточуючими, особливо при неправильній поведінці останніх відносно хворого;
- психотравма, що виникає кожного разу, коли потерпілий бачить своє обличчя в дзеркалі;
- багатократна психічна травма у зв'язку з повторними оперативними реконструктивними і косметичними втручаннями;
- психічна травма у зв'язку з втратою виразності міміки обличчя або дефектами мови (педагоги, актори, лектори, працівники розумової праці);
- психічна травма у зв'язку з проблемами в особистому житті.

Зазвичай у момент звільнення обличчя постраждалого від пов'язки у нього з'являється непереборне бажання поглянути на себе в дзеркало. Дуже часто це посилює невротичну реакцію, яка і без того має місце. При важких пошкодженнях, особливо якщо лікар не зміг підготувати пацієнта або недооцінив цей момент, враження може виявитися дуже негативним. Потерпілий починає усамітнюватися, замикається в собі, відмовляється від спілкування з близькими.

У патогенезі емоційних зрушень при пошкодженнях обличчя свідомість спотворення стає причиною важкої психічної пригніченості, яка може привести до депресії, психозу і навіть до самогубства.

У ряді випадків невротична реакція в поранених в обличчя можлива також в результаті функціональних або органічних змін, що виникають внаслідок травми головного мозку. Тому навіть за відсутності психічної пригніченості поранений в обличчя інакше, не так як при пораненні інших ділянок тіла, сприймає і свій стан, і результат лікування.

Для профілактики розвитку тяжких психо-емоційних станів у постраждалих необхідно своєчасно забезпечити консультацію психіатра або психотерапевта. Бажано помістити такого хворого в палату з постраждалими, що мають схожі пошкодження, всіяко підтримувати у нього віру в одужання (психо-терапевтичні бесіди, спілкування з хворими, які вже перенесли відновлюючі операції з задовільним косметичним ефектом, демонстрації фотографій, на яких фіксовано результати вдалив пластичних операцій і т.п.). В важких випадках необхідно забезпечити постійне спостереження за хворим або навіть перевести його в психіатричний заклад.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

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



Пошкодження м'яких тканин і кісток обличчя мирного часу (гвинтом гелікоптера).

Б. Задачі для самоконтролю:

1. До лікаря на прийом звернувся постраждалий зі скаргою на наявність рани обличчя, яку він одержав під час бійки 3 години тому. Об'єктивно: в ділянці правої щоки локалізується рана лінійної форми з рівними гладкими краями у межах підшкірного жирового прошарку 5 см завдовжки.

Визначте діагноз та вид хірургічної обробки, яка буде проведена. (Відповідь: різана рана правої щічної ділянки; первинна рання хірургічна обробка.)

2. В щелепно-лицеве відділення надійшов хворий з пошкодженням м'яких тканин обличчя, яке він одержав більше доби тому під час роботи з бензопилою. Об'єктивно: в лівій щічній та навколотовушній ділянці велика рана неправильної форми з розчавленими просякнутими кров'ю краями, що сполучається з порожниною рота.

Визначте діагноз та вид хірургічної обробки. (Відповідь: рвана рана щічної та навколотовушної ділянки зліва, що сполучається з порожниною рота; відстрочена первинна хірургічна обробка.)

3. В відділення був госпіталізований постраждалий через 2 доби після поранення. Загальний стан не порушений, в лівій підочній ділянці рана 2x1,5 см., без ознак запалення.

Визначте вид шва за строком, який буде застосований у даному випадку. (Відповідь: первинний відстрочений шов)

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю ($\alpha = 2$):

1. На якій ділянці зовнішньої сонної артерії накладають лігатуру, під час її перев'язки?

- A. Нижче верхньої щитоподібної артерії.
- B. Між верхньою щитоподібною та язиковою артеріями.
- C. Між язиковою та лицевою артеріями.
- D. Вище лицевої артерії.
- E. В ділянці біфуркації загальної сонної артерії.

(Правильна відповідь: B)

2. Первинна рання хірургічна обробка рани проводиться:

- A. Не пізніше 4-6 годин після травми.
- B. Не пізніше 6-8 годин після травми.
- C. Не пізніше 8-10 годин після травми.
- D. Не пізніше 12 годин після травми.
- E. Не пізніше 24 години після травми.

(Правильна відповідь: E)

3. При обробці ран на обличчі первинний шов у першу чергу накладають:

- A. У привушно-жувальній ділянці.
- B. У щічній ділянці.
- C. У ділянці підборіддя.
- D. Біля природних отворів обличчя.
- E. В ділянці вуха.

(Правильна відповідь: D)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. У щелепно-лицеве відділення стоматологом дільничної лікарні направлений хворий, який скаржиться на головний біль, запаморочення, біль в ділянці верхньої щелепи, кровотечу з носа. Об'єктивно: незначний набряк м'яких тканин в ділянці верхньої губи, пальпаторно визначається симптом «сходинки» в ділянці нижнього краю очниці з обох сторін, а також рухомість верхньої щелепи разом з кістками носа. Нижня щелепа фіксована до верхньої лігатурним дротом за Айві.

Визначте попередній діагноз та помилку в попередніх діях стоматолога. (Відповідь: перелом верхньої щелепи за середнім типом Ле Фор; міжщелепна фіксація лігатурним дротом протипоказана при підозрі на перелом верхньої щелепи.)

2. Хворого доставлено машиною швидкої допомоги в прийомне відділення у несвідомому стані з місця транспортної пригоди. На голові фіксована пов'язка, що просякла кров'ю. Язик западає, дихання утруднене, пульс 50 ударів на хв. напружений, АТ 100/60 мм рт. ст. М'язи потилиці напружені, тонус кінцівок з правого боку нормальний, з лівого різко знижений. Зіниця правого ока розширена.

Поставте попередній діагноз, визначте профіль відділення в яке необхідно направити постраждалого. (Відповідь: відкрита черепно-мозкова травма; нейро-хірургічне відділення).

3. У приймальні відділення доставлено хворого через 3 години після вогнепального поранення під час полювання. Зі слів супроводжуючого, постраждалий втратив багато крові. Стан тяжкий, свідомість втрачена. На голові пов'язка просякнута кров'ю, множинні пошкодження м'яких тканин обличчя. Дихання часте поверхневе, пульс ниткоподібний 40 ударів на хв., АТ 70/10 мм рт. ст., зіниці розширені.

Поставте попередній діагноз, визначте профіль відділення в яке необхідно направити постраждалого. (Відповідь: поєднане краніофасціальне вогнепальне поранення, геморагічний шок; нейро-хірургічне відділення.)

7. ЛІТЕРАТУРА:

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2т. – Т.2/В.О.Маланчук, І.П.Логвіненко, Т.О.Маланчук, О.Л.Ціленко – К.: ЛОГОС, 2011. – С. 109-116.
2. Рузин Г.П. Краткий курс лекций по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Геннадий Петрович Рузин – Киев: «Книга плюс», 2006 – С. 107-111, 112-116.
3. Невогнепальні пошкодження щелепно-лицевої ділянки: навч. посіб. для студ. стомат. факульт. вищих мед. навч. закладів IV рівнів акрид. та інтернів-стоматологів / під загальною ред. Рибалова О.В. – Полтава: ТОВ «Фірма Техсервіс», 2012. – С. 24-35.
4. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия: Руководство для врачей / Под ред. проф. В.Н.Балина и проф. Н.М.Александрова. 4-е изд., доп. и испр. – СПб.: СпецЛит, 2005. – С. 10-16, 543-547.
5. Щелепно-лицева хірургія: підручник / О.О.Тімофєєв. – К.: ВСВ «Медицина», 2011. – С. 370-380.
6. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство / под ред. А.А.Кулакова, Т.Г.Робустовой, А.И.Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 – С. 697-706, 724-725.
7. Стоматологія 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.Демяник. – Харків: Торнадо, 2006. – С. 99-118.
8. Неотложная диагностика и лечебная тактика в ургентной хирургии: учебное пособие для студ. мед. ВУЗов и врачей-интернов / под ред. В.Д.Шейко – Полтава, 2007. – С. 34-38, 43-44.
9. Ускладнення травматичних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки: навч.-метод. посіб. для студ. стомат. факульт. вищих мед. навч. закладів IV рівнів акредитації та інтернів-стоматологів / Рибалов О.В., Ахмеров В.Д. – Полтава: ТОВ «Фірма «Техсервіс»», 2011. – С. 111-115.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
Сумський державний університет
Медичний інститут

«Затверджено»
на засіданні кафедри
стоматології

Завідувач кафедри
д.мед.н.Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	4
Змістовний модуль №	4
Тема заняття	Загальна характеристика, клінічний перебіг, діагностика вогнепальних поранень і пошкоджень м'яких тканин, кісток обличчя в екстремальних умовах: класифікація, особливості клінічного перебігу, діагностика пошкоджень на етапах медичної евакуації. Пластична хірургія в лікуванні пошкоджень обличчя. Сучасна вогнепальна рана, її лікування.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Знання загальної характеристики, клінічного перебігу, принципів діагностики вогнепальних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки, їх ускладнень, травматичної хвороби у щелепно-лицевих поранених необхідні лікарю-стоматологу для раціональної організації та надання медичної допомоги постраждалим як в військовий, так й в мирний час, особливо в умовах екстремальних ситуацій.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати клінічні прояви травматичних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки в екстремальних умовах.
- 2.2. Пояснювати етіологічні та патогенетичні фактори виникнення травматичних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки в екстремальних умовах.
- 2.3. Запропонувати план обстеження постраждалих з травмою щелепно-лицевої ділянки.
- 2.4. Класифікувати травматичні пошкодження щелепно-лицевої ділянки воєнного часу.
- 2.5. Трактувати принципи діагностики та лікування травматичних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки в екстремальних умовах.
- 2.6. Малювати графологічну схему заняття.
- 2.7. Проаналізувати результати лабораторних та інструментальних обстежень.
- 2.8. Скласти схему лікування постраждалого з вогнепальною травмою щелепно-лицевої ділянки.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Топографічна анатомія.	Визначити анатомічні ділянки пошкодження.
2. Загальна хірургія.	Визначити тип кровотечі та ступінь її важкості.
3. Військово-польова хірургія.	Визначити характер вогнепального поранення, порядок надання медичної допомоги, порядок евакуації.
4. Фармакологія.	Призначити схему медикаментозного лікування.
5. Рентгенологія.	Визначити необхідний метод обстеження.

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
22. Первинний шов.	Це шов, що накладається на рану до розвитку в ній явищ запалення.
2. Вторинний шов.	Це шов, який накладається на рану після вторинної обробки.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Загальна характеристика вогнепальних ран.
2. Особливості вогнепальних пошкоджень тканин щелепно-лицевої ділянки.
3. Класифікація вогнепальних пошкоджень тканин щелепно-лицевої ділянки.
4. Методи діагностики вогнепальних пошкоджень тканин щелепно-лицевої ділянки.
5. Визначення травматичної хвороби.
6. Періоди травматичної хвороби.
7. Особливості проявлення травматичної хвороби у щелепно-лицевих поранених.
8. Класифікація ускладнень вогнепальних пошкоджень тканин щелепно-лицевої ділянки.
9. Клінічні прояви безпосередніх ускладнень вогнепальних пошкоджень тканин щелепно-лицевої ділянки.
10. Клінічні прояви ранніх ускладнень вогнепальних пошкоджень тканин щелепно-лицевої ділянки.
11. Об'єм та порядок надання медичної допомоги пораненим на етапах евакуації.

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

1. Накласти пов'язку - «чепець».
2. Накласти восьмиподібну пов'язку.

5.ЗМІСТ ТЕМИ:

Класифікація пошкоджень щелепно-лицевої ділянки воєнного часу (за Кабаковим)

I. Механічні пошкодження верхньої, середньої, нижньої та бокової зон обличчя.

За локалізацією:

A. Травми м'яких тканин:

1. ізолювані з пошкодженням:

а) язика; б) слинних залоз; в) великих нервів; г) великих судин;

2. поєднані.

B. Травми кісток:

а) нижньої щелепи; б) верхньої щелепи; в) вилицевих кісток;

г) кісток носу; д) двох кісток та більше.

За характером поранення: наскрізні, сліпі, дотичні поранення; поранення, які проникають у порожнину рота, носа, гайморову пазуху.

За механізмом:

1. Вогнепальні пошкодження: кульові, осколочні, шароподібними та стрілоподібними елементами.

1. Невогнепальні пошкодження: забиті, колоті, різані, рублені.

II. Комбіновані пошкодження.

III. Опіки.

IV. Відмороження.

Всі поранення умовно поділяються на легкі, середньої тяжкості та тяжкі.

Пошкодження можуть бути ізолюваними поодинокими, ізолюваними множинними, сполученими ізолюваними та сполученими множинними.

Анатомо-топографічні та фізіологічні особливості щелепно-лицевої ділянки, що обумовлюють особливості травм цієї області:

- велике кровопостачання, що обумовлює ясну кровотечу з крововтратою, пошкодження крупних та магістральних судин;
- ясна лімфатична система, що обумовлює швидкий розвиток набряку та високі регенераторні та протиінфекційні можливості тканин;
- велика та ясна іннервація ділянки, що обумовлює виражений больовий симптом та розвиток шоку, а в наслідках травм – парези та паралічі чутливих та рухливих нервів;
- наявність м'язової мускулатури, що обумовлює невідповідність зовнішнього виду пораненого тяжкості пошкодження за рахунок з'являння країв ран та спотворення обличчя;
- близькість життєво важливих органів – головного мозку, органу зору, слуху, нюху, що обумовлює розвиток синдрому взаємного обтяження та сполучних травм;
- наявність у бокових зонах та в ділянці дна порожнини рота великих слинних залоз, що обумовлює можливість пошкодження їх проток та паренхіми з утворенням травматичних слинних кіст, слинних нориць, стенозів та облітерації протоків;
- наявність клітковинних просторів, що обумовлює розвиток гнійних ускладнень пошкоджень та гнійних кишень;
- наявність зубів, пломб або ортопедичних конструкцій в порожнини рота, що служать вторинними снарядами, що пошкоджують, та обумовлюють розвиток асфіксії;
- наявність мікрофлори в порожнини рота, носа, рото- та носоглотки, що обумовлює гнійно-запальні ускладнення пошкоджень;
- неможливість самостійного прийому їжі та неможливість традиційного годування внаслідок пошкоджень тканин порожнини рота, щелеп, жувальних м'язів та м'язів глотки;
- неможливість використання звичайного протигазу за рахунок ран та розвитку набряку тканин.

При всіх вогнепальних пораненнях та пошкодженнях м'яких тканин обличчя, з точки зору **перебігу раневого процесу**, доцільно виділяти чотири періоди, згідно з якими і проводять лікувальні заходи.

Перший період – приблизно 48 годин після поранення – характеризується переважанням у рані явищ травматичного набряку без виражених ознак запалення інфекційного походження. Цей період слід вважати найбільш корисним для проведення первинної хірургічної обробки, а в деяких випадках – для первинних пластичних операцій.

Другий період – з третього дня після поранення до очищення рани та появи видимих грануляцій. Він характеризується, звичайно, наявністю в рані в тому чи іншому ступені виразності запальних процесів з явищами інфільтрації тканин довкола рани, ексудації, інколи нагноєння, а при проникаючих в ротову порожнину пораненнях – розвитком гнилісної інфекції. На кінець 8-12 діб при відсутності ускладнень закінчується відторгнення некротичних тканин, рана очищується та з'являються видимі на око грануляції. Задача лікування в цей період складається з відмежування запального процесу та прискорення відторгнення некротизованих тканин.

Третій період – гранулювання рани. Лікувальні заходи повинні бути спрямовані на прискорення росту грануляцій. Часто є показання до раннього вторинного шву і ранньої пластики.

Четвертий період – епітелізація та рубцювання рани. Якщо до 4-5 місяця не відбувається келоїдного переродження рубця, він становиться м'яким, рухомим, безболісним.

Евакуаційно-етапна система лікування ранених (за Опелем)

Поле бою (перша медична допомога):

- запобігання загрози смерті пораненого шляхом визволення з під завалів, гасіння палаючого одягу;
- тимчасова зупинка зовнішньої кровотечі шляхом накладання пов'язки, що давить;
- накладання на рану асептичної пов'язки з використанням пакету перев'язочного індивідуального (ППІ);
- надання пораненому положення обличчям униз для попередження асфіксії;
- усунення асфіксії шляхом звільнення верхніх дихальних шляхів від слизу, крові і можливих сторонніх тіл, фіксацію язика при його западанні;
- введення знеболюючого засобу за допомогою шприц-тюбика;
- прийом протиблювотних засобів (етапіразин) із аптечки індивідуальної (АІ);
- одягання на потерпілого шолому для поранених у голову у випадку ураження місцевості ОР та виніс потерпілого з місця поранення;
- введення антидотів ураженим отруйними речовинами;
- вгамування спраги із фляги пораненого (при тяжких пораненнях – один кінець бинта треба занурити у флягу з водою, другий – у рот пораненого).

Для надання першої медичної допомоги в першу чергу використовуються медичні засоби, які є у пораненого (АІ, ППІ, ППП).

Медичний пункт батальйону (долікарська допомога) доповнює першу медичну допомогу. Її головні завдання:

- контроль і виправлення раніше накладених пов'язок;
- введення знеболюючих чи серцевих препаратів;
- боротьба з асфіксією;
- тимчасова зупинка кровотечі;
- прийом антибіотиків;
- прийом антиблювотних препаратів (по показанням);
- зігрівання поранених, які знаходяться у шоковому стані;
- вгамування спраги;
- підготовка до евакуації.

Характер та обсяг медичної допомоги при асфіксії і кровотечі такий же, як і при наданні першої медичної допомоги. Заміну пов'язки здійснюють лише у тих випадках, коли пов'язка не відповідає своєму призначенню. В інших випадках здійснюють лише огляд пов'язки або підбинтовку. Оптимальні строки надання долікарської допомоги 1,5-2 години з моменту пошкодження (поранення).

Медичний пункт полку (перша лікарська допомога) передбачає проведення наступних заходів:

- зупинка кровотечі;
- усунення асфіксії усіх видів;
- здійснення транспортної іммобілізації при клаптевих рваних ранах м'яких тканин обличчя;
- виправлення неправильно накладених і сильно промокклих пов'язок;
- введення антибіотиків, серцевих та знеболюючих ліків;
- проведення протишоккових заходів;

- введення правцевого анатоксину при відкритих, особливо забруднених ранах щелепно-лицевої ділянки;
- вгамування спраги;
- заповнення первинної медичної картки;
- підготовка до евакуації.

Більша частина потерпілих з пошкодженнями щелепно-лицевої ділянки одержує медичну допомогу у перев'язочній МПП. Оптимальні строки надання першої лікарської допомоги 4-5 годин з моменту пошкодження (поранення).

Окремий медичний батальйон (кваліфікована медична допомога) пораненим у щелепно-лицеву ділянку передбачає проведення таких заходів:

- усунення асфіксії;
- остаточна зупинка кровотечі та боротьба з гострою крововтратою;
- попередження і боротьба з шоком;
- хірургічна обробка рвано-клаптевих і сильно забруднених землею ран обличчя;
- харчування поранених;
- підготовка до подальшої евакуації.

Первинна хірургічна обробка ран, як правило, не повинна проводитись в ОМедБ, як це було в другу світову війну. Зараз доказано (М.В. Мухін, Я.М. Збарж, Б.Д. Кабаков), що повноцінну і радикальну хірургічну обробку доцільно проводити в спеціалізованих шпиталях. Виключення складають поранені з легкими поверхневими пошкодженнями м'яких тканин і тяжко поранені, які по життєвим показникам не можуть бути направлені далі. Усі щелепно-лицеві поранені незалежно від виду поранення і загального стану повинні бути оглянуті лікарем-стоматологом у перев'язочній при знятих пов'язках. Це необхідно робити тому, що на цьому етапі поранений повинен одержати подальше евакуаційне призначення. Лікар-стоматолог оцінює ступінь поранення, уточнює діагноз, установлює чергу в наданні допомоги:

I черга – щелепно-лицеві поранені, що мають потребу у кваліфікованій хірургічній допомозі по життєвим показникам (з ознаками шоку, кровотечею, асфіксією);

II черга – поранені з явищами помірного порушення дихання, мови, з дуже промоклими пов'язками, а також усі поранені із сполученими та комбінованими пошкодженнями;

III черга – сліпі поранення;

IV черга – всі інші постраждали з легкими пораненнями.

Лікар-стоматолог проводить промивання порожнини рота розчинами антисептиків, організовує харчування поранених, гамування спраги. Крім того, він веде відбір і тимчасово госпіталізує нетранспортабельних. З цієї точки зору, перш за все, поранених розподіляють на дві групи:

- поранені, яких не буде в подальшому евакуйовано. Це особи з поверхневими пошкодженнями м'яких тканин обличчя без дефектів тканин. Після хірургічної обробки ран і накладання швів їх залишають в ОМедБ у команді одужуючих. Через 8-10 діб вони повертаються в свої частини.

- поранені з дуже тяжкими пошкодженнями, їх залишають для тимчасової госпіталізації з метою виведення з цього стану. Відбір і тимчасова госпіталізація нетранспортабельних (на термін від 2 до 10 діб) проводиться по таким показникам: а) після перенесеної гострої крововтрати; б) стан шоку; в) загроза асфіксії; г) загроза кровотечі; д) необхідність у невідкладній хірургічній стоматологічній допомозі.

Оптимальні строки надання кваліфікованої медичної допомоги – 8-12 годин з моменту пошкодження (поранення).

Спеціалізований польовий пересувний хірургічний шпиталь (спеціалізована медична допомога):

- вичерпна допомога при кровотечі, асфіксії та шоку, якщо вона не була забезпечена на попередніх етапах;
- кінцева зупинка кровотечі та її профілактика;
- радикальна первинна хірургічна обробка ран м'яких тканин обличчя та ротової порожнини;
- кінцеве лікування усіх ран м'яких тканин за виключенням тих, що потребують багатоетапного лікування (відновлювальні операції за допомогою філатовського стебла чи складні комбіновані методики);
- лікування ранніх ускладнень та профілактика пізніх;

- проведення ранніх відновлювальних операцій за допомогою місцевих тканин, метода вільної пересадки тканин;
- спеціальний догляд та харчування поранених.

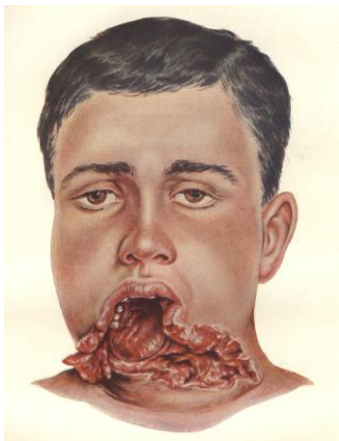
Поранені, які мають пошкодження м'яких тканин з значними дефектами та спотворенням обличчя, порушенням функції, які потребують довгострокового лікування (більше 2-х місяців) з використанням багатоетапних відновлювальних операцій направляються для подальшого лікування в спеціальні шпиталі внутрішнього району країни.

Треба відмітити, що послідовність в наданні перелічених видів медичної допомоги не завжди буде дотримуватись. Вона буде повністю залежати від умов бойової та медичної обстановки, а також від ступеня застосування засобів евакуації. Як результат – не завжди поранені будуть проходити послідовно всі етапи медичної евакуації. Найявність санітарного евакуаційного транспорту дозволить в деяких випадках евакуювати поранених з передових етапів медичної евакуації у військові польові шпиталі або в ОМедБ. Як приклад, це медичне забезпечення обмеженого контингенту радянських військ в Афганістані, коли поранені з поля бою вертольотами доставлялись безпосередньо на етапи, де їм надавалась кваліфікована або спеціалізована медична допомога.

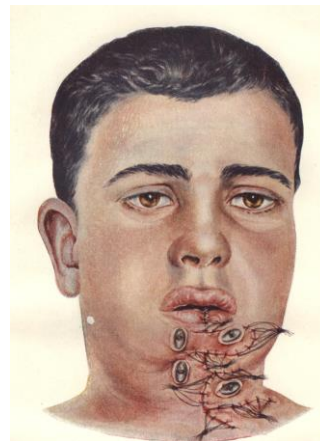
6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

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

Вогнепальне оскольчасте поранення підборідного відділу нижньої щелепи.



До хірургічної обробки



Після хірургічної обробки
(на рану м'яких тканин
накладено платівкові шви)

Б. Задачі для самоконтролю:

1. У хворого 45 років після вогнепальної рани в привушній ділянці сформувалась слинна нориця. Який спосіб хірургічного лікування застосовано, якщо вздовж зонда, введеного на максимальну глибину, висікають рубець, виділяють норицевий хід і в глибині рани накладають кисетний шов, після цього норицевий хід висікають, а шов стягують і зав'язують. Потім на м'які тканини накладають пошарово шви. (Відповідь: спосіб Сапожкова)
2. На етапі кваліфікованої медичної допомоги лікарем-стоматологом оглянутий поранений з дотичною вогнепальною раною м'яких тканин лица без ушкодження лицевого скелету та магістральних судин і нервових гілок. З метою профілактики раневої інфекції яке лікування буде найбільш ефективним на цьому етапі надання медичної допомоги? (Відповідь: рання хірургічна обробка рани)
3. На МПП доставлено пораненого з оскольчастим пораненням щелепно-лицевої ділянки, що супроводжується значним дефектом м'яких тканин правої щічної ділянки. АТ 95/65 мм.рт.ст., свідомість спутана, з рани – помірна кровотеча. Визначте об'єм першої лікарської допомоги на МПП. (Відповідь: зупинка кровотечі, накладання пов'язки, що давить, протишокова терапія, шадна евакуація в ОМедБ)

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю ($\alpha = 2$):

1. Перша допомога шляхом фіксації язика здійснюється при асфіксії:
 - А. Аспіраційній.

- В. Обтураційній.
- С. Дислокаційній.
- Д. Стенотичній.
- Е. Клапанній.

(Правильна відповідь: С)

2. Первинна рання хірургічна обробка вогнепальної рани виконується в строки:

- А. До 4 – 6 годин.
- В. До 6 – 8 годин.
- С. До 8 – 12 годин.
- Д. До 12 – 24 годин.
- Е. До 48 годин.

(Правильна відповідь: D)

3. Медичне сортування поранених здійснюється на етапі:

- А. Поле бою.
- В. Медичний пункт батальйону.
- С. Медичний пункт полку.
- Д. Окремий медичний батальйон.
- Е. Спеціалізований хірургічний шпиталь.

(Правильна відповідь: С)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. В поліклініку до хірурга-стоматолога звернувся хворий 23 років, який скаржиться на біль у ділянці підборіддя зправа, кровотечу з порожнини рота, утруднений прийом їжі. Два дні тому впав та вдарився підборіддям. Свідомість не втрачав. При об'єктивному огляді виявляється асиметрія обличчя за рахунок гематоми та набряку зліва. Відкривання рота дещо обмежене. Симптоми «сходінки» між 32 та 35, розрив слизової оболонки, патологічна рухомість фрагментів нижньої щелепи.

Визначте діагноз, схему обстеження, вид тимчасової імобілізації. (Відповідь: перелом нижньої щелепи в ділянці підборіддя зліва зі зміщенням відламків; рентгенографія нижньої щелепи; пращеподібна пов'язка.).

2. До щелепно-лицевого відділення спеціалізованого шпиталю доставлено військово-службовця з вогнепальним пораненням щелепно-лицевої ділянки одержаним більше доби тому. Об'єктивно: в ділянці підборіддя рана неправильної форми 3x5 см, в глибині якої видно роздроблену кістку. Кровотеча відсутня, має місце порушення дихання.

Визначте діагноз, помилку, яка допущена на попередньому етапі евакуації та вид хірургічної обробки яка буде проведена. (Відповідь: вогнепальний перелом нижньої щелепи в ділянці підборіддя; дислокаційна асфіксія; на попередньому етапі не зафіксовано язика; буде проведена відстрочена первинна хірургічна обробка.).

3. У спеціалізований шпиталь через 42 години після поранення у задовільному стані надійшов військовослужбовець. Об'єктивно: в лівій щічній ділянці рана значних розмірів з дефектом тканин, що проникає у порожнину рота, з явними ознаками запалення.

Визначте вид хірургічної обробки та швів, які будуть накладені. (Відповідь: вторинна хірургічна обробка платівкові шви).

7. ЛІТЕРАТУРА:

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2т. – Т.2/В.О.Маланчук, І.П.Логвіненко, Т.О.Маланчук, О.Л.Ціленко – К.: ЛОГОС, 2011. – С. 121-136.

2. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия: Руководство для врачей / Под ред. проф. В.Н.Балина и проф. Н.М.Александрова. 4-е изд., доп. и испр. – СПб.: СпецЛит, 2005. – С. 75-107, 548-563.

3. Щелепно-лицева хірургія: підручник / О.О.Тімофєєв. – К.: ВСВ «Медицина», 2011. – С. 370-380.

4. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство / под ред. А.А.Кулакова, Т.Г.Робустовой, А.И.Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 – С. 697-706, 724-725, 726-736.

5. Стоматологія 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.Демяник. – Харків: Торнадо, 2006. – С. 81-89, 119-127, 141-146.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
Сумський державний університет
Медичний інститут

«Затверджено»
на засіданні кафедри
стоматології

Завідувач кафедри
д.мед.н.Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	4
Змістовний модуль №	4
Тема заняття	Травматична хвороба: патогенез, особливості при пошкодженнях щелепно-лицевої ділянки.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Знання загальної характеристики, клінічного перебігу, принципів діагностики вогнепальних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки, їх ускладнень, травматичної хвороби у щелепно-лицевих поранених необхідні лікарю-стоматологу для раціональної організації та надання медичної допомоги постраждалим як в військовий, так й в мирний час, особливо в умовах екстремальних ситуацій.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати причини виникнення травматичної хвороби.
- 2.2. Пояснювати особливості клінічного перебігу травматичної хвороби у поранених у щелепно-лицеву ділянку.
- 2.3. Запропонувати загальну характеристику вогнепальних ушкоджень щелепно-лицевої ділянки та їх ускладнень .
- 2.4. Класифікувати вогнепальні ушкодження щелепно-лицевої ділянки та їх ускладнення.
- 2.5. Трактувати методи діагностики травматичної хвороби у поранених у щелепно-лицеву ділянку.
- 2.6. Малювати схему організації лікування поранених у щелепно-лицеву ділянку з травматичною хворобою.
- 2.7. Проаналізувати принципи профілактики травматичної хвороби у поранених у щелепно-лицеву ділянку.
- 2.8. Скласти схему медикаментозної терапії пацієнтів з травматичною хворобою.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (МІЖДИСЦИПЛІНАРНА ІНТЕГРАЦІЯ)

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Медицина катастроф.	Демонструвати організацію надання медичної допомоги щелепно-лицевим пораненим в структурі цивільної оборони
2. Топографічна анатомія та оперативна хірургія.	Застосовувати знання з хірургічної анатомії голови та шиї. Зобразити схематично методику оперативного втручання при наданні допомоги щелепно-лицевим пораненим. Демонструвати навички з накладання різних видів швів при наданні допомоги пораненим з травматичними ушкодженнями щелепно-лицевої локалізації.
3. Хірургічні хвороби.	Описувати історію хвороби пораненого з травматичними ушкодженнями щелепно-лицевої локалізації. Демонструвати навички з проведення первинної хірургічної обробки ран щелепно-лицевої ділянки та шиї. Визначати стан, у якому перебуває поранений з травматичним ушкодженням щелепно-лицевої ділянки (травматичний шок, геморагічний шок та ін.). Визначити характер вогнепального поранення, 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. Травматична хвороба.	Це особлива клінічна категорія, що дозволяє розглядати у світлі лікувально-діагностичних задач не окремі стадії та ускладнення (шок, післяшочковий період, інфекційні ускладнення, періоди реконвалесценції та реабілітації), а увесь процес в цілому до визначення виходу захворювання.
2. Травматичний шок.	Це спричинений травмою тяжкий стан, що супроводжується

	значними порушеннями функцій життєво важливих органів, насамперед кровообігу та дихання. Характеризується двома фазами перебігу – еректильною (напруження, активна реакція організму на травму) та торпедною (виснаження основних функцій життєзабезпечення). Шок не є нозологічною формою. Він являє собою фазу травматичної хвороби.
3. Геморагічний шок.	Це стан аналогічний за клінічною картиною травматичному шоку. Виникає унаслідок масивної крововтрати у разі травми (зовнішня кровотеча) або при внутрішніх кровотечах.
4. Гіповолемічний шок.	Це стан, який розвивається при значних втратах організмом плазми крові та інших рідин (значні опікові поверхні, виснажливе блювання, діарея та ін.), коли безпосередньо зменшується ОЦК.
5. Синдром взаємного обтяження.	Це стан, для якого характерно: - велика кількість осередків афферентної патологічної (насамперед больової) імпульсації; - велика кількість осередків кровотеч; - порушення координуючої функції центральної нервової системи при важкому шоці та черепно-мозковій травмі; - велика кількість осередків первинного, а потім й вторинного некрозу тканин, що призводить до розвитку інтоксикації.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Поняття “травматична хвороба”.
2. Періоди травматичної хвороби
3. Особливості перебігу травматичної хвороби у щелепно-лицевих поранених

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

1. Обстежити пацієнта з травмою щелепно-лицевої ділянки, встановити діагноз та призначити лікування.
2. Оформити медичну документацію.
3. Вміти провести первинну хірургічну обробку рани.
4. Провести тимчасову іммобілізацію уламків нижньої та верхньої щелеп.

5. ЗМІСТ ТЕМИ:

Політравма та травматична хвороба щелепно-лицевих поранених

Під політравмою розуміють одноманітні ураження двох і більше анатомічних ділянок, при яких спостерігається порушення життєво важливих функцій організму. Це важка поєднана травма, що супроводжується розвитком клініки травматичного шоку, тобто це шокогенна поєднана травма. Виділення політравми в окрему категорію має важливе значення в зв'язку з певними особливостями таких поранень. Поєднання уражень декількох анатомічних ділянок тіла – патологічний стан, пов'язаний з виникненням синдрому взаємного обтяження уражень. Сутність синдрому полягає в тому, що кожне з уражень погіршує загальну патологічну ситуацію і кожне конкретне ураження при політравмі перебігає більш важко, з великим ризиком розвитку ускладнень, ніж при ізольованій травмі. Незважаючи на велику різноманітність клінічних варіантів шокогенної поєднаної травми, при політравмі розвивається травматична хвороба, яка має загальні закономірності, що визначають головні особливості її патогенезу та принципи лікувальної тактики.

Травматична хвороба – симптомокомплекс травмованих хворих з тяжкими, множинними пошкодженнями; це патологічний процес, зумовлений важкою шокогенною механічною травмою, в якому послідовна зміна ключових факторів патогенезу визначає закономірну послідовність періодів клінічного перебігу. Поняття про травматичну хворобу формувалось на базі вчення про травматичний шок. У основі травматичної хвороби лежить захисно-рефлекторна реакція організму, насамперед ЦНС, ендокринної та інших систем на дію травматичного агента, нервові імпульси та всмоктування продуктів розпаду тканин з вогнища пошкодження, крововтрату.

Клінічна симптоматика та перебіг травматичної хвороби залежить від локалізації, характеру та тяжкості ушкодження.

У клінічному перебігу травматичної хвороби виділяють періоди:

Період шоку – період гострих функціональних і системних розладів, які зумовлені важкою травмою, тривалість 12-48 годин.

Ранній післяшочковий період – період загрози виникнення органної та поліорганної недостатності – тривалість 3-7 діб після травми.

Період інфекційних ускладнень або великого ризику їх розвитку (період вторинного імунодефіциту) – тривалість 1 тиждень – до 1 місяця.

Період реконвалесценції – тривалість від декількох тижнів до декількох місяців.

А.В.Каплан відокремлює такі періоди травматичної хвороби:

I – період травматичного шоку та кровотечі;

II – період розпалу змін гомеостазу (загальних змін разом з патоморфологічними змінами пошкоджених тканин);

III – період реконвалесценції з розвитком умов для репаративного процесу пошкоджених тканин та органів.

Патогенез травматичної хвороби зумовлений взаємодією травматичного агенту з тканинами організму, унаслідок чого виникає їх ушкодження, яке впливає на різні системи організму, при цьому основні ланки патогенезу включають у себе крововтрату (різного об'єму, швидкості), специфічні розлади функцій ушкоджених органів, гіпоксію, токсемію та больовий синдром. Як наслідок виникає моно- або поліорганна недостатність.

При травмі реакції ушкодження змінюються реакціями захисту – стрес, або загальний адаптаційний синдром у відповідь на травму. розрізняють дві фази обміну речовин після травми: катаболічна – триває 2-4 дні, характеризується руйнуванням, втратою білків, що спрямоване на зменшення ушкоджень структур і збереження основних функцій організму; анаболічна фаза – триває 1-2 тижні і більше, для неї притаманне відновлення ушкоджених структур та органів і відновлення їхньої функції.

“Первинні” зміни виникають внаслідок безпосереднього анатомічного ураження органа. По мірі зростання сили травмуючого ефекту зростає тяжкість первинних змін. Наприклад забій, розрив, струс.

Протягом перебігу травматичної хвороби первинні зміни трансформуються внаслідок виникнення запальних і дистрофічних процесів. Виникають “вторинні” зміни внаслідок розповсюдження раневої інфекції, токсинів, виникнення тромбоемболій та ін.

У патогенезі травматичної хвороби неможливо обійти мовчанням концепцію поліорганної недостатності, так як в результаті гине абсолютна більшість потерпілих. Поліорганна недостатність визначається як важкий загальнопатологічний стан організму, який виникає при прогресуванні критичного стану і проявляється функціональною неспроможністю двох і більше життєво важливих органів і систем.

Перебіг і клінічні прояви травматичної хвороби. Перші 2 доби травматичної хвороби (перший період) характеризуються різким больовим синдромом, хворий різко блідніє, пітніє, адинамічний (можливе збудження), внаслідок крововтрати різко падає АТ, прискорюється та слабіє пульс, тони серця глухі, задишка, олігурія. Це все характерно для шоку. Головною причиною смерті поранених є декомпесований і незворотній травматичний шок, гостра кровотеча, безпосередні ураження життєво важливих органів. Звертає на себе увагу невідповідність тяжкості шоку до характеру наявних уражень та його резистентність до комплексної інтенсивної терапії.

В наступні дні разом зі зниженням АТ, тахікардією та задишкою спостерігаються симптоми лихоманки ($t 38^{\circ} - 39^{\circ}C$) та зміни картини крові: лейкоцитоз з нейтрофіліозом, лейкоцитарна формула здвигнута вліво, прискорення ШОЕ. Це другий період травматичної хвороби (ранній післяшочковий період). Збільшується небезпека розвитку важких функціональних розладнань. Стан потерпілих з політравмою протягом першого тижня післяшочкового періоду звичайно характеризується розвитком поліорганної недостатності. З 3-5 доби травматичного періоду загрозу для життя являють: дихальна недостатність, що прогресує (по типу респіраторного дістрес-синдрому); коагулопатичні розладнання з переходом у синдром дисимінованого внутрішньосудинного згортання (ДВЗ) крові; жирова емболія; нирково-печінкова недостатність; серцева недостатність з розладнанням центральної гемодинаміки; наслідки раннього посттравматичного ендотоксикозу.

З 5-7 дня травматичної хвороби вирішальним елементом стають прояви розповсюдження і загрози генералізації раневої інфекції. При цьому проходить зміна локалізації домінуючої

раневої інфекції. Спочатку це місцевий процес – розвивається нагноєння у зоні поширеного руйнування м'яких тканин, а потім на передній план виходить важка пневмонія або утворюються абсцеси у черевній порожнині. Нерідко ситуація розвивається у зворотному порядку. Гнійно-септичні ускладнення є головною причиною смерті потерпілих з політравмою у III періоді травматичної хвороби і становлять в структурі летальності 75%. При їх виникненні практично нівелюються досягнення реанімації, інтенсивної терапії, результати операцій. Під раневою інфекцією у цьому періоді розуміють не тільки інфекційно-запальний процес у рані, а й розвиток раневого сепсису.

В подальшому при сприятливому перебігу травматичної хвороби спостерігається регрес симптомів та настає реконвалесценція (останній період травматичної хвороби). У багатьох хворих на етапі переходу до одужання спостерігаються: значний дефіцит маси тіла, затримка репаративних процесів, астенизація, зниження резистентності до будь-яких несприятливих зовнішніх впливів. На цьому етапі яскраво проявляються і загострюються фонові хронічні захворювання і функціональна недостатність різних органів і систем.

Принципи лікування травматичної хвороби. В діагностиці та лікуванні травматичної хвороби приймає участь бригада лікарів: травматологи, реаніматологи, спеціалізовані хірурги (абдомінальні, торакальні, щелепно-лицеві, ангіо– та нейрохірурги, ЛОР- та офтальмологи). В лікуванні постраждалого в стані травматичної хвороби використовується принцип лікування поліорганної недостатності з основним впливом на найбільш постражданий орган або систему органів та тканин. Програма лікування містить комплекс інтенсивної протишокової терапії з певною послідовністю виконання хірургічної корекції уражень. Виділяють **основні принципи лікування потерпілих:**

– найбільш ранній початок інфузійної терапії, що попереджує заглиблення шокowego стану, гіпоксії та ацидозу. З метою відновлення мікроциркуляторної перфузії тканин і усунення розладнань гемостазу використовують реологічне активні середовища: сольові розчини, реополігнокін, реогноман. Колоїдні і кристалоїдні плазмозамішувачі сприяють відновленню об'єму циркулюючої крові та відновленню мікроциркуляторної перфузії. По можливості рано приступають до відшкодування об'єму крові і плазмовтрати (еритроцитарна маса, свіжа кров, свіжа нативна плазма та ін);

– швидка евакуація поранених у спеціалізовані медичні заклади хірургічного профілю (шпитальна база фронту);

– виконання екстрених хірургічних втручань в єдиному комплексі протишовкових мір. У загальному плані хірургічне лікування політравми складається з: невідкладних операцій, спрямованих на усунення прямої загрози життя (механічна асфіксія, зупинка кровотеч і ін.), які виконують на фоні інтенсивних протишовкових і реанімаційних заходів; ранніх відстрочених операцій, які спрямовані на усунення причин розвитку небезпечних для життя ускладнень (після виведення пацієнта з травматичного шоку на 2-3 добу післяшовкового періоду); відстрочених операцій другої черги. Всі оперативні втручання, які спрямовані на усунення синдрому взаємного обтяження уражень, необхідно закінчити протягом перших 2-3 діб;

– виконання ранніх відстрочених операцій відразу після виведення поранених з шоку на фоні набутої відносної стабілізації гемодинаміки. Мета цього етапу – усунення синдрому взаємного обтяження уражень;

– закріплення процесу довготривалої компенсації. Надзвичайно енергоємні механізми невідкладної компенсації при розвитку травматичної хвороби виснажуються до кінця 2-3 доби, а збережений біоенергетичний потенціал поступово перемикається на довготривалу (стійку) компенсацію;

– призначення превентивної багатокомпонентної антибактеріальної терапії у ранньому післяшовковому періоді;

– прогнозування і профілактичне лікування ускладнень на підставі ключових патогенетичних механізмів кожного періоду травматичної хвороби.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

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

1. Заповнити графі:

№ п/п	Завдання	Відповідь
1.	Загальна характеристика вогнепальних ран.	
2.	Поняття “травматична хвороба”	
3.	Періоди травматичної хвороби	
4.	Особливості прояву травматичної хвороби у щелепно-лицевих поранених	

2.

№ п/п	Характеристика фази шоку	Назва фази шоку
1.	Виникає безпосередньо після надзвичайної механічної дії та характеризується руховим і мовним збудженням потерпілого, тахікардією, збільшенням систолічного АТ, блідістю шкірних покривів, інколи мимовільним сечовипусканням та дефекацією.	
2.	Характеризується загальмованістю потерпілого, тахікардією, зменшенням систолічного АТ, діспноє, олігурією, збільшенням ректально-шкірного градієнту температури.	

3.

Періоди перебігу травматичної хвороби	Відповідь
Перший	
Другий	
Третій	
Четвертий	

Б. Задачі для самоконтролю:

1. Хворий А., 42 р., потрапив у завал при роботі в кар'єрі. Камінням були роздавлені та придавлені ліва половина обличчя та ліва нижня кінцівка впродовж 4-х годин. Самопочуття задовільне, артеріальний тиск 110/70мм.рт.ст. Пульс 80уд за 1хв. При вилученні потерпілого із завалу був присутній лікар. Після вивільнення з-під завалу настало погіршення стану. Скаржитись на сильні болі в обличчі та нозі. Неспокійний. Шкірні покриви бліді. Артеріальний тиск впав до 80/50мм.рт.ст. Пульс слабкого наповнення 130уд. за 1хв. Хворий покладений на носилки і терміново транспортований в стаціонар. В чому причина погіршення стану хворого? (Відповідь: у хворого травматична хвороба (синдром взаємного обтяження). В результаті невмілих дій лікаря розвинувся "турнікетний" шок і настало різке погіршення стану).

2. Хворий Б., 51р., доставлений в клініку через 40хв. після травми в тяжкому стані. Діагностовано перелом верхньої щелепи за Ле Фор ІІ, перелом VI, VII, VIII ребер справа, перелом обидвох гілок лонної кістки справа, розрив уретри, травматичний шок. Назвіть послідовність заходів в перші години лікування хворого?

(Відповідь: надання допомоги необхідно почати з виведення хворого з шоку: вливання протишоккових препаратів і крові, одночасно провести адекватне знеболення. Запросити на консультацію щелепно-лицевого хірурга, нейрохірурга, травматолога, уролога. Лікувальні заходи виконуються залежно від стану хворого. Після виведення хворого з шоку накласти апарат Збаржа).

3. До приймального відділення доставлено пацієнта після вуличної бійки. Пацієнт поводить себе неадекватно: посміхається, виконує незрозумілі рухи. Зазначає що двічі було блювання. Шкіра бліда, в підочних ділянках червона (гематоми), є садна. Мала місце носова кровотеча. Середня частина обличчя видовжена. АТ 100/60 мм рт ст, пульс 104 на хвилину, температура тіла нормальна. Поставте попередній діагноз.

(Відповідь: травматична хвороба, поєднана травма:ЗЧМТ, перлом верхньої щелепи за Ле Фор ІІ).

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (α = ІІ):

1. До типових особливостей травми щелепно-лицевої ділянки належать:

- A. спотворення обличчя;
- B. невідповідність зовнішнього вигляду хворого тяжкості травми;
- C. поєднана травма голови та головного мозку;
- D. розвиток травматичного шоку;
- E. усі відповіді вірні.

(Правильна відповідь: E).

2. Оберіть специфічні ознаки травматичної хвороби:

- A. раптовість початку, наявність причинного фактору та морфологічного субстрату (ушкоджений орган або тканина);
- B. раптовість початку, відсутність латентного періоду, порушення функції жування;
- C. травматичний шок, масивна крововтрата;
- D. геморагічний шок, виражений больовий синдром;
- E. раптовість початку, відсутність латентного періоду, наявність причинного фактору та морфологічного субстрату (ушкоджений орган або тканина), виражений больовий синдром, поліорганна недостатність.

(Правильна відповідь: E).

3. Оберіть неспецифічні ознаки травматичної хвороби:

- A. травматичний шок, стрес;
- B. геморагічний шок, наявність асептичного або гнійного запалення;
- C. гарячка, біль, загальне нездужання, фізична та емоційна слабкість, втрата працездатності;
- D. наявність періодів перебігу – початковий, розпалу та завершення (одужання або загибель);
- E. асептичне або гнійне запалення вогнищ первинного та вторинного ушкодження, прояви стресу, гарячка, біль, загальне нездужання, фізична та емоційна слабкість, втрата працездатності, наявність періодів перебігу – початковий, розпалу та завершення (одужання або загибель).

(Правильна відповідь: E).

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. У приймальне відділення лікарні доставлено пацієнта після ДТП. Має місце травма середньої зони обличчя. Пацієнт при свідомості, дещо збуджений, шкірні покрови бліді, пульс 100 ударів на хвилину, АТ 100/60 мм рт ст, температура тіла нормальна. Після проведення рентгенологічного обстеження встановлено діагноз: травматичний перелом верхньої щелепи за Ле Фор II.

1. Поставте попередній діагноз.

2. Які додаткові відомості та клінічні дані необхідні для встановлення остаточного діагнозу?

3. Складіть план лікування.

(Відповідь: 1. Травматична хвороба, перелом верхньої щелепи за Ле Фор II. 2. Дані суб'єктивного та об'єктивного обстеження пацієнта, дані додаткових методів обстеження. 3. Консультація нейрохірурга для виключення ЗЧМТ. Репозиція, фіксація, іммобілізація уламків щелепи, медикаментозна терапія, ФТЛ).

2. До приймального відділення лікарні доставлено пацієнта, якого травмовано на виробництві. Пацієнт при свідомості, дещо збуджений, шкірні покрови бліді, пульс 110 ударів на хвилину, АТ 90/60 мм рт ст, температура тіла 35,6°C, дихання прискорене. Об'єктивно: асиметрія обличчя за рахунок сплюснення правої підочної ділянки. Носова кровотеча. При пальпації ушкодженої ділянки – біль та крепітація, наявність «сходинки» по нижньому краю правої орбіти. З анамнезу відомо, що у пацієнта хронічний риногенний гайморит, після отримання травми двічі було блювання. .

1. Поставте попередній діагноз.

2. Які додаткові відомості та клінічні дані необхідні для встановлення остаточного діагнозу?

3. Складіть план лікування.

4. Чи має значення наявність хронічного риногенного гаймориту для складання плану лікування та перебігу захворювання?

(Відповідь: 1. Травматична хвороба, перелом правої виличної кістки. 2. Дані суб'єктивного та об'єктивного обстеження пацієнта, дані додаткових методів обстеження. 3. Консультація

нейрохірурга для виключення ЗЧМТ. Репозиція, фіксація, іммобілізація уламків виличної кістки, медикаментозна терапія, ФТЛ. 4. Наявність хронічного риногенного гаймориту для складання плану лікування значення не має (якщо немає стадії загострення), перебіг захворювання може ускладнитись, якщо має місце перелом виличної кістки, що проникає у верхньощелепний синус).

3. У відділення щелепно-лицевої хірургії госпіталізовано пацієнтку В., яка напередодні увечері отримала вогнепальне поранення обличчя. Стан пацієнтки середньої важкості, свідомість сплутана, шкірні покрови бліді, пульс 130 ударів на хвилину, АТ 90/60 мм рт ст, температура тіла 35,4°C, дихання прискорене. Об'єктивно: асиметрія обличчя за рахунок сплюснення середньої зони обличчя. Кровотеча з носа та вух. При пальпації ушкодженої ділянки – біль та крепітація, наявність «сходинки» по нижньому краю правої та лівої орбіт, рухомість верхньої щелепи та кісток носа.

1. Поставте попередній діагноз.

2. Які додаткові відомості та клінічні дані необхідні для встановлення остаточного діагнозу?

3. Складіть план лікування.

(Відповідь: 1. Травматична хвороба, вогнепальний перелом верхньої щелепи за Ле Фор III (верхній тип). 2. Дані суб'єктивного та об'єктивного обстеження пацієнта, дані додаткових методів обстеження. 3. Консультація нейрохірурга для виключення ЗЧМТ. Репозиція, фіксація, іммобілізація уламків кісткових уламків, медикаментозна терапія, ФТЛ).

7. ЛІТЕРАТУРА.

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2т. – Т.2/В.О.Маланчук, І.П.Логвіненко, Т.О.Маланчук, О.Л.Ціленко – К.: ЛОГОС, 2011. – С. 5-9.

2. Неотложная диагностика и лечебная тактика в ургентной хирургии: учебное пособие для студ. мед. ВУЗов и врачей-интернов / под ред. В.Д.Шейко – Полтава, 2007. – С. 13-21, 26-28, 138-144.

3. Ускладнення травматичних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки: навч.-метод. посіб. для студ. стомат. факульт. вищих мед. навч. закладів IV рівнів акредитації та інтернів-стоматологів / Рибалов О.В., Ахмеров В.Д. – Полтава: ТОВ «Фірма «Техсервіс»», 2011. – С. 75-79, 99-105.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
Сумський державний університет
Медичний інститут

«Затверджено»
на засіданні кафедри
стоматології

Завідувач кафедри
д.мед.н.Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	4
Змістовний модуль №	4
Тема заняття	Ранні ускладнення ушкоджень ЩЛД (синдром тривалого здавлення тканин обличчя). Медична допомога на місці травми, на етапах медичної евакуації. Супутні ускладнення пошкоджень ЩЛД (кровотеча, асфіксія, шок), їх профілактика. Медична допомога на місці травми, на етапах медичної евакуації.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Знання загальної характеристики, клінічного перебігу, принципів діагностики та профілактики ускладнень травматичних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки мають велике, а інколи визначальне значення при лікуванні потерпілих, що надає можливість лікарю суттєво знизити відсоток важких наслідків пошкоджень обличчя та підвищити якість життя пацієнтів.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати причини травматичних ушкоджень щелепно-лицевої ділянки та їх ускладнень .
- 2.2. Пояснювати особливості клінічного перебігу травматичних ушкоджень щелепно-лицевої ділянки та їх ускладнень.
- 2.3. Запропонувати методи діагностики травматичних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки та їх ускладнень .
- 2.4. Класифікувати ускладнення травматичних ушкоджень щелепно-лицевої ділянки.
- 2.5. Трактувати особливості перебігу травматичних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки та їх ускладнень.
- 2.6. Малювати схему організації лікування пацієнтів з ускладненнями травматичних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки.
- 2.7. Проаналізувати принципи профілактики та лікування ускладнень травматичних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки.
- 2.8. Скласти схему медикаментозної терапії поранених з ушкодженнями щелепно-лицевої ділянки та їх ускладненнями.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (МІЖДИСЦИПЛІНАРНА ІНТЕГРАЦІЯ)

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Медицина катастроф.	Демонструвати організацію надання медичної допомоги щелепно-лицевим пораненим в структурі цивільної оборони
2. Топографічна анатомія та оперативна хірургія.	Застосовувати знання з хірургічної анатомії голови та шиї. Зобразити схематично методику оперативного втручання при наданні допомоги щелепно-лицевим пораненим. Демонструвати навички з накладання різних видів швів при наданні допомоги пораненим з травматичними ушкодженнями щелепно-лицевої локалізації.
3. Хірургічні хвороби	Описувати історію хвороби пораненого з травматичними ушкодженнями щелепно-лицевої локалізації. Демонструвати навички з проведення первинної хірургічної обробки ран щелепно-лицевої ділянки та шиї. Визначати стан, у якому перебуває поранений з травматичним ушкодженням щелепно-лицевої ділянки (травматичний шок, геморагічний шок та ін.). Визначити характер вогнепального поранення, 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. Асфіксія (от др.-греч. ἀ- «без» та σφύξις – пульс, буквально – відсутність пульсу).	Це задуха, що обумовлена кисневим голодуванням та надлишком вуглекислоти в крові та тканинах, наприклад при стисканні дихальних шляхів ззовні (задушення), закриття їх просвіту набряком, падіння тиску та ін..
2. Кровотеча.	Це втрата крові з кровоносної системи. Кров може витікати з кровоносних судин всередину організму або назовні, або з

	природних отворів, таких як рот, ніс та ін., або через пошкодження шкіри.
3. Синдром тривалого здавлення (компаратмент-синдром, краш-синдром, травматичний токсикоз, синдром (тривалого) роздавлювання, компресійна травма, синдром роздавлювання)	Це стан, який виникає унаслідок тривалого порушення кровопоста-чання (ішемія) стиснутих м'яких тканин, токсикоз, який характеризується, крім місцевих, системними патологічними змінами у вигляді гіперкаліємії та ниркової недостатності. Зустрічається у потерпілих при землетрусах, завалах в шахтах, обвалах та ін.

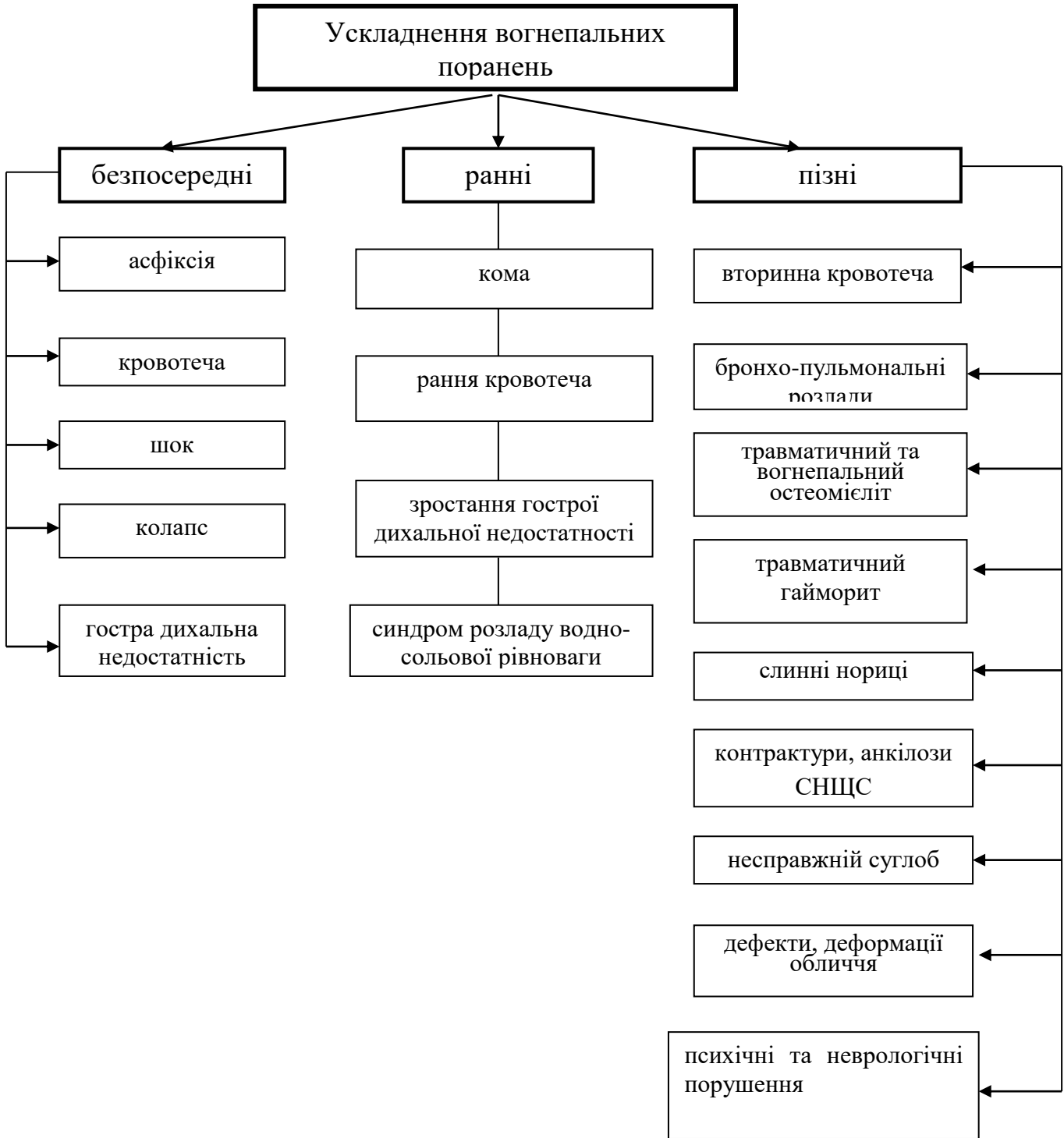
4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Анатомо-фізіологічні особливості щелепно-лицевої ділянки.
2. Статистика ранніх ускладнень травматичних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки.
3. Класифікація ранніх ускладнень травматичних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки.
4. Причини виникнення ранніх ускладнень травматичних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки.
5. Клініка ранніх ускладнень травматичних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки.
6. Невідкладна допомога та лікування ранніх ускладнень травматичних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки.
7. Профілактика ранніх та пізніх ускладнень травматичних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки.

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

1. Обстежити пацієнта з ускладненнями травматичних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки, встановити діагноз та призначити лікування.
2. Оформити медичну документацію.
3. Вміти провести первинну хірургічну обробку рани.
4. Надати невідкладну допомогу при ранніх ускладненнях травматичних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки.

5.3 МІСТ ТЕМИ:



Класифікація ускладнень пошкоджень щелепно-лицевої ділянки

Ускладнення вогнепальних поранень бувають: безпосередні; ранні; пізні. **Безпосередні ускладнення** – асфіксія, кровотеча, шок, колапс, гостра дихальна недостатність (ГДН). **Ранні ускладнення** – зростання гострої дихальної недостатності, кома, синдром розладу водно-сольової рівноваги, рання кровотеча. **Пізні ускладнення** – вторинна кровотеча, бронхопульмональні розлади, травматичний та вогнепальний остеомієліт, травматичний гайморит, слинні нориці, контрактури та анкілози СНЩС, несправжній суглоб, дефекти та деформації обличчя, психічні та неврологічні порушення.

Синдром тривалого здавлення тканин (синоніми: компартмент-синдром, краш-синдром, травматичний токсикоз, синдром (тривалого) роздавлювання, компресійна травма, синдром розчавлення, епонім: синдром Байуотерса ([англ.](#) Buwaters)) – який виникає унаслідок тривалого порушення кровопостачання (ішемія) здавлених м'яких тканин; **токсикоз**, який характеризується, крім місцевих, системними патологічними змінами у вигляді **гіперкаліємії** та ниркової недостатності. Зустрічається у постраждалих при землетрусах, завалах в шахтах, обвалах та ін.

Вважають, що при синдромі тривалого здавлення тканин відбувається всмоктування токсичних продуктів з розчавлених м'язів. Встановлено, що ушкоджена м'язова тканина втрачає 75 % міоглобіну, 70% - креатініну, 66% - калія, 75 % фосфору. Після звільнення від здавлювання ці речовини поступають в кровоносне русло, виникає ацидоз, важкі загальні та, у першу чергу, геодинамічні розлади. Слід підкреслити, що клінічні прояви виникають лише після усунення фактору здавлення.

Відбувається глибокий некроз тканин, який призводить до самоотруєння організму продуктами розпаду тканин та важкому стану постраждалого.

Клінічна картина. Після вивільнення від здавлення, як правило, розвивається шок. Починаючи з 3-4-ї доби, проявляються місцеві симптоми: щільний набряк, блідість, порушення функції ураженої ділянки та ниркова недостатність, олігурія, що переходить в анурію. Через те, що у перші дні захворювання симптоми не виражені, інколи проводять лікування, яке малоефективне та запізнилося.

Особливою формою краш-синдрому є позиційне здавлення – здавлення частини тіла при довготривалому сні в стані алкогольного (наркотичного) сп'яніння або у непритомному стані. Ранні симптоми стерті, на 3-4-у добу починаються гострі клінічні прояви, розвивається гостра ниркова недостатність.

Клінічні форми:

1. Легка – виникає у випадках, коли тривалість здавлення тканин не перевищує 4 годин.
2. Середня – здавлення, як правило, ділянки тканин триває 6 годин. У більшості випадків немає виражених гемодинамічних розладів, а функція нирок страждає порівняно мало.
3. Важка форма виникає унаслідок здавлення значної ділянки тканин впродовж 7-8 годин. Чітко проявляється симптоматика ниркової недостатності та гемодинамічні розлади.
4. У край важка форма розвивається, коли здавлено значну ділянку тканин (наприклад дві кінцівки) понад 6 годин та більше. Потерпілі гинуть від гострої ниркової недостатності впродовж перших 2-3 діб.

Лікування. На місці обов'язково накладається джгут на здавлену ділянку (за можливістю) вище ураженого місця, іммобілізація ураженого органу, холод на пошкоджену ділянку. Подальше лікування направлено на відновлення кровообігу в пошкодженій ділянці (реперфузію), боротьбу з токсемією, гострою нирковою недостатністю. З хірургічних методів лікування застосовують некректомію, у важких випадках проводять ампутацію (часткову або повну) ураженого органу. Прогноз при розвитку гострої ниркової недостатності несприятливий.

При правильному та своєчасному лікуванні на 10-12 добу явища ниркової недостатності поступово зникають. У подальшому набряк і болі в ураженій ділянці повільно зменшуються та наприкінці першого місяця лікування повністю зникають.

Повне відновлення функції ураженого органу буває не завжди, що обумовлено пошкодженням нервових стовбурів та м'язової тканини. З часом більша частина м'язових волокон гине, заміщуючись сполучною тканиною, що призводить до розвитку атрофії.

Клініка та лікування ускладнень поранень щелепно-лищевої ділянки
(за Г.М. Іващенко)

Форма асфіксії	Відсоток	Патогенез	Допомога
Дислокаційна	40	Зміщення язика, відламків нижньої щелепи, тиск відірваної верхньої щелепи	Прошивання, фіксація язика у правильному положенні, репозиція та фіксація відламків нижньої та верхньої щелеп
Обтураційна	29	Закриття верхніх дихальних шляхів стороннім тілом, кров'яним згустком	Видалення стороннього тіла, тромбу, а при неможливості – трахеотомія, трахеостомія
Стенотична	23	Стиснення трахеї набряком, гематомою шиї	Конікотомія, трахеотомія.
Клапанна	5	Закриття входу у гортань клаптем м'яких тканин з м'якого піднебіння, язика тощо	Підшиття звисаючого клаптя або його відсікання. Фіксація клаптя шиною з утримуючою площиною.
Аспіраційна	3	Аспірація крові, блювотних мас	Відсмоктування вмісту дихальних шляхів за допомогою апарату або гумової трубки, яка введена у трахею.

Кровотечі можуть бути первинними (у момент травми) та вторинними (ранні та пізні).

Ранні кровотечі виникають при відриві тромбу при транспортуванні пораненого або внаслідок розриву судин при відсутності надійної транспортної іммобілізації відламків щелеп у перші 24-48 годин після травми.

Пізні кровотечі виникають унаслідок гнійного розплавлення тромбу або стінки частково пошкодженої судини через 7-14 діб або внаслідок ерозії судини через 3-4 тижня. Пізні кровотечі виникають раптово, частіше вночі, вони профузні, небезпечні для життя пораненого. За кілька годин до кровотечі можна помітити провісники: сукровицю із рани, появу болю у глибини рани, набряку або його збільшення.

Перша допомога: тампонада рани; накладання пов'язки, що давить; пальцеве притискання судин при невеликих кровотечах із гілок а. carotis externa.

Лікарська допомога: Кровотеча може бути зупинена перев'язкою судини в рані, накладанням кровоспинного затискача на судину, що кровить, або перев'язкою на протязі. Перев'язку судин на протязі проводять при пораненнях великих гілок а. carotis externa (зовнішня сонна артерія).

Перев'язка а. carotis externa

Поранений лежить на спині з підкладеним під лопатки валиком з повернутою у другий бік головою. Після асептичної обробки операційної ділянки, проведення місцевої інфільтраційної анестезії, роблять розтин по передньому краю m. sternocleidomastoideus довжиною 8-10 см. Здійснюють пошарове розсічення шкіри, підшкірної клітковини, поверхневої фасції та розтинають передню стінку піхви грудниноключичнососкоподібного м'язу і тупим гачком відтягують м'яз зовні, завдяки чому стає видною задня стінка піхви, яку теж розтинають разом із третьою фасцією шиї. Зміщують у бік венозні судини та під'язиковий нерв, розтинають фасціальне ложе загальної сонної артерії. Між загальною сонною артерією та внутрішньою яремною веною розташований блукаючий нерв, який слід виділити. Потім по загальній сонній артерії доходять до її біфуркації на рівні щитовидного хряща. Зовнішня сонна артерія розташована медіально і зовні, на шиї віддає великі гілки. Внутрішня сонна артерія гілок немає.

Після відділення зовнішньої сонної артерії від внутрішньої яремної вени і блукаючого нерва під неї збоку внутрішньої яремної вени підводять дві шовкові лігатури, які зав'язують на відстані 1 см одна від одної між верхньою щитовидною та язиковою артеріями. Перед тим, як

зав'язати лігатури, необхідно притиснути зовнішню сонну артерію і переконатися у відсутності пульсації поверхневої скроневої артерії з цього ж боку.

Таким чином, перев'язку зовнішньої сонної артерії виконують при неможливості перев'язати гілку цієї артерії у рані, при кровотечах із крилоподібного сплетіння (при його гнійному розплавленні).

Перев'язка загальної сонної артерії разом із внутрішньою яремною веною небажана, бо у 40-75 % випадків (дані різних авторів) виникають тяжкі ускладнення з боку головного мозку.

Перев'язку язикової артерії виконують у трикутнику Пирогова, а лицевої артерії – біля переднього краю жувального м'язу за допомогою розтину у підщелепної ділянці.

Травматичний шок – різке пригнічення усіх життєво-важливих функцій організму у відповідь на дію надмірно травмуючого фактора. Після короткої фази збудження ЦНС впадає у стан гальмування, що проявляється: порушенням центральної гемодинаміки – різким спадом артеріального тиску, серцевої діяльності, гіповолемією; порушенням мікроциркуляції – зменшується в'язкість крові, що веде до стазу і тромбозу; порушенням транскapілярного кровообігу – розвивається набряк тканин і порушується кисневий обмін, що веде до тканинної гіпоксії.

При пошкодженнях щелепно-лицевої ділянки шок також може бути гіповолемічним (внаслідок втрати крові).

Допомога: 1) зігрівання пораненого, в тому числі шляхом прийому перорально спирту, та знеболення – 1-2 мл 1 % розчину промедолу внутрішньом'язеве чи внутрішньовенне крапельне на 200 мл 0,5 % розчину новокаїну, новокаїнові блокади;

2) відновлення прохідності дихальних шляхів та оксигенотерапія;

3) компенсація плазмовтрати внаслідок централізації кровообігу під контролем центрального венозного тиску (у нормі 70-130 мм рт.ст.) та діурезу (у час повинно виділятися 50-60 мл сечі) шляхом внутрішньовенне крапельного вливання реополіглокіну, розчину Рінгера з гепаріном (t^0 розчинів 37⁰);

4) відновлення судинного тонусу – внутрішньовенне крапельно 1 мл 0,1% розчину норадреналіну у 200 мл фізіологічного розчину, а при недостатньому ефекті вазоконстрикторів додають кортикостероїди – 125 мг гідрокортизону або 60-90 мг преднізолону;

5) корекція кислотно-лужної рівноваги – внутрішньовенне крапельно 60-120 мг 4 % розчину бікарбонату натрію (бажано під контролем відповідних показників).

Профілактика виникнення асфіксії та ГДН.

Профілактикою виникнення дислокаційної асфіксії, що розвивається внаслідок зміщення відламків щелеп, є надання тілу постраждалого положення обличчям донизу або на бік та накладання стандартної шини для тимчасової іммобілізації відламків щелеп. Постраждалих, що знаходяться в непритомному стані, евакуюють у положенні на бoku, а осіб, що не втратили свідомість – у положенні напівсидячи чи напівлежачи.

Профілактика обтураційної та аспіраційної асфіксії передбачає звільнення дихальних шляхів від сторонніх тіл, крові, блювотних мас.

Профілактика виникнення стенотичної асфіксії при перших ознаках гострої дихальної недостатності включає проведення протинабрякової терапії, якщо є кровотеча на шиї, то треба перев'язати судину, що кровить, та видалити кров з задніх ділянок гортані. Якщо ж ці заходи неефективні, то необхідна конікотомія або трахеотомія.

Профілактика зростання клапанної асфіксії – конікотомія або трахеотомія.

Профілактика зростання дихальної недостатності – звільнення порожнини рота і носу від блювотних мас, інсуфляція кисню.

Профілактика виникнення вторинних пізніх кровотеч: своєчасна вичерпна хірургічна обробка ураженої ділянки, застосування антибактеріальних засобів. Усі хворі з провісниками вторинної кровотечі знаходяться під особливим наглядом.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

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

1. Оберіть способи надання невідкладної допомоги при асфіксії.

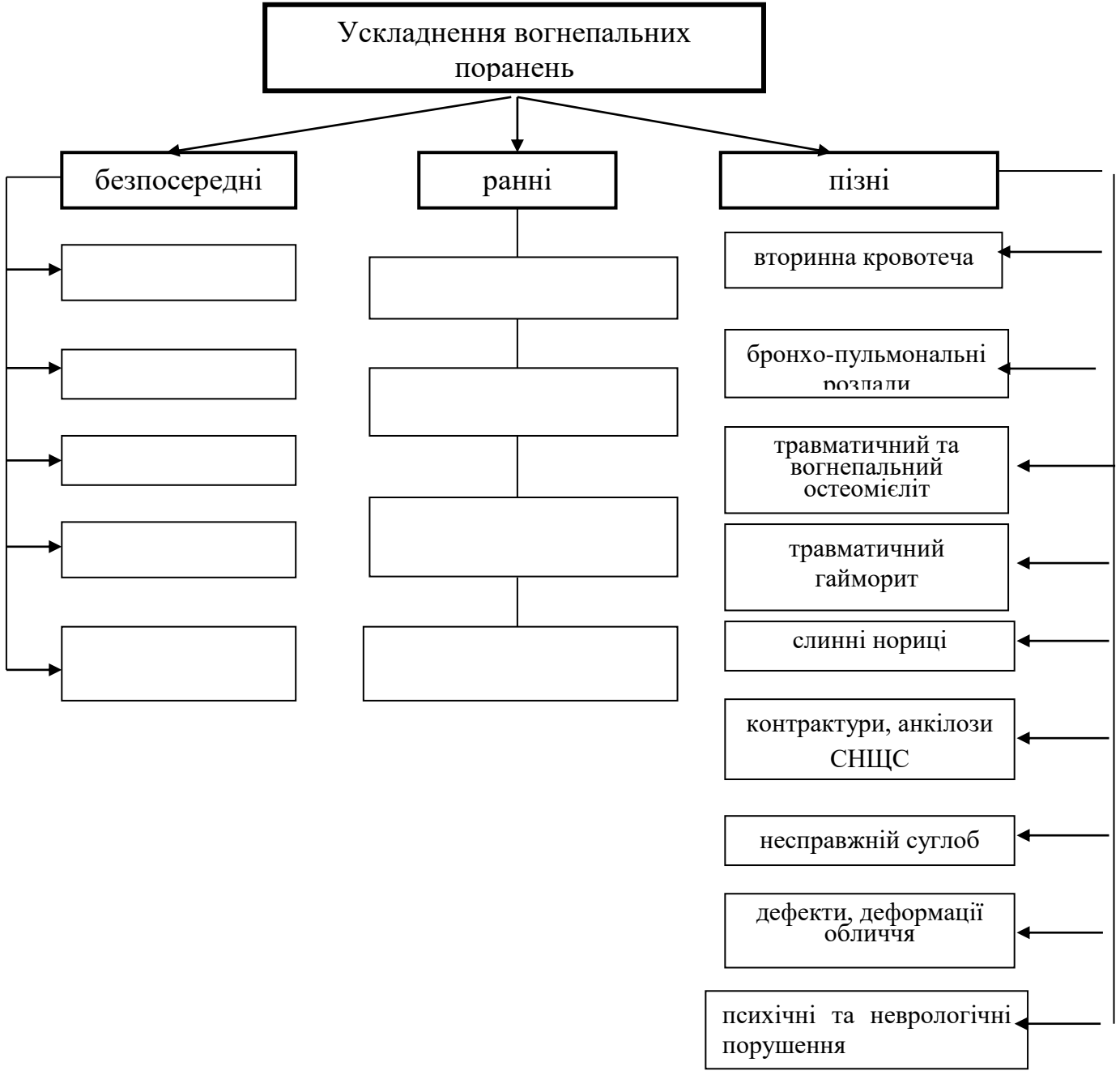
Дислокаційна	Видалення чужорідного тіла
Обтураційна	Фіксація язика
Стенотична	Трахеотомія
Клапанна	Відсмоктування рідини

Аспіраційна	Підшивання клаптя м'яких тканин
-------------	---------------------------------

2. Оберіть методи зупинки кровотечі.

Тимчасові методи	Постійні методи
пальцеве притискання артерії	перев'язка судини в рані
Коагуляція судини (електрокоагуляція, лазерна або хімічною речовиною)	тампонада рани
накладання стисної пов'язки	прошивання судини в рані
накладання джгута на уражену половину шиї	прошивання судини на протязі
накладання на судину затискача в рані	емболізація штучними тромбами

3. Заповніть графі



Б. Задачі для самоконтролю:

1. Чоловік 20 років отримав удар в ділянку підборіддя. Свідомість не втрачав. Загальний стан – задовільний. Під час огляду – асиметрія обличчя за рахунок набряку та гематом в обох під нижньощелепних ділянках. Визначається значна болісність у нижній щелепі під час пальпації. Позитивний симптом навантаження в ділянці 44, 43 і 34,35 зубів. Відкриття рота обмежене до 2 см. Має місце розрив слизової оболонки порожнини рота в ділянці 44, 43 і 34,35 зубів. Прикус – порушений. Який тип асфіксії може розвинутися у цього хворого?

(Відповідь: дислокаційна асфіксія).

2. Хворий доставлений на медичний пункт полку з кульовим пораненням м'яких тканин нижньої третини обличчя, уламковим переломом нижньої щелепи в ментальному відділі, явищами дислокаційної асфіксії. Яким має бути метод усунення асфіксії у хворого.

(Відповідь: прошивання або фіксація язика шпилькою у правильному положенні, репозиція та фіксація кісткових уламків нижньої щелепи).

3. До приймального відділення лікарні доставлено потерпілу з виробничою травмою. Травму отримала майже годину тому. Має місце значне роздавлювання тканин в ділянці правого кута рота та масивна кровотеча з порожнини рота. При огляді знайдено глибоку рвану рану на правій боковій поверхні язика на 2,5-3 см. Якою має бути тактика лікаря?

(Відповідь: провести первинну хірургічну обробку рани з глибоким глухим прошиванням рани на правій боковій поверхні язика).

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (α = Π):

1. Що належить до ранніх ускладнень при травмі щелепно-лицевої ділянки:

- A. вторинна кровотеча;
- B. травматичний остеомієліт;
- C. травматичний шок;
- D. слинні нориці;
- E. травматичний гайморит.

(Правильна відповідь: C)

2. Методи тимчасової зупинки кровотечі при паренхіматозних кровотечах:

- A. притискання загальної сонної артерії пальцем чи за допомогою затискача Аржанцева;
- B. прошивання судин в рані;
- C. накладання кровоспинних затискачів на пошкодженні судини в рані;
- D. накладання пов'язки, що давить, на обличчя, холод на обличчя та шию;
- E. накладання асептичної пов'язки.

(Правильна відповідь: C)

3. У пораненого значний набряк м'яких тканин і гематома з поширенням на шию і дно порожнини рота, загроза розвитку стеногічної асфіксії. Який вид допомоги потрібний?

- A. проведення трахеотомії;
- B. уведення лобеліну;
- C. проведення медикаментозної симптоматичної терапії;
- D. фіксація язика;
- E. проведення первинної хірургічної обробки рани.

(Правильна відповідь: A)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. У жінки, 30 років, через дві години після ДТП шкірні покриви бліді, на обличчі краплини поту. Дихання переривчасте, утруднене, пульс 120 на хвилину, м'який, АТ 70/50 мм рт.ст., рана правої щічної ділянки, що проникає у порожнину рота. Потерпіла перебуває в положенні на спині із закинutoю головою. При огляді виявлений перелом нижньої щелепи в ділянці правого кута та розрив слизової оболонки правої щоки.

1. Який тип асфіксії розвивається у потерпілої?
2. Поставте попередній діагноз.
3. Якою має бути тактика лікаря?

(Відповідь: 1. У пацієнтки розвивається клапанна асфіксія. 2. Травматичний перелом правого кута нижньої щелепи. Поранення м'яких тканин правої щічної ділянки. Клапанна асфіксія. 3. Провести суб'єктивне та об'єктивне обстеження пацієнтки, рентгенологічне дослідження (рентгенограма нижньої щелепи оглядова та у правій боковій проекції), лабораторна

діагностика, консультація нейрохірурга (для підтвердження або виключення ЗЧМТ), проведення ПХО з остаточною зупинкою кровотечі та відсіченням або прошиванням клаптя слизової оболонки).

2. Пацієнт, 25 років, 4 години тому отримав проникне вогнепальне поранення лівої привушно-жувальної ділянки та привушної слинної залози. Свідомість пацієнта сплутана. Шкірні покриви бліді, дихання прискорене. АТ 90/60 мм рт.ст. Рана зяє. Має місце значна кровотеча яскраво-червоною кров'ю. У пацієнта не закривається ліве око, опущений лівий кут рота.

1. Чим зумовлено зянення рани?

2. Чому у пацієнта не закривається око та опущений кут рота?

3. Який метод зупинки кровотечі слід застосувати?

(Відповідь: 1. Наявністю мімічних м'язів. 2. Унаслідок пошкодження лівого лицевого нерва. 3. Перев'язка або прошивання судини в рані).

3. У пацієнта різана рана бокової поверхні спинки язика унаслідок травми сепараційним диском. Шкірні покриви бліді, дихання утруднене унаслідок потрапляння крові в дихальні шляхи.

1. Який вид асфіксії розвивається у пацієнта?

2. Якою має бути тактика лікаря у цьому випадку?

(Відповідь: 1. Аспіраційна асфіксія. 2. Глибоке глухе прошивання рани).

7. ЛІТЕРАТУРА.

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2т. – Т.2/В.О.Маланчук, І.П.Логвіненко, Т.О.Маланчук, О.Л.Ціленко – К.: ЛОГОС, 2011. – С. 13-20, 116-121.

2. Рузин Г.П. Краткий курс лекцій по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Геннадий Петрович Рузин – Киев: «Книга плюс», 2006 – С. 130-134.

3. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия: Руководство для врачей / Под ред. проф. В.Н.Балина и проф. Н.М.Александрова. 4-е изд., доп. и испр. – СПб.: СпецЛит, 2005. – С. 547.

5. Щелепно-лицева хірургія: підручник / О.О.Тімофєєв. – К.: ВСВ «Медицина», 2011. – С. 380-386.

6. Стоматологія 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.Демяник. – Харків: Торнадо, 2006. – С. 111-115, 162-164.

7. Неотложная диагностика и лечебная тактика в ургентной хирургии: учебное пособие для студ. мед. ВУЗов и врачей-интернов / под ред. В.Д.Шейко – Полтава, 2007. – С. 45-56.

8. Ускладнення травматичних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки: навч.-метод. посіб. для студ. стомат. факульт. вищих мед. навч. закладів IV рівнів акредитації та інтернів-стоматологів / Рибалов О.В., Ахмеров В.Д. – Полтава: ТОВ «Фірма «Техсервіс»», 2011. – С. 10, 11-18, 75-79, 80-83.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
Сумський державний університет
Медичний інститут

«Затверджено»
на засіданні кафедри
стоматології

Завідувач кафедри
д.мед.н.Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	4
Змістовний модуль №	4
Тема заняття	Вивихи і переломи зуба. Переломи альвеолярного відростку. Статистика, класифікація, клініка, діагностика, методи лікування.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Пошкодження зубів, альвеолярного відростку в практичній діяльності хірурга-стоматолога спостерігаються досить часто. Диференційна діагностика цих станів між собою та іншими травматичними ушкодженнями іноді являє собою знання клінічної та рентгенологічної картини таких ушкоджень.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

1. Аналізувати результати клінічних обстежень хворих з вивихами і переломами зубів, переломами альвеолярного відростку.
2. Запропонувати план лікування хворих з вивихами і переломами зубів, переломами альвеолярного відростку.
3. Класифікувати різні види вивихів і переломів зубів, переломів альвеолярного відростку.
4. Вміти виділяти основні клінічні прояви при вивихах і переломах зубів, переломах альвеолярного відростку.
5. Оволодіти навичками діагностики при вивихах і переломах зубів, переломах альвеолярного відростку.
6. Оволодіти навичками лікування вивихів і переломів зубів, переломів альвеолярного відростку.
7. Вміти організувати лікування поранених з вивихами та переломами зубів, переломами альвеолярного відростку на етапах медичної евакуації.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція)

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
Топографічна анатомія.	Визначити ділянку пошкодження щелепно-лицевої локалізації.
Пропедевтика терапевтичної стоматології	Диференціювати зуби змінного та постійного прикусу. Володіти методиками пломбування кореневих каналів та вміти відновити дефект коронки зуба.
Пропедевтика хірургічної стоматології.	Володіти методами загального та місцевого знеболення.
Ортопедична стоматологія	Виготовити гладку дротяну шину та накласти її.
Загальна хірургія	Обробити руки та операційне поле.
Пропедевтика внутрішніх хвороб.	Застосовувати схему обстеження хворого, описувати історію хвороби.
Внутрішні хвороби	Надати невідкладну допомогу
Рентгенологія	Читати і тлумачити рентгенограми.
Спеціальна військова підготовка	Оформлювати первинну медичну картку пораненого.
Медицина катастроф	Організувати надання першої медичної, долікарської та першої лікарської допомоги пораненим на етапах медичної евакуації.
Військово-польова хірургія	Визначити характер травми зубів та альвеолярного відростку, оглянути та обстежити постраждалого, 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
Вивих зуба	Це насильницьке зміщення зуба з пошкодженням періодонта.
Перелом зуба	Це порушення цілісності твердих тканин зуба
Перелом альвеолярного відростку	Це порушення цілісності твердих тканин альвеолярного відростку щелеп

Теоретичні питання до заняття:

1. Дати визначення поняття «Вивих зуба».
2. Класифікація вивихів зуба.
3. Клінічна картина вивиху зуба.
4. Методи лікування вивиху зуба.
5. Класифікація переломів зуба.
6. Клінічна картина переломів зубів.
7. Методи лікування переломів зубів.
8. Методи лікування вивихів зуба.
9. Клініка і діагностика перелому альвеолярного відростка.
10. Методи лікування перелому альвеолярного відростка.

Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Обрати необхідний інструментарій для обстеження хворого з вивихом чи переломом зуба, переломом альвеолярного відростку.
2. Обрати необхідний інструментарій для репозиції зуба.
3. Виготувити гладку шину-скобу.
4. Заповнити медичну документацію хворого з вивихом чи переломом зуба, переломом альвеолярного відростку.

5. ЗМІСТ ТЕМИ:

В останнє десятиріччя повсюдно відзначається ріст чисельності побутового, транспортного травматизму, травматизму пов'язаного із застосуванням різного роду вогнепальної бойової й саморобної зброї. При цьому відсоток ушкоджень щелепно-лицьової області збільшився з 10-15 до 30-40%. Все це обумовлює актуальність лекції й мотивоване вивчення студентами питань клініки, діагностики й лікування потерпілих із щелепно-лицьовою травмою.

Ушкодження зубів - найбільш частий вид ушкоджень щелепно-лицьової області стосовно інших видів ушкоджень щелепно-лицьової області.

Травмі більшою мірою піддаються фронтальні зуби верхньої й рідше нижньої щелепи.

Ікла й моляри при забиттях, падіннях, ударах піддаються травмі надзвичайно рідко. Звичайно ці зуби ушкоджуються при насильницькому відкриванні рота в момент наркозу або при упорі на ці зуби під час видалення сусідніх зубів.

Класифікація ушкоджень зубів, запропонована клінікою стоматології дитячого віку ММСІ

I Забиття зуба (без ушкодження або з ушкодженням судинного пучка).

II Вивих зуба:

1. Неповний (без ушкодження або з ушкодженням судинно-нервового пучка).
2. Впроваджений (вбитий).
3. Повний.

III Перелом зуба:

1. Коронки.
2. Шийки зуба.
3. Кореня зуба.

IV. Травма зубного зачатка.

V. Дентоальвеолярні ушкодження.

Забиття зуба – найбільш легкий вид травми – часто супроводжується крововиливом у періодонт і пульпу за рахунок розриву окремих кровеносних судин або судинно-нервового пучка.

У перші години після забиття виникають симптоми гострого травматичного періодонтиту, хоча положення зуба в лунці не міняється. Іноді спостерігається фарбування коронки зуба в рожевий колір у результаті крововиливу в пульпову камеру. Якщо життєздатність пульпи збережена, то фарбування зуба поступово зникає й відновлюється нормальна електробудливість пульпи.

Травма зуба з несформованим коренем може призупинити подальший розвиток кореня зуба. Некроз пульпи, що виник у результаті травми, надалі може привести до хронічного періодонтиту.

Лікування забитого зуба при збереженій пульпі полягає в створенні спокою періодонта. Для цього тимчасово виключається з раціону тверда їжа.

При потемнінні коронки в результаті некрозу пульпи зуб варто трепанувати. Після пломбування каналу робиться відбілювання коронки гідроперитом.

Вивих зуба – супроводжується розривом волокон періодонта на більшому або меншому протязі. При цьому відзначаються зсуви зуба в лунці і його значна рухливість, іноді вбивання.

Розрізняють **вивих повний і неповний**; залежно від розмірів ушкодження періодонта. У зв'язку із цим корінь зуба може частково залишатися в лунці або повністю зміщатися за її межі.

Прикладом повного вивиху може служити видалення зуба.

При вивихах зубів відзначаються скарги на зміну положення зуба, ниючу біль, біль при дотику до зуба. Прийом їжі буває утруднений або неможливий. Пульпа зуба при вивихах гине не завжди.

Рентгенологічно при вивихах визначається зміна ширини періодонтальної щілини й у деяких випадках проекційне вкорочення довжини зуба. Корінь вбитого зуба на рентгенограмах виглядає довше сусідніх зубів, якщо цей зсув відбувся по вертикалі. Періодонтальна щілина при вбитому вивиху зникає.

Вбитий молочний зуб може ушкодити фолікул постійного.

Реакцію судинно-нервового пучка на травматичний вплив не завжди з достатнім ступенем вірогідності можна визначити одонтодіагностом у перші 2 - 3 дні.

При відсутності виражених клінічних симптомів вивиху зуба необхідно лікарське спостереження протягом 3 - 4 тижнів. Цей період часу потрібний для репаративних процесів у пульпі й в ушкодженному періодонті.

У випадках зсуву зубів стосовно лунки необхідно в першу чергу додати зубу колишне положення, тобто зробити репозицію. Це втручання вимагає місцевого знеболювання й проводиться або пальцями, або щипцями для видалення зубів.

Репонований зуб необхідно добре фіксувати в лунці в правильному положенні.

Ще один тактичний прийом у лікуванні вивихів зубів - це реплантація. Вона робиться в різний термін після травми, але не пізніше 72 годин. Перед операцією реплантації пацієнтові необхідно ввести протиправцеву сироватку.

Однією з важливих умов приживлення реплантованого зуба є його гарна фіксація.

Методи фіксації репонованих і реплантованих зубів.

1) Лігатурні вісімкоподібні пов'язки.

2) Гладка-шина-скоба, фіксована лігатурним дротом.

Їх можна виготовляти з швидкотвердіючий пластмаси в хірургічному відділенні або за всіма правилами в ортопедичному відділенні.

Шинування швидкотвердіючими пластмасами гірше, тому що вони:

1) шорсткі - додаткова травма слизуватих оболонок;

2) багато мономерів - робить токсичну дію на слизуваті оболонки й на організм пацієнта;

3) надлишки пластмаси, не прибрані вчасно під час формування шини, заважають язикові, піднебінню, губам - пролежні.

Переломи зубів - можуть спостерігатися в області коронки (без ушкодження або з ушкодженням пульпи), шийки або кореня. Переломи в області шийки й особливо в області кореня вірогідно можуть діагностуватися лише рентгенологічно.

Переломи зубів бувають поперечними, поздовжніми й косими.

Переломи коронки постійного зуба в межах емалі вимагають косметичного відновлення її за допомогою вкладок або коронок.

При відламі частини коронки із близьким розташуванням пульпи бажано на поверхню відламу накласти гідроокис кальцію, резорцин-тимолову пасту, кальцин або кальцемін, що сприяють утворенню вторинного дентину. Для кращої фіксації лікувальних засобів і обмеженню травми пульпи на зуб надягають пластмасову коронку - ковпачок.

Через 8 - 12 місяців дефект коронки можна усунути реставрацією або постійною коронкою.

При травмі зуба, що супроводжується оголенням пульпи застосовують два методи лікування:

1) біологічний метод збереження пульпи;

2) екстирпацію пульпи з наступним пломбуванням каналу кореня. Коронки в такому випадку відновлюються вкладкою зі штифтом. При отломе коронки постійного зуба бажано зберегти корінь, що після лікування використовується під штифтовий зуб.

При переломах кореня зуба залежно від рівня можна застосувати видалення зуба (середня третина), операцію резекції верхівки кореня (верхня третина), депульпувати зуб (перелом близько до шийки), або не робити ніяких маніпуляцій (перелом верхівки кореня без ушкодження судинно-нервового пучка).

Поздовжні переломи зуба, що проходять через вісь, є абсолютним показанням до видалення його.

Варто пам'ятати, що приблизно 75% ушкоджень фронтальних зубів сполучаються із частковими переломами альвеолярного відростка. До всіх переломів кісток лицьового кістяка переломи альвеолярного відростка становлять 50%.

Переломи альвеолярного відростка частіше зустрічаються на верхній щелепі. Значні його ушкодження нерідко супроводжуються вивихом відразу декількох зубів або їх переломами.

У дітей більшою мірою, чим у дорослих, спостерігаються розриви слизуватої оболонки, кровотечі, набряки.

Іноді альвеолярний відросток відривається разом з м'якими тканинами, а нерідко навпаки, утримується ними.

У всіх випадках переломів альвеолярних відростків щелеп спостерігається рухливість уламків і різного ступеня порушенням прикусу.

Лікування при переломах альвеолярних відростків полягає у фіксації обломків шинами з алюмінієвого або сталевго дроту (гладкими; з похилою площиною; бимаксиллярними із зачіпними гачками) або шинами-капами.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Завдання для самоконтролю

№ п/п	Основні завдання. Вивчити.	Вказівки
1.	Етіологія травм зубів та альвеолярного відростку	Перелічіть етіологічні фактори, що сприяють виникненню травми.
2.	Класифікація вогнепальних та невогнепальних травм зубів та альвеолярного відростку	Навести класифікації вогнепальних та невогнепальних травм зубів та альвеолярного відростку
3.	Клінічні перебіг вогнепальних та невогнепальних травм зубів та альвеолярного відростку	Перелічити клінічні прояви, що супроводжують вогнепальні та невогнепальні травми зубів та альвеолярного відростку .
4.	Перша медична допомога при вогнепальних та невогнепальних травмах зубів та альвеолярного відростку	Навести схеми лікувальних заходів при першій медичній допомозі.
6.	Перша лікарська допомога при лікуванні вогнепальних та невогнепальних травмах зубів та альвеолярного відростку	Навести схеми лікувальних заходів при першій лікарській допомозі.
7.	Кваліфікована допомога при лікуванні вогнепальних та невогнепальних травмах зубів та альвеолярного відростку	Навести схеми лікувальних заходів при кваліфікованому лікуванні даної травми.
8.	Спеціалізована допомога при лікуванні вогнепальних та невогнепальних травмах зубів та альвеолярного відростку	Навести схеми лікувальних заходів при спеціалізованому лікуванні даної травми.

Б. Задачі для самоконтролю:

1. У клініку звернувся хворий 25 років з повним вивихом 12 зуба. Пацієнтові показана реплантація зуба, але реплантація зуба при вивиху проводиться у тому випадку, якщо:
(Відповідь: збережена цілісність усіх стінок лунки зуба)

2. У клініку звернувся пацієнт 23 років з травматичним переломом кореня 22 зуби. Яка має бути лікувальна тактика лікаря-стоматолога? (Відповідь: видалення 22 зуби)

3. У клініку звернувся пацієнт 33 років з травматичним повним переломом альвеолярного відростка. Де проходить лінія перелому? (Відповідь: лінія перелому проходить через усю товщу альвеолярного відростка)

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з однією правильною відповіддю:

1. Який тип зрощення зуба і лунки не зустрічається:

- A. періодонтальний
- B. періодонтально-фіброзний
- C. хондральний
- D. остеїдний
- E. фіброзно-періодонтальний

(Правильна відповідь: C)

2. Чим ближче лінія перелому до верхівки кореня, тим зуб:

- A. більш рухомий
- B. менш рухливий
- C. Рухливість і перкусія не залежить від рівня перелому кореня
- D. чутливий до перкусії і болю
- E. менш чутливий до перкусії і болю

(Правильна відповідь: B)

3. При переломі зуб підлягає видаленню, якщо лінія перелому проходить:

- A. вище за шийку зуба
- B. нижче за шийку зуба
- C. на рівні шийки зуба
- D. біля верхівки кореня
- E. рівень лінії перелому не має значення

(Правильна відповідь: B)

Г. Учні завдання 3-го рівня (нетипові завдання) :

Учбове завдання № 1.

У хворого 45 років має місце повний вивих 11 зубу. Який спосіб хірургічного лікування застосований, якщо кореневий канал зуба був запломбований і після антисептичної обробки повернений на місце в лунку. Після цього зуб був зафіксований металевим дротом до сусідніх зубів і проведена його іммобілізація. (Правильна відповідь: реплантація зуба)

Учбове завдання № 2.

На етапі кваліфікованої медичної допомоги лікарем стоматологом оглянутий поранений з переломом альвеолярного відростка нижньої щелепи. З метою профілактики раневої інфекції, який лікувальний захід буде найбільш ефективним на цьому етапі надання медичної допомоги?

(Правильна відповідь: репозиція, фіксація і іммобілізація альвеолярного відростка, антибактеріальна терапія)

Учбове завдання № 3.

У поліклініку звернувся пацієнт зі свіжим травматичним повним вивихом 11, 21, 31, 41 зубів. Зуби відсутні. Визначте об'єм діагностичної та лікувальної допомоги пацієнту.

(Правильна відповідь: рентгенологічне дослідження, асептична обробка лунок, подальше ортопедичне лікування пацієнта)

7. ЛІТЕРАТУРА.

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2т. – Т.2/В.О.Маланчук, І.П.Логвіненко, Т.О.Маланчук, О.Л.Ціленко – К.: ЛОГОС, 2011. – С. 26-30.
2. Рузин Г.П. Краткий курс лекцій по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Геннадий Петрович Рузин – Киев: «Книга плюс», 2006 – С. 89-91.
3. Невогнепальні пошкодження щелепно-лицевої ділянки: навч. посіб. для студ. стомат. факульт. вищих мед. навч. закладів IV рівнів акрид. та інтернів-стоматологів / під загальною ред. Рибалова О.В. – Полтава: ТОВ «Фірма Техсервіс», 2012. – С. 36-56.
4. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия: Руководство для врачей / Под ред. проф. В.Н.Балина и проф. Н.М.Александрова. 4-е изд., доп. и испр. – СПб.: СпецЛит, 2005. – С. 36-56.
5. Щелепно-лицева хірургія: підручник / О.О.Тімофєєв. – К.: ВСВ «Медицина», 2011. – С. 389-392, 394-395.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
Сумський державний університет
Медичний інститут

«Затверджено»
на засіданні кафедри
стоматології

Завідувач кафедри
д.мед.н.Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	4
Змістовний модуль №	4
Тема заняття	Пошкодження м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки в мирний час та в екстремальних умовах. Класифікації, клінічний перебіг, методики хірургічної обробки ран, види швів. Надання допомоги таким пораненим на місці отримання травми, на етапах медичної евакуації з урахуванням естетики обличчя.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Пошкодження м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки та їх лікування складають цікавий та складний розділ хірургічної стоматології. Недостатня обізнаність лікаря в питаннях хірургічної обробки таких ран приводить до негативних наслідків у вигляді спотворення зовнішнього виду хворого, порушення таких функцій як мова, дихання, жування та інш. Саме тому лікар-стоматолог повинен добре знати особливості хірургічної обробки ран м'яких тканин обличчя.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати результати клінічних обстежень хворих з пошкодженнями м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.
- 2.2. Запропонувати план лікування хворих з пошкодженнями м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки різної локалізації.
- 2.3. Класифікувати різні види пошкоджень м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.
- 2.4. Вміти виділяти основні клінічні прояви при пошкодженнях м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки в залежності від локалізації та пошкоджуючого агента.
- 2.5. Здійснити тимчасову та постійну зупинку кровотечі з і провести хірургічну обробку ран м'яких тканин обличчя.
- 2.6. Знати клінічні ознаки вогнепальних пошкоджень м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.
- 2.7. Оволодіти навичками діагностики вогнепальних поранень м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.
- 2.8. Вміти організувати лікування поранених з вогнепальними 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 щелепно-лицевої ділянки військового часу та в умовах надзвичайних ситуацій.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція)

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
Топографічна анатомія.	Визначити ділянку пошкодження щелепно-лицевої локалізації.
Пропедевтика хірургічної стоматології.	Володіти методами загального та місцевого знеболення при проведенні хірургічної обробки ран.
Загальна хірургія	Здійснити тимчасову зупинку кровотечі. Накладати основні типи м'яких пов'язок.
Пропедевтика внутрішніх хвороб.	Застосовувати схему обстеження хворого, описувати історію хвороби.
Внутрішні хвороби	Надати невідкладну допомогу
Спеціальна військова підготовка	Оформлювати первинну медичну картку пораненого та хворого.
Медицина катастроф	Організувати надання першої медичної, долікарської та першої лікарської допомоги пораненим на етапах медичної евакуації.
Військово-польова хірургія	Визначити характер вогнепального поранення м'яких тканин, оглянути та обстежити пораненого, визначити чергу та порядок надання медичної допомоги пораненому, порядок та чергу евакуації пораненого.

4. 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
ПХО	Первинна хірургічна обробка.
Рана	Це порушення цілісності шкіри та слизової оболонки.
Вогнепальна рана	Це рана нанесена вогнепальною зброєю

- забиті, колоті, різані, рублені
3. Комбіновані ушкодження.
 4. Опіки.
 5. Відмороження.

Невогнепальні ушкодження м'яких тканин

Садно – поверхнєве ушкодження шкіри без порушення її цілісності та прилеглих тканин. Лікування саден: антисептична обробка 0,12% р-ном хлоргексидина, 2-4% р-ном йоду, р-ном «Вокадина» та ін.

З 2-4 дня ведуть відкритим способом.

Забой – закритє механічне ушкодження м'яких тканин без видимого порушення їх анатомічної цілісності.

Синець – крововилив в товщу шкіри або слизової оболонки

Гематома – обмеженє скупчення крові в тканинах з утворенням в них порожнини, яка містить рідку або згорнуту кров

Класифікація гематом:

По розташуванню: підшкірні, підслизові, підокісні, міжм'язові, підфасціальні

За локалізацією: щічна ділянка, підочна ділянка, периорбітальна ділянка, піднижньощелепна та ін. ділянки

За станом вилитої крові: незагноєна гематома, інфікована гематома, інкапсульована гематома

За відношенням до просвіту кровоносної судини: не пульсуюча, пульсуюча, роспираюча

Синдром позиційного стискання – закриті ушкодження м'яких тканин без значного їх розчавлення, що виникає при довготривалому стисканні тканин масою власного тіла

Лікування: перші 24-28 годин холод, с 3-ї доби теплові процедури, троксевазин гель, гепаринова мазь та ін.

Рана – порушення цілісності шкіри або слизової оболонки на всю їх товщину, що викликано механічною дією: забиті, рвані, різані, колоті, рублені, укушені, розчавлені, скальповані

Забиті рани: нерівні краї, точкові крововиливи, синці, зона крайового некрозу, зянення країв рани

Рвані рани: неправильна форма країв, відшарування або відрив тканин, крововиливи, часто наскрізні

Різані рани: лінійна або веретеноподібна форма, практично рівні краї, зянення рани, кровотеча

Колоті рани: вузький та довгий рановий канал, незначне розходження країв рани, утворення гематом та кишень

Рублені рани: значні ушкодження, щілиноподібна форма, велика глибина. супроводжуються переломами кісток

Укушені рани: нерівні розчавлені краї, травматична ампутація, інфікування мікрофлорою порожнини рота

Особливості поранень м'яких тканин обличчя

- Велика кількість рихлої клітковини, наявність густої капілярної сітки, еластичність шкірних покривів → значний набряк тканин, що швидко розвивається
- Густа капілярно-венозна сітка, протока слинної залози, м'язова маса язика → профузна кровотеча, порушення дихання
- Параліч або парез м'язів → спотворення обличчя
- Втрата замикаючої функції кругового м'язу рота або очного яблука → постійна слинотеча та мацерація шкіри, кон'юнктивіт, блефарит та ін.
- Наявність залозистих структур → стійкі слинні нориці
- Ушкодження магістральних судин (сонні, язичні, нижньощелепні артерії, внутрішні та зовнішні яремні, лицеві вени) → гостра крововтрата, повітряна емболія, гематома, стенотична асфіксія
- 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:

- 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)

- Період активного росту фіброзної, епітеліальної тканини, ретракція рани, первинний рубець (5-12-а доба)
- Завершення формування первинного рубця, зникнення набряку, інфільтрації оточуючих тканин – дегідратація, швидке наростання фіброзних та колагенових волокон (12-18-а доба)
- 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 проведене за первинними показаннями 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 рані 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 щіліні перелому або поблизу крупних судин
- обмеження рухів нижньої щелепи
- порушення функцій дихання та вживання їжі
- виникнення та підтримка запального процесу
- локалізація в порожнині носа або у верхньощелепному синусі

Види швів:

- **первинний глухий шов** – накладається в перші 24-36 г за відсутності запальних явищ в рані та проведенні антибактеріальної терапії
- **первинний відстрочений шов** – накладається в перші 36-72 г при незначних запально-інфільтративних процесах
- **вторинний ранній шов** – накладається на 5-12-у добу за відсутності запального процесу в рані
- **вторинний пізній шов** – накладається на 12-20-у добу після висічення грануляцій
- **пластинчасті шви:**

- зближуючі (звичайні та кисетні) для постійного зближення країв рани з дефектом тканин
 - направляючі для зменшення натягу
 - розвантажуючі для тимчасового утримання шкірно-м'язових клаптів
 - утримуючі
 - шви для глухого закриття гранулюючі ран
- «обшивання» країв рани – у випадках обширних ушкоджень м'яких тканин, які поєднуються з одночасним ушкодженням щелеп. Швами з'єднуються краї шкіри із слизовою оболонкою порожнини рота ➔ попередження інфікування рани та розвитку рубцевої контрактури

Первинна пластика при обробці ран обличчя

Важкість спотворення обличчя визначається величиною втрати тканин та наявністю ушкоджень повік, губ, периферичної частини носа. Саме ці ушкодження можуть привести до розвитку важких функціональних та естетичних порушень у потерпілого.

Для ран обличчя характерно значне їх зянення, обумовлене скороченням мімічних 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, завушного простору. Шкірний трансплантат за формою та розміром завжди має відповідати рановій поверхні, що закривається. Для забезпечення приживлення шкірного трансплантата необхідно ретельно пришити його до країв рани та притиснути на 6-7 днів до дна рани давлючою пов'язкою з мілких кусочків марлі, що просочена антисептиком.

При утворенні клаптевої рани наявність достатньо широкої живлючої ніжки дає можливість після видалення усіх нежиттєздатних ділянок на клапті використовувати його для закриття ранової поверхні. Якщо живляча ніжка вузька та не забезпечує життєздатність клаптя, то його можна перетворити на вільний трансплантат. Клапоть змазують 2% розчином йоду з обох боків. Гострим скальпелем висікають усі нежиттєздатні та сильно забруднені ділянки і усю жирову клітковину до дерми. Шкірний реплантат промивають у теплому ізотонічному розчині хлориду натрію, що вміщує антибіотики, протирають серветкою, яка просочена ізотонічним розчином хлориду натрію з етиловим спиртом у співвідношенні 1:1, та роблять декілька наскрізних насічок. Після цього клапоть укладають на місце, ретельно підшивають його до країв рани та притискають його до дна пов'язкою. Рекомендується у ділянку дна та країв рани увести розчин антибіотиків. За такою ж методикою можна використовувати для закриття ранової поверхні повністю відторгнуту шкіру, якщо вона не розім'ята та не забруднена. Після приживлення такі клапті значно відрізняються від оточуючих покривів за кольором, тургором, еластичністю. Цьому їх 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)

- Гіперемія шкіри, висипи, точкові крововиливи.
- Поява пухирів на шкірі за рахунок відшарування епідермісу.
- Екскоріації, порушення цілісності епітелію, зрив рогового шару.
- Розриви шкіри та підлеглих тканин: клітковини, м'язів, розвиток підшкірної емфіземи.
- Руйнування лицевого скелету.

Особливості вогнепальних ран обличчя:

- Близькість головного мозку і часті його ушкодження різного характеру і ступеня в поєднанні з ушкодженнями ЩЛД.
- Зосередження на обличчі практично усіх (крім тактильного) видів та органів чуття (зір, слух, нюх, смак) та часте їх поєднане ушкодження.
- 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.)
- Початкові відділи дихальної (гортань, трахея) і травної (глотка, верхня третина стравоходу) систем, ушкодження яких так само викликають ускладнення різного ступеня.
- Велика кількість судинних сіток → масивна кровотеча.
- Наявність мімічних м'язів → зяяння рани.
- Наявність зубів → вторинні снаряди, сприяння виникненню ускладнень запального характеру, позитивне → опора для фіксуєючих та іммобілізуючи нижню щелепу конструкцій.
- Наявність добре вираженої клітковини, широка венозна сітка, анастомози її із судинами очних ямок та синусами мозку → розвиток менінгітів, енцефалітів, тромбозу синусів та ін.
- Поранення бокових відділів обличчя → параліч мімічної мускулатури, стійки слинні нориці.
- Етико-соціальна функція обличчя.
- 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.
- Спеціальне харчування, особливий догляд.
- Необхідність особливої конструкції протигазу.
- Ушкодження органів слуху, зору, порожнини рота → утруднення в спілкуванні х оточуючими та орієнтації у просторі.

При складанні **плану лікування** слід враховувати:

- Вид, характер та кількість снарядів.
- Локалізація, напрямок, характер ранового каналу.
- Вид поранення: сліпе, наскрізне, дотичне та ін.
- Обсяг і вид ушкодження окремих тканин і органів ЩЛД.
- Співвідношення рани з прилеглими органами і тканинами лицевої і мозкової частин голови.
- Наявність чи відсутність комбінованих чи поєднаних ушкоджень.
- Функціональний стан життєзабезпечувальних систем.
- Психоемоційний стан хворого.

Особливості ПХО вогнепальної рани:

- Обробляючи рани при ротової 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 → профілактика слинних нориць.
- При пораненні периферичних гілок трійчастого нерва → обробка рани в умовах спеціалізованого центру.

Дотичні поранення належать до легких, для них характерно ушкодження лише м'яких тканин, зяння рани. Діагностика не викликає труднощів.

Сліпі поранення мають лише вхідний отвір, у рановому каналі є стороннє тіло, що становить небезпеку ушкодження великих судин, нервів, головного мозку, гортані → основа виникнення гнійних ускладнень у віддалені терміни. Діагностика проводиться на основі скарг, даних анамнезу, об'єктивного дослідження, рентгенологічного дослідження (як правило у 2-х проекціях, при не рентгенконтрастних сторонніх тілах → контрастування ранового каналу або із зондом в каналі).

Наскрізнi поранення мають вхідний та вихідний отвір, який більший за вхідний. За напрямком ранового каналу поранення можуть бути поперечні, сагітальні та вертикальні.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Завдання для самоконтролю

№ п/п	Основні завдання. Вивчити.	Вказівки
1.	Етіологія травм м'яких тканин	Перелічіть етіологічні фактори, що сприяють виникненню травми.
2.	Класифікація вогнепальних та невогнепальних ран м'яких тканин щелепно-лищевої ділянки	Навести класифікації вогнепальних та невогнепальних ран м'яких тканин щелепно-лищевої ділянки.
3.	Клінічні перебіг вогнепальних та невогнепальних ран м'яких тканин щелепно-лищевої ділянки	Перелічити клінічні прояви, що супроводжують вогнепальні та невогнепальні рани м'яких тканин щелепно-лищевої ділянки.
4.	Перша медична допомога при вогнепальних та невогнепальних ранах м'яких тканин щелепно-лищевої ділянки	Навести схеми лікувальних заходів при першій медичній допомозі.
6.	Перша лікарська допомога при лікуванні вогнепальних та невогнепальних ранах м'яких тканин щелепно-лищевої ділянки	Навести схеми лікувальних заходів при першій лікарській допомозі.
7.	Кваліфікована допомога при лікуванні вогнепальних та невогнепальних ранах м'яких тканин щелепно-лищевої ділянки	Навести схеми лікувальних заходів при кваліфікованому лікуванні вогнепальних та невогнепальних ран м'яких тканин щелепно-лищевої ділянки.
8.	Спеціалізована допомога при лікуванні вогнепальних та	Навести схеми лікувальних заходів при спеціалізованому лікуванні вогнепальних та

невогнепальних ранах м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки	невогнепальних ран м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.
--	---

Б. Задачі для самоконтролю:

1. Військовослужбовцю з проникаючим пошкодженням щічної ділянки втручання проведено через 18 годин після поранення, а шви на рану накладені на другий день після втручання. Який вид первинної хірургічної обробки мав місце у цьому випадку і який за строком вид швів було накладено?

(Відповідь: рання первинна хірургічна обробка, первинний відстрочений шов)

2. Після проведення первинної хірургічної обробки рани під нижньощелепною ділянкою, яку одержано 2 доби тому, хірург наклав на рану глухі шви та призначив антибіотики. Яка помилка має місце в діях лікаря?

(Відповідь: накладання глухих швів)

3. Надаючи допомогу хворому з множинним пошкодженням м'яких тканин обличчя, лікар почав втручання з хірургічної обробки і накладання швів в ділянці щоки, а в останню чергу наклав шви на рану нижньої губи. Чи була помилка в його діях?

(Відповідь: при множинному пошкодженні обличчя в першу чергу накладають шви в ділянці природних отворів)

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (α = Π):

1. Яке пошкодження називають раною:

- A. порушення шкіри, яке супроводжується кровотечею
- B. з порушенням цілісності шкіри
- C. з порушенням цілісності шкіри та слизової оболонки
- D. з порушенням неперервності кістки
- E. з порушенням слизової оболонки

(Правильна відповідь: C)

2. Вогнепальні поранення щелепно-лицевої ділянки за характером пошкодження діляться на:

- A. наскрізні, сліпі, дотичні, проникаючі у порожнини роту, носу, додаткові пазухи
- B. забиті, розчавлені, колоті, різані, рублені, укушені
- C. поранення нижньої щелепи, верхньої щелепи, вилицевих кісток, кісток носу, декількох кісток
- D. кульові, осколочні, міно вибухові, поранення кулеподібними та стрілоподібними елементами
- E. ізольовані травми м'яких тканин, травми кісток щелепно-лицевої ділянки, сполучені травми

(Правильна відповідь: A)

3. Вогнепальні поранення щелепно-лицевої ділянки за видом зброї поділяються на:

- A. наскрізні, сліпі, дотичні, проникаючі у порожнини роту, носу, додаткових пазух
- B. забиті, розчавлені, колоті, різані, рублені, укушені
- C. поранення нижньої щелепи, верхньої щелепи, вилицевих кісток, кісток носу, декількох кісток
- D. кульові, осколочні, міно вибухові, поранення кулеподібними та стрілоподібними елементами
- E. ізольовані травми м'яких тканин, травми кісток щелепно-лицевої ділянки, сполучені травми

(Правильна відповідь: D)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

Навчальна задача № 1.

У хворого 45 років після вогнепальної рани в привушній ділянці сформувалась слинна нориця. Який спосіб хірургічного лікування застосовано, якщо вздовж зонда, введеного на максимальну глибину, висікають рубець, виділяють норицевий хід і в глибині рани накладають кисетний шов, після цього норицевий хід висікають, а шов стягують і зав'язують. Потім на м'які тканини накладають пошарово шви. (Відповідь: метод Сапожкова)

Навчальна задача № 2.

У хворого 25 років після первинної хірургічної обробки наскрізної рани щоки на місці поранення з'явилася нориця, із якої (особливо в момент прийому їжі) виділяється прозора рідина. З боку порожнини рота з протоку привушної слинної залози слина не виділяється. Поставте діагноз. (Відповідь: повна слинна нориця)

Навчальна задача № 3.

Постраждалий із проникаючим у порожнину рота кульовим пораненням був госпіталізований через 42 години після поранення. Загальний стан не порушений. У лівій щічній ділянці рана 2,0x1,5см. Назвіть вид шва, що використовується в цьому випадку. (Відповідь: первинний відстрочений шов)

7. ЛІТЕРАТУРА.

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2т. – Т.2/В.О.Маланчук, І.П.Логвіненко, Т.О.Маланчук, О.Л.Ціленко – К.: ЛОГОС, 2011. – С. 12-13, 20-26.
2. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия: Руководство для врачей / Под ред. проф. В.Н.Балина и проф. Н.М.Александрова. 4-е изд., доп. и испр. – СПб.: СпецЛит, 2005. – С. 10-16, 75-107, 543-547, 548-563.
3. Щелепно-лицева хірургія: підручник / О.О.Тимофєєв. – К.: ВСВ «Медицина», 2011. – С. 370-380.
4. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство / под ред. А.А.Кулакова, Т.Г.Робустовой, А.И.Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 – С. 724-725.
5. Стоматологія 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.Демяник. – Харків: Торнадо, 2006. – С. 120-127.
6. Неотложная диагностика и лечебная тактика в ургентной хирургии: учебное пособие для студ. мед. ВУЗов и врачей-интернов / под ред. В.Д.Шейко – Полтава, 2007. – С. 38-42, 104-108.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
Сумський державний університет
Медичний інститут

«Затверджено»
на засіданні кафедри
стоматології

Завідувач кафедри
д.мед.н.Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	4
Змістовний модуль №	4
Тема заняття	Пошкодження нижньої щелепи в мирний час, в екстремальних умовах: анатомія пошкоджень, класифікація, клінічний перебіг, діагностика, медична допомога пораненим на місці травми, на етапах медичної евакуації. Хірургічна обробка ран при пошкодженнях нижньої щелепи, принципи пластичної хірургії. Досягнення вітчизняних вчених, співробітників кафедри.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Однією з важливих проблем сучасної щелепно-лицевої хірургії є клініка, діагностика, лікування та профілактика пошкоджень щелепно-лицевої ділянки, зокрема, переломів нижньої щелепи мирного часу, що складають найбільший відсоток серед усіх пошкоджень обличчя та шиї мирного часу. Це пов'язано зі значним збільшенням частоти дорожньо-транспортних пригод, побутових травм, використання різних видів холодної зброї та зростання вуличної злочинності і напруги в суспільстві. Вивчення даної теми дозволить майбутньому лікарю чітко орієнтуватися в питаннях клініки, діагностики, методах надання першої допомоги потерпілим з травмою нижньої щелепи, що в подальшій практиці дозволить уникати численних ускладнень в першу чергу пов'язаних з неправильними діями лікаря на перших етапах надання допомоги (пізня діагностика, неправильна та неповна невідкладна допомога та ін.).

2. Конкретні цілі:

- 1.1. Аналізувати клінічні прояви ознайомитися зі статистикою переломів нижньої щелепи мирного часу.
- 1.2. Пояснити етіологію та патогенез виникнення переломів нижньої щелепи мирного часу.
- 1.3. Запропонувати методи обстеження хворих з переломами нижньої щелепи мирного часу.
- 1.4. Класифікувати переломи нижньої щелепи мирного часу.
- 1.5. Тракувати патогенез перелому нижньої щелепи.
- 1.6. Малювати схеми переломів верхньої щелепи
- 1.7. Проаналізувати стан хворого з переломом нижньої щелепи.
- 1.8. Скласти план лікування хворих з переломами нижньої щелепи мирного часу.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Нормальна анатомія.	Знати будову нижньої щелепи, анатомію жувальних м'язів, м'язів шиї, будову зубо-щелепної системи.
2. Загальна хірургія.	План обстеження хворого з травматичним пошкодженням нижньої щелепи.
3. Біофізика.	Біомеханіку зубо-щелепної системи.
4. Патологічна фізіологія	Етіологія та патогенез переломів нижньої щелепи.
5. Топографічна анатомія і оперативна хірургія.	Тракувати топографічну анатомію щелепно-лицевої ділянки в цілому і нижньої щелепи зокрема. Принципи оперативних доступів до різних відділів щелепно-лицевої ділянки.
6. Відновлювальна пластична хірургія щелепно-лицевої ділянки	Наслідки травматичних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки мирного часу, заходи щодо запобігання виникнення ускладнень та інвалідації потерпілих.
7. Хірургічна стоматологія і щелепно-лицевої хірургія	Основні питання сполучної травми, взаємозв'язок органів і систем щелепно-лицевої ділянки.

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. Перелом	Порушення цілості кістки та окремих її відділів.
2. Які є переломи нижньої щелепи.	Тіла щелепи, вугла щелепи, суглобових відростків, коронарного відростка. Вони є як одно так і дво сторонні.
Основні методи обстеження хворих з переломами нижньої щелепи.	Пальпаторно визначаємо основні симптоми: симптом «східців»; симптом навантаження; симптом «шпателя».

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Види хірургічних методів лікування невогнепальних переломів нижньої щелепи.

2. Дати визначення поняттям «прямий та непрямий остеосинтез».
3. Види прямого остеосинтезу, показання та протипоказання до застосування, методики оперативних втручань.
4. Види непрямого остеосинтезу, показання та протипоказання до застосування, методики оперативних втручань.
5. Сучасні методики хірургічного лікування невогнепальних переломів нижньої щелепи (міні пластини, трансплантати, контурна остеопластика та ін.).
6. Класифікація переломів нижньої щелепи.
7. Помилки та ускладнення під час та після застосування хірургічних методів лікування невогнепальних переломів нижньої щелепи.
8. Загальне (медикаментозне) лікування невогнепальних переломів нижньої щелепи.
9. Шини які застосовуються при лікуванні переломів нижньої щелепи.

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

1. Оволодіти основним методами обстеження хворого з переломами нижньої щелепи мирного часу.
2. Провести додаткові методи обстеження хворого з переломом нижньої щелепи мирного часу.
3. Провести диференційну діагностику перелома тіла нижньої щелепи з переломами інших анатомічних ділянок нижньої щелепи
4. Оволодіти методикою шинування хворих з переломом нижньої щелепи.
5. Оволодіти методикою виконання анестезій при шинуванні хворих з переломом нижньої щелепи.
6. Заповнити амбулаторну медичну картку хворого з переломом нижньої щелепи.
7. Скласти план лікування хворого з переломом нижньої щелепи мирного часу.
8. Реабілітація хворого після перелому нижньої щелепи.

5.3. МІСТ ТЕМИ:

Класифікація переломів. Розрізняють односторонні, двосторонні, одиночні, подвійні, множинні переломи нижньої щелепи. Серед одиночних переломів виділяють переломи гілки нижньої щелепи (суглобового, вінцевого відростків, власне гілки) та її тіла (в межах зубного ряду).

Залежно від напрямку щілинні переломи можуть бути поперечними, подовжніми, косими, аркоподібними, зигзагоподібними, .

Перелом нижньої щелепи може бути повним, проходячи через всю товщу кісткової тканини, і неповним (тріщина), коли цілісність компактної пластинки якогось відділу кістки не порушена.

Тіло нижньої щелепи умовно ділять на відділ (між лунками 33, 43) підборіддя, бічний відділ (від 33, 43 до 37, 47), ділянка кута (між 37, 38, 47, 48, і лунками 38, 48).

Переломи нижньої щелепи в межах зубного ряду, як правило, відкриті, оскільки при зсуві відламків відбувається розрив не тільки окістя, але і пов'язаної з нею слизової оболонки альвеолярного відростка. Крім того, у випадку, коли в щілині перелому розташований корінь зуба, тоді вона сполучується через травмовану періодонтальну щілину з порожниною рота. Переломи за зубним рядом частіше всього закриті, але можуть бути відкритими у разі пошкодження навколишніх м'яких тканин або слизової оболонки.

Механізм перелому нижньої щелепи. Перелом нижньої щелепи виникає унаслідок перегину, рідше - стиснення і зрушення, у край рідко - відриву. Нижня щелепа має дугоподібну форму, діюча на неї сила викликає виражену напругу кісткової тканини в найбільш зігнутих її ділянках (відділ підборіддя, кут щелепи, ділянка ментального отвору підборіддя, лунки ікла) і в тонких місцях, тобто найбільш вірогідного її вигину (шийка нижньої щелепи). Саме у цих найбільш «слабких» ділянках ламається нижня щелепа унаслідок перегину. Можуть бути різні клінічні варіанти переломів нижньої щелепи від перегину:

- 1) прямий перелом бічного відділу тіла нижньої щелепи, якщо сила прикладена на невеликій площі цієї ділянки. Іноді цей прямий перелом може поєднуватися з непрямым у ділянці суглобового відростку з протилежного боку;
- 2) непрямий перелом з протилежного боку у ділянці шийки нижньої щелепи або її кута, якщо сила прикладена на великій площі бічного відділу тіла нижньої щелепи;
- 3) непрямий перелом по середній лінії, якщо сила прикладена симетрично на широкій площі бічного відділу тіла нижньої щелепи з обох боків;
- 4) непрямий перелом в бічному відділі частини підборіддя тіла нижньої щелепи і у ділянці шийки її (з іншого боку), якщо сила прикладена з двох боків несиметрично на широкій

площі бічного відділу тіла нижньої щелепи. При зсуві сили з одного боку до кута тіла нижньої щелепи відбудеться прямий перелом у області кута і непрямий - у бічній ділянці відділу підборіддя тіла нижньої щелепи;

5) непрямий перелом у області шийок нижньої щелепи з двох боків, якщо сила прикладена на широкий площі у ділянці відділу підборіддя тіла нижньої щелепи.

Таким чином, в результаті перегину прямий перелом нижньої щелепи виникає у разі додатку сили на невеликій площі певної ділянки щелепи, перелом буде непрямим (з протилежного боку), якщо сила прикладена на значній площі кісткової тканини.

Механізм зміщення. Цей механізм може прослідкувати тоді, коли ділянку кістки, що піддався дії сили, зміщується по відношенню до сусіднього, що має точку опори. Частіше всього, унаслідок зрушення виникає подовжній перелом гілки нижньої щелепи, коли сила прикладена в ділянці нижнього моляра і кута щелепи в проекції вінцевого відростка на вузькій площі і направлена вгору. Ділянка гілки нижньої щелепи, що не має опори для протидії прикладеній силі (передній відділ галузь з вінцевим відростком), зміщується вгору по відношенню до заднього відділу, що має опору в суглобовій ямці. Такий перелом вірогідніший за відсутності великих і малих кореневих зубів на нижній щелепі або їх антагоністів в ділянці пошкодження, при повній відсутності зубів на нижній і верхній щелепах або якщо в момент нанесення травми у потерпілого був напіввідкритий рот.

Механізм стиснення. Якщо дві сили діють у зустрічних напрямках і прикладені на широкий площі, кісткова тканина піддається компресії. При дії сили від низу до верху на широкий ділянці нижнього краю кута нижньої щелепи, фіксована в суглобовій западині гілка нижньої щелепи піддається стисненню. При цьому відбувається перелом кісткових балочок, порушення структури кістки. Внаслідок цього відокремлюється кістка по обох сторонах від стислої ділянки. Щілина перелому частіше проходить в середньому відділі гілки в поперечному її напрямі.

Механізм відриву. Перелом вінцевого відростка нижньої щелепи можна пояснити силою, прикладеною до підборіддя зверху вниз або збоку, а зуби обох щелеп щільно стислі і скроневи м'яз напружений. Ізольоване його пошкодження зустрічається рідко.

Зміщення відламків. Зміщення відламків відбувається унаслідок дії прикладеної сили під впливом власної їх ваги і через скорочення (тяги), прикріплених до відламка м'язів. Останній чинник є основним при переломі нижньої щелепи, оскільки діє постійно і різнонаправлено.

Нижня щелепа переміщається під впливом двох груп м'язів – тих, що піднімають (задня група) і тих, що опускають (передня група) нижню щелепу. Всі м'язи парні і прикріплюються в симетричних пунктах. Вони діють на всю нижню щелепу і підсилюють дію один одного.

М'язи, що опускають нижню щелепу, слабкіші за жувальні м'язи, що піднімають її. Це пов'язано не тільки з меншим поперечним перетином їх, але і з дією цих м'язів на підборіддя під достатньо гострим кутом. Коли цілість нижньощелепної дуги порушена і щілина перелому проходить не по середній лінії, утворюється, як мінімум, два неоднакових за розміром відламка.

Жувальні м'язи кожної сторони впливають на нерівні по величині відламки самостійно. М'язи, що опускають нижню щелепу, не роз'єднані і прикріплені, в основному, у ділянці внутрішньої поверхні підборіддя на великому відламку. Вони долають опір жувальних м'язів, прикріплених до нього, і тягнуть кінець великого відламка вниз. Таким чином, сила жувальних м'язів, що піднімають нижню щелепу з одного боку, менше сили всіх м'язів, що опускають нижню щелепу. Зміщення відламків тим значніше, чим більше площа прикріплення м'язів до окремих відламків.

Жувальний м'яз (*m. masseter*). Задня група: м'язи, що піднімають нижню щелепу.) починається від нижнього краю і внутрішньої поверхні вилицевої дуги. Він прикріплюється до жувальної горбистої зовнішньої поверхні кута нижньої щелепи (*tuberositas masseterica*), піднімає нижню щелепу. При односторонньому скороченні він зміщує щелепу у бік скорочення.

Скроневий м'яз (*m. temporalis*) складається з 3-х прошарків: поверхневого, середнього і глибокого. Починається від внутрішнього листка скроневої фасції у ділянці скроневої лінії, скроневої кістки, скроневої поверхні великого крила і підскроневого гребеня клиновидної кістки, тім'яної кістки, скроневої поверхні вилочної кістки. Прикріплюється до вінцевого відростка гілки нижньої щелепи, піднімає нижню щелепу, задні пучки зміщують її назад. Знаючи функцію м'язів і напрям тяги їх волокон, можна визначити характер зміщення відламків. Передня група м'язів зміщує кінці довгого відламка донизу. Латеральна і, в меншій мірі, медіальна

крилоподібні м'язи зміщують його у бік перелому. Підборідно-під'язиковий м'яз повертає його уздовж подовжньої осі. Задня група м'язів піднімає менший відламок догори.

Клінічна картина і діагностика переломів нижньої щелепи. При переломах нижньої щелепи скарги хворих можуть бути різноманітними в залежності від локалізації перелому і його характеру. Хворих завжди турбують болі в певній ділянці нижньої щелепи, які посилюються при її русі. Відкушування і пережовуванні їжі, особливо твердої, різко болісне, іноді неможливе. Деякі хворі відзначають оніміння шкіри підборіддя і нижньої губи (частіше при розриві нижньолуночкового нерва), неправильне змикання зубів. Можуть бути запаморочення, головний біль, нудота. Збираючи анамнез, слід з'ясувати, де, коли, за яких обставин одержана травма, її характер (виробнича, невиробнича і т.ін.). Необхідно встановити час і місце травми, відомості, характерні для травматичних пошкоджень головного мозку або основи черепа (втрата свідомості, ретроградна амнезія, нудота, блювота, кровотеча з вух і т.ін.). Ці дані фіксують в історії хвороби, оскільки вони не тільки мають істотне значення для діагностики пошкодження і тактики ведення хворого, але і визначають характер документа про непрацездатність, можуть представляти інтерес для правоохоронних органів і держстраху.

При об'єктивному дослідженні оцінюють загальний стан хворого за клінічною ознакою (свідомість, характер дихання, пульсу, рівень артеріального тиску, м'язовий захист або біль при пальпації живота, внутрішніх органів). Необхідно виключити травматичні пошкодження інших областей. При зовнішньому огляді щелепно-лицевої ділянки можна визначити порушення конфігурації обличчя за рахунок посттравматичного набряку прищелепних м'язових тканин, гематоми, зміщення підборіддя у бік. На шкірі обличчя можуть бути садна, синці, рани.

Пальпацію нижньої щелепи слід проводити в симетричних пунктах. Пальці рук лікаря поступово переміщує по тілу і гільці щелепи в напрямі від середньої лінії до суглобового відростка або навпаки. При цьому можна визначити кістковий виступ, або дефект кістки, або болісну точку, частіше у ділянці найбільш визначеної припухлості або гематоми м'язових тканин.

Слід визначити амплітуду руху головки суглобового відростка в суглобовій западині. Для цього лікар вводить кінчик пальця в зовнішній слуховий прохід хворого. При зміщенні щелепи вниз і у бік пальпаторного можна судити про достатність зміщення головки суглобового відростка. Одержані дані можна підтвердити, пальпуючи головку попереду козелка вуха.

Услід за цим лікар повинен використати симптом навантаження, за допомогою якого можна виявити найбільш болючу ділянку, відповідну місцю передбачуваного перелому. Визначають цей симптом таким чином: 1. вказівний і великий пальці правої руки лікаря фіксують на відділі підборіддя тіла нижньої щелепи хворого і чинять помірний тиск спереду назад; 2-пальці рук лікаря розташовують у ділянці зовнішньої поверхні кута нижньої щелепи зліва і справа і чинять тиск у напрямку до середньої лінії (назустріч один одному); 3-великі пальці лікаря поміщає у ділянці нижнього краю кута нижньої щелепи зліва і справа і легко натискає по напрямку від низу до верху (до головки виросткового відростка).

При переломі нижньої щелепи помірне зміщення відламків під впливом зусилля, що додається лікарем, супроводжується появою болю в ділянці перелому. Проекцію найбільш больової ділянки на шкіру, хворий показує одним пальцем. Вона, як правило, співпадає з об'єктивно визначеним раніше кістковим виступом і набряком або гематомою м'язових тканин. Підборіддя часто буває зміщене у бік перелому. За допомогою гострої голки можна визначити больову чутливість шкіри нижньої губи і підборіддя зліва і справа. Якщо відбувся розрив нижнього альвеолярного нерва, то на стороні перелому вона повністю відсутня. Можна встановити також порушення больової, тактильної і температурної чутливості слизової оболонки порожнини рота, ясен, зубів на ділянці щелепи, розташованій медіально від щілини перелому.

Потім оглядають порожнину рота. Хворому пропонують відкрити і закрити рот. Зменшення амплітуди руху нижньої щелепи може бути ознакою її перелому. При відкритті рота підборіддя іноді зміщується у бік від середньої лінії (у бік перелому). У ділянці тканин присінника рота визначається гематома (слизова оболонка просочена кров'ю). При виникненні унаслідок перелому тіла нижньої щелепи вона розташовуватиметься з вестибулярного і язичного боку альвеолярного відростка. Локалізація гематоми відповідає ділянці перелому і співпадає з такою в прищелепних м'язових тканинах. Можна виявити розриви слизової оболонки альвеолярного відростка. Перкусія зубів, між якими розташована щілина перелому, болісна, прикус, частіше всього, порушений. Зміна прикусу залежатиме від характеру зміщення

відламків, що, у свою чергу, пов'язане з локалізацією перелому. На великому відламку прикріплюються більшість м'язових волокон, що опускають нижню щелепу. По своїй силі вони переважають над м'язами, що піднімають нижню щелепу. Тому великий відламок зміщується донизу, а менший – догори. Найчастіші варіанти зміщення відламків, що зустрічаються в клініці, розглянуті нижче.

Достовірною клінічною ознакою, що дозволяє не тільки встановити перелом, але і визначити його локалізацію, є симптом рухливості відламків щелепи. Визначають його таким чином: вказівний палець правої руки розташовують на зубах одного з передбачуваних відламків, вказівний палець лівої руки - на зубах другого відламка, великими пальцями охоплюють тіло нижньої щелепи знизу. Проводячи незначні рухи у різних напрямках (вгору - вниз, вперед - назад, «на злам»), можна встановити зміну висоти розташованих поряд зубів, збільшення міжзубного проміжку, збільшення ширини розриву слизової оболонки альвеолярного відростка. Це відбувається внаслідок зміщення відламків під впливом зусиль лікаря.

Клінічні припущення повинні бути підтверджені рентгенівським дослідженням. Рентгенограми дозволяють уточнити характер перелому, ступінь зміщення відламків і наявність осколків, розташування щілини перелому, відношення коренів зубів до неї. Слід зробити два рентгенівські знімки (у прямій і бічній проекції), якщо є можливість - ортопантограму, на якій можна прослідкувати зміни на тілі та гілці нижньої щелепи, що виникли унаслідок травматичної дії. При переломах суглобового відростка цінну додаткову інформацію дає томограма скронево-нижньощелепного суглоба. На підставі клініко-рентгенологічних даних лікар ставить топічний діагноз і складає план лікування хворого.

При переломі нижньої щелепи в ділянці підборіддя, коли щілина перелому починається між центральними різцями і йде майже вертикально вниз, відламки під впливом рівнозначної сили яка діє з обох боків зміщуватись будуть тільки до низу. Проте перелом по середній лінії проходить надто рідко. Вона, як правило, відхилиться вбік від горба підборіддя і закінчується в проекції верхівки кореня другого різця, ікла або малого корінного зуба. У такому випадку спостерігається зміщення більшого відламка донизу, оскільки на ньому прикріплюється більше м'язових волокон, що опускають нижню щелепу. При косому розташуванні щілини перелому зміщення відламків відбувається в напрямку один до одного (в горизонтальній площині) за рахунок функції латеральних крилоподібних м'язів. Це приводить до звуження зубної дуги і порушення прикусу. Внаслідок тяги підборідно-під'язикового м'яза альвеолярна частина відламків дещо нахилиється в середину (до середньої лінії). При одиночному переломі бічного відділу тіла нижньої щелепи утворюється два неоднакових за розміром відламка. Менший відламок зміститься вгору (під дією м'язів, що піднімають нижню щелепу) до контакту із зубами-антагоністами, альвеолярна частина його нахилена всередину, а основа нижньої щелепи зміститься зовні за рахунок функції жувального м'яза і внаслідок тяги щелепно-під'язикового м'яза. Контакт зубів буде бугорковий: щічні бугорки зубів нижньої щелепи контактуватимуть з піднебінними зубів-антагоністів. Великий відламок зміститься вниз (під дією м'язів, що опускають нижню щелепу, і власної ваги) і у бік перелому (під дією одностороннього скорочення латерального крилоподібного м'яза і частково медіального, а також м'язів дна порожнини рота). Таким чином, зубна дуга деформується, середня лінія зміститься в бік перелому цього відламка, розташовані поблизу щілини перелому, не контактують із зубами верхньої щелепи. Зімкнення зубів (бугорковий контакт) буде лише в ділянці великих корінних, а іноді малих корінних зубів. Відламки можуть зміститися в горизонтальній площині, якщо в момент травми перелом перевищив товщину тіла нижньої щелепи. Коли лінія перелому проходить косо вперед, відламків може не бути, оскільки великий фрагмент міцно утримується на малому. Якщо перелом проходить через нижньощелепний канал, можливий розрив судинно-нервового пучка, що приводить до втрати больової чутливості у ділянці підборіддя і нижньої губи і супроводжується вираженою кровотечею. Зупинити кровотечу можна після проведення репозиції кісткових фрагментів і закріплення їх у правильному положенні.

Поодинокий перелом нижньої щелепи в ділянці кута часто проходить через лунку третього великого корінного зуба або між ним і другим великим корінним зубом. Якщо щілина перелому в ділянці кута щелепи розташована на точці прикріплення власне жувального і медіального крилоподібного м'язів, відламки не зміщуються, оскільки могутній сухожильно-м'язовий футляр, що охоплює кут щелепи із зовнішньої і внутрішньої його сторін, утримує відламки в правильному положенні. Якщо ж цей футляр розривається або щілина перелому

проходить попереду від вказаних м'язів, менший відламок, якщо на ньому немає зуба, зміститься догори і всередину, більший - вниз і в бік перелому. Порушення прикусу буде більш значним, відповідно до положень, приведених вище для більшого відламка.

При двосторонньому переломі нижньої щелепи у бічному її відділі формуються 3 відламки. До середнього, частіше всього, прикріплюються лише м'язи, що опускають нижню щелепу, що і визначає характер його зміщення. Він зміщується вниз і назад, а фронтальні зуби нахиляються вперед. Іноді це приводить до западіння язика, що викликає затруднене дихання. Бічні відламки зміщуються догори (дія власне жувальних м'язів, скроневої, медіальної крилоподібної) і всередину (дія латерального крилоподібного м'яза). У разі фіксації середнього відламка двома бічними, западання язика не відбувається і дихання залишається вільним. Зрідка середній відламок зміщується наперед. Це можливо коли бічні фрагменти, що зміщуються по напрямку один до одного у момент травми можуть виштовхнути середній відламок вперед.

Поодинокі переломи гілки нижньої щелепи можуть бути подовжними і поперечними. Вони не супроводжуються істотним зміщенням відламків і порушенням прикусу. При опусканні нижньої щелепи може бути зміщення середньої лінії у бік перелому і порушення прикусу, як у разі перелому альвеолярного відростка.

Перелом вінцевого відростка може відбутися при переломі виличної дуги. Ізольований перелом його зустрічається рідко (удар вузьким предметом збоку при відкритому роті хворого, удар по підборіддя зверху вниз при щільно закритому роті і напрузі жувальних м'язів). Якщо лінія перелому проходить через основу вінцевого відростка, відламаний фрагмент зміститься вгору у напрямку до скроневої області. Подібний перелом зустрічається рідко. Функція нижньої щелепи при цьому істотно не змінюється. При пальпації гілка нижньої щелепи з боку порожнини рота визначається різка болочість в ділянці основи вінцевого відростка.

Перелом суглобового відростка може відбутися у його основи, в ділянці шийки і суглобової головки. Якщо травмуюча сила прикладена до бічного відділу тіла нижньої щелепи або підборіддя, виникає перелом основи суглобового відростка унаслідок перегину. Товщина кістки тут у медіально-латеральному напрямку значно менша, ніж в передньо-задньому. Щілина перелому проходить косо вниз і назад через основу вирізки нижньої щелепи. Зміщення меншого відламка може бути різним і залежить від рівня пошкодження зовнішньої і внутрішньої компактних пластинок:

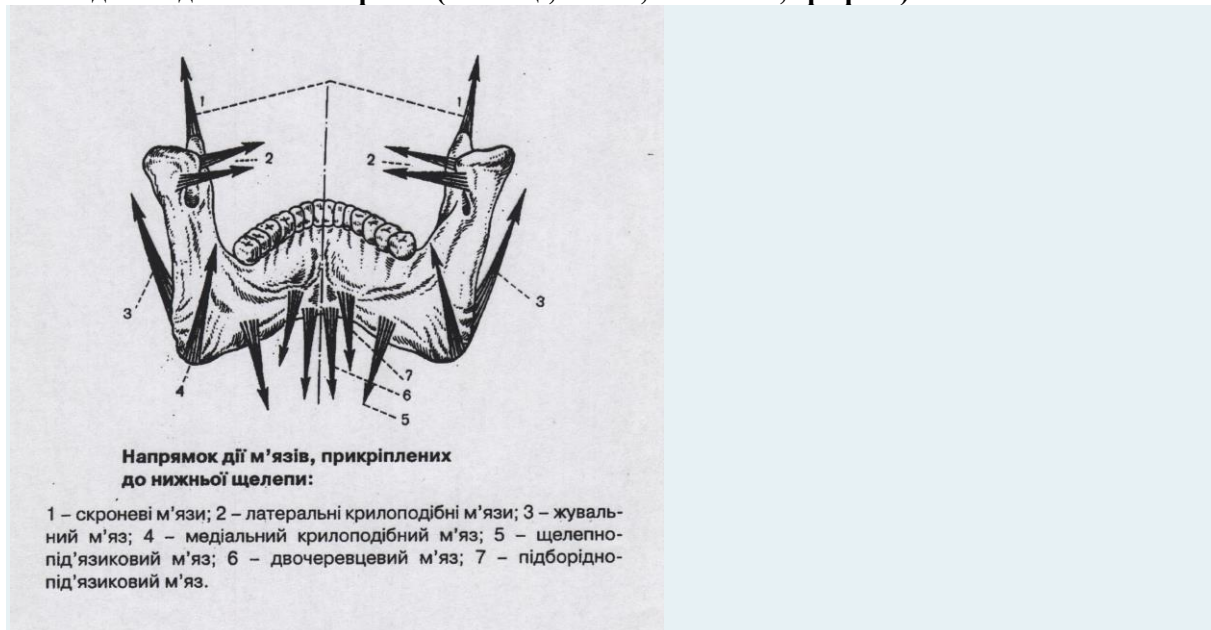
1. Якщо лінія перелому на зовнішній пластинці проходить нижче такої на внутрішній (скіс перелому направлений зовні вгору і до середини), то малий відламок зміщується на зовню і дещо назад. У цьому напрямі його виштовхує великий фрагмент, зміщуючись під впливом жувальних м'язів вгору і назад. Головка відростка, залишаючись в суглобовій западині, розвертається так, що контактує із суглобовою поверхнею її латеральним виростком. У цій клінічній ситуації можна спробувати поліпшити позицію малого фрагмента консервативними методами лікування (міжзубна прокладка на стороні пошкодження і міжщелепне еластичне витягнення).

2. Якщо лінія перелому на зовнішній поверхні проходить вище тієї, що всередині (скіс перелому направлений зовні вниз і всередину), то малий відламок зміщується усередину і наперед під дією латерального крилоподібного м'яза. Великий відламок, підтягаючись догори, збільшує зміщення малого відламка. Перелом в ділянці шийки суглобового відростка нижньої щелепи виникає, якщо силова дія розповсюджується від підборіддя назад. Саме в передньо-задньому напрямку кістка в ділянці шийки найбільш тонка. Ці переломи нерідко супроводжуються вивихом головки нижньої щелепи. Зміщення малого відламка відбувається за рахунок дії латерального крилоподібного м'яза. При переломах у ділянці основи суглобового відростка і шийки, коли малий відламок зміщується всередину від гілки щелепи, не можливо консервативними методами лікування поставити відламки в правильне положення. При переломах головки нижньої щелепи нерідко відбувається відлам медіального виростка. У разі розриву суглобової капсули малий відламок головки зміщується всередину і вперед. При односторонньому переломі суглобового відростка середня лінія дещо зміщена у бік перелому. На стороні перелому зуби щільно контактують, а на здоровій стороні контакту між ними немає. Важливою ознакою перелому альвеолярного відростка з вивихом головки є западіння тканин попереду козелка вуха, а також відсутність активного руху суглобової головки в суглобовій

ямці. Якщо вивиху головки немає, то руху її зберігаються, але амплітуда їх значно менше, ніж на здоровій стороні, тобто відсутній синхронність в рухах головок обох сторін. При двосторонньому переломі суглобових відростків обидві гілки нижньої щелепи зміщуються вгору. Контактують лише великі коренні зуби, тобто прикус буде відкритим. Переломи інших локалізацій, при двохсторонньому переломі тіла нижньої щелепи в області кутів середній відламок зміщується вниз (відвисає). Зсуву його назад не відбувається. При подвійному переломі, розташованому з одного боку, середній відламок зміщується вниз і всередину під дією прикріпленого до нього щелепно-під'язикового м'яза. Задній (менший) відламок переміщається вгору і декілька всередину, великий — вниз і у бік середнього відламка. Зубна дуга значно деформується, прикус порушується. При множинних переломах нижньої щелепи відламки зміщуються в самих різних напрямках під дією тих м'язових пучків, які до них прикріплюються. При цьому вони нерідко заходять своїми кінцями один за одного, зміщуючись у напрямі м'язів, що скорочуються. Зміщення тим більша, чим більше площа прикріплення м'язів, і м'язових волокон до окремих фрагментів і чим менше цей рух гальмується сусідніми відламками

6. Матеріали для самоконтролю:

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



Б. Задачі для самоконтролю:

1. У хворого, Р., 28 років поставлений діагноз: перелом нижньої щелепи в ділянці кута з права за межами зубного ряду зі зміщенням. Який метод лікування найбільш доречний при цьому переломі. (Відповідь: Двощелепна шина Тігірштедта з зачіпними гачками)

2. Хворий 20 років доставлений у відділення через 6 годин після травми. Об'єктивно: порушення прикусу за рахунок зміщення відламків. Зуби на верхній і нижній щелепі, за винятком 35, збережені. На рентгенограмі: перелом нижньої щелепи в ділянці кута з обох сторін, та тіла щелепи в проекції 35. Відламки зміщені. Якому методу лікування (фіксації відламків) ви віддасте перевагу? (Відповідь: Прямий остеосинтез (накісні пластини)).

3. Хворий, 21 року, потрапив в клініку щелепно-лицевої хірургії зі скаргами на самовільний біль в ділянці кута нижньої щелепи зліва, набряк даної ділянки, обмежене відкривання рота, неможливість зімкнути зуби. З анамнезу стало відомо що травму отримав добу тому, був побитий невідомими, свідомість не втрачав, за допомогою не звертався, щеплений проти правця 2 місяці тому. Об'єктивно: лице асиметричне за рахунок набряку лівої жувальної ділянки, що болісна при пальпації, відкривання рота до 1,5 см., симптом «навантаження» позитивний у ділянці кута нижньої щелепи зліва, має місце «симптом сходинки» у ділянці між 37 і 38 зубами. Поставте попередній діагноз?(Відповідь: Перелом кута нижньої щелепи зліва зі зміщенням в проекції 38.)

4. Хворий, 30 років внаслідок дорожньо-транспортної пригоди отримав двосторонній перелом нижньої щелепи в ділянці 43, 44 та 33, 34 зі зміщенням відламків. Загроза виникнення якої асфіксії має місце? (Відповідь. Дислокаційна.)

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиночною правильною відповіддю (а=2)

1. Яка з вказаних методик не відноситься до прямого остеосинтезу?

- A) кістковий шов;
- B) накісні пластини;
- C) спиці Кіршнера;
- D) кісткові скоби;
- E) шина Вебера; •

(Правильна відповідь: E)

2. Перелічить фіксуючі апарати для оперативного методу остеосинтезу нижньої щелепи:

- A. по Макієнко, по Павлову, по Кабакову
- B. Збаржа, Лімберга, Львова •
- C. по М.М. Соловійову-Є.М. Магарілли
- D. по Н.Г. Бадзошвілі
- E. Пенна-Брауна, В.Ф. Рудька, І.І. Єрмолаєва-С.І. Кулагова

(Правильна відповідь: B)

3. При переломі нижньої щелепи перша допомога:

- A. Пращеподібна пов'язка
- B. Ввести антибіотики препарати.
- C. Холод на облччя.
- D. Тепло на місце перелому
- E. Апарат Збаржа

Правильна відповідь:(A,)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі).

1. Хворий С., 28 років, зі скаргами на болісну припухлість в ділянці тіла нижньої щелепи зліва. Поніміння нижньої щелепи зліва Пальпація тіла нижньої щелепи зліва болісна, відмічається рухомість відламків в ділянці 34, 35 зубів. При закриванні рота відмічається змикання молярів антагоністів зліва. Коронки 34, 35 зубів зруйновані на 1/2 вертикальна перкусія 34, 35, болісна. В порожнині рота відмічається муфто подібне потовщення слизової оболонки в ділянці 34, 35 зубів. В центральному відділі і в області молярів праворуч змикання зубів не відбувається. (Відповідь: Гострий одонтогенний остеомієліт нижньої щелепи)

2. Пацієнтка 35 років на другу добу після видалення 48 зуба звернулася зі скаргами на біль в привушно-жувальної області зліва, почуття, що немає контакту між зубами верхньої та нижньої щелепи праворуч. Підборіддя зсунуте ліворуч, рот напіввідкритий, губи зімкнуті, прикус порушений. Обмеження рухів нижньої щелепи. З переду від козелка правого вуха западання м'яких тканин. Яке дослідження найбільш інформативне при даному порушенні? (Відповідь: Передній лівосторонній вивих нижньої щелепи)

4. Хворий звернувся зі скаргами на рухомість кістки нижньої щелепи праворуч. На рентгенівському знімку нижньої щелепи праворуч в боковій проекції відмічаються ділянки

кістки які нагадують розтанувшого цукру. (Відповідь: Гострий остеомієліт нижньої щелепи праворуч)

7. Література.

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2т. – Т.2/В.О.Маланчук, І.П.Логвіненко, Т.О.Маланчук, О.Л.Ціленко – К.: ЛОГОС, 2011. – С. 30-35, 42-56, 91-96.
2. Рузин Г.П. Краткий курс лекций по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Геннадий Петрович Рузин – Киев: «Книга плюс», 2006 – С. 93-95, 118-119, 121-122.
3. Маланчук В.А. Озоно-кислородная терапия в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / В.А.маланчук, А.В.Копчак. – К., 2004. – С. – 126-134.
4. Невогнєпальні пошкодження щелепно-лицевої ділянки: навч. посіб. для студ. стомат. факульт. вищих мед. навч. закладів IV рівнів акрид. та інтернів-стоматологів / під загальною ред. Рибалова О.В. – Полтава: ТОВ «Фірма Техсервіс», 2012. – С. 57-113.
5. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия: Руководство для врачей / Под ред. проф. В.Н.Балина и проф. Н.М.Александрова. 4-е изд., доп. и испр. – СПб.: СпецЛит, 2005. – С. 489-491.
6. Щелепно-лицева хірургія: підручник / О.О.Тімофєєв. – К.: ВСВ «Медицина», 2011. – С. 395-407, 418-422, 435-449.
7. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство / под ред. А.А.Кулакова, Т.Г.Робустовой, А.И.Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 – С. 706-711.
8. Стоматологія 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.Демяник. – Харків: Торнадо, 2006. – С. 128-129.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
Сумський державний університет
Медичний інститут

«Затверджено»
на засіданні кафедри
стоматології

Завідувач кафедри
д.мед.н.Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	4
Змістовний модуль №	4
Тема заняття	Пошкодження верхньої щелепи в мирний час, в екстремальних умовах: анатомія пошкоджень, класифікація, клінічний перебіг, діагностика, медична допомога пораненим на місці травми, на етапах медичної евакуації. Хірургічна обробка ран при пошкодженнях нижньої щелепи, принципи пластичної хірургії. Досягнення вітчизняних вчених, співробітників кафедри.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Однією з важливих проблем сучасної щелепно-лицевої хірургії є клініка, діагностика, лікування та профілактика пошкоджень щелепно-лицевої ділянки, зокрема, переломів верхньої щелепи мирного часу, що складають найбільший відсоток серед усіх пошкоджень обличчя та шиї мирного часу. Це пов'язано зі значним збільшенням частоти дорожньо-транспортних пригод, побутових травм, використання різних видів холодної зброї та зростання вуличної злочинності і напруги в суспільстві. Вивчення даної теми дозволить майбутньому лікарю чітко орієнтуватися в питаннях клініки, діагностики, методах надання першої допомоги потерпілим з травмою верхньої щелепи, що в подальшій практиці дозволить уникати численних ускладнень в першу чергу пов'язаних з неправильними діями лікаря на перших етапах надання допомоги (пізня діагностика, неправильна та неповна невідкладна допомога та ін.).

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати клінічні прояви ознайомитися зі статистикою переломів верхньої щелепи мирного часу.
- 2.2. Пояснити етіологію та патогенез виникнення переломів верхньої щелепи мирного часу.
- 2.3. Запропонувати методи обстеження хворих з переломами верхньої щелепи мирного часу.
- 2.4. Класифікувати переломи верхньої щелепи мирного часу.
- 2.5. Тракувати патогенез перелому верхньої щелепи при різних етіологічних факторах.
- 2.6. Проаналізувати стан хворого при переломі верхньої щелепи.
- 2.7. Скласти план лікування хворих з переломами верхньої щелепи мирного часу.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Нормальна анатомія.	Знати будову верхньої щелепи, анатомію м'язів які кріпляться до верхньої щелепи та інших кісток лицевого скелета, будову зубо-щелепної системи.
2. Біофізика.	Біомеханіку зубо - щелепної системи.
3. Патологічна фізіологія	Етіологія та патогенез переломів верхньої щелепи.
4. Топографічна анатомія і оперативна хірургія.	Тракувати топографічну анатомію щелепно-лицевої ділянки в цілому і верхньої щелепи зокрема. Принципи оперативних доступів до різних відділів щелепно-лицевої ділянки.
5. Відновлювальна пластична хірургія щелепно-лицевої ділянки	Наслідки травматичних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки мирного часу, заходи щодо запобігання виникнення ускладнень та інвалідизації потерпілих.
6. Хірургічна стоматологія і щелепно-лицевої хірургія	Основні питання сполучної травми, взаємозв'язок органів і систем щелепно-лицевої ділянки.

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. Перелом	Порушення цілості кістки та окремих її відділів.
2. Які є переломи верхньої щелепи.	Лефор I, Лефор II, Лефор III.
3. Які ще є переломи кісток лицевого скелета	Вилицевої кістки, та її дуги. Ізольований перелом вилицевої кістки

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Види хірургічних методів лікування невогнепальних переломів верхньої щелепи.
2. Дати визначення поняттям «прямий та непрямий остеосинтез».
3. Види прямого остеосинтезу, показання та протипоказання до застосування, методики оперативних втручань.
4. Види непрямого остеосинтезу, показання та протипоказання до застосування, методики оперативних втручань.

5. Сучасні методики хірургічного лікування невогнепальних переломів верхньої щелепи (міні пластини, трансплантати, контурна остеопластика та ін.).
6. Помилки та ускладнення під час та після застосування хірургічних методів лікування невогнепальних переломів верхньої щелепи.
7. Загальне (медикаментозне) лікування невогнепальних переломів верхньої щелепи.

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

1. Оволодіти основним методами обстеження хворого з переломом верхньої щелепи мирного часу.
2. Провести додаткові методи обстеження хворого з переломом верхньої щелепи мирного часу.
3. Провести диференційну діагностику перелома верхньої щелепи з переломами інших кісток щелепно-лицевого відділу
4. Заповнити амбулаторну медичну картку хворого з переломом верхньої щелепи.
5. Скласти план лікування хворого з переломом верхньої щелепи мирного часу.
6. Реабілітація хворого після перелому верхньої щелепи

5. ЗМІСТ ТЕМИ:

Верхня щелепа щільно пов'язана з кістками лицевого, мозкового скелета і основи черепа. При надмірному тиску вони можуть зламатися по певних лініях, які проходять по вузьких і тонких ділянках кістки, що проходять між порожнинами носа, очних ямок, верхньощелепних пазух. Ці слабкі місця вивчені Лефором, який встановив три основних типи переломів верхніх щелеп (нижній, середній і верхній), відомі в літературі по імені автора. Переломи верхньої щелепи завжди відкриті, оскільки вони проходять в ділянці носа, його додаткових пазух. Слизова оболонка цих анатомічних утворень тонка і легко розривається навіть при незначному зміщенні відламків. При переломі однієї з верхніх щелеп частіше зустрічаються елементи зміщення, коли один з її відділів, під впливом удару, зміщується назад по відношенню до верхнього відділу щелепи, а у разі відламу всієї щелепи по відношенню до інших кісток лицевого скелету або основи черепа.

Відламки верхньої щелепи зміщуються під дією прикладеної сили, що продовжується, назад і вниз. Задня ділянка зміщується вниз за рахунок тяги медіальних крилоподібних м'язів.

Нижній тип перелому (Ле Фор І). Лінія перелому проходить в горизонтальній площині над альвеолярним відростком і склепінням твердого піднебіння. Починаючись біля краю грушоподібного отвору з обох боків, вона йде назад вище через дно верхньощелепних пазух, проходить через горб і нижню третину крилоподібних відростків клиновидної кістки. Іноді лінія перелому закінчується у ділянці лунок другого або третього великого корінного зуба. При цьому типі перелому відламується дно носа, дно верхньощелепних пазух, відбувається горизонтальний перелом перегородки носа. Він може бути одностороннім. Тоді обов'язково ламається піднебінний відросток верхньої щелепи в сагітальній площині.

При переломі верхніх щелеп по нижньому типу хворі скаржаться на біль у ділянці альвеолярного гребня верхніх щелеп, що посилюється при змиканні зубів або пережовуванні їжі, на неможливість відкусити їжу передніми зубами, на оніміння зубів і слизової оболонки ясен, на неправильне змикання зубів, відчуття чужорідного тіла в глотці, нудоту, утруднене носове дихання.

При зовнішньому огляді конфігурація обличчя змінена за рахунок припухлості м'яких тканин верхньої губи, щік, зглаженості носогубних складок. Припухлість обумовлена посттравматичним набряком і крововиливом в тканини. Може бути садно, синці, рвано-забиті рани на шкірі обличчя, підшкірна емфізема. У разі вираженого зміщення відламка щелеп вниз, подовжується нижня третина обличчя. Іноді шкірна частина перегородки носа з горизонтального положення переміщається в косе унаслідок зміщення донизу переднього носового остюка разом з відламаними щелепами. При змиканні зубів, біля основи перегородки носа утворюється ледве помітна шкірна складка, а шкірна частина її переміщається догори.

При огляді порожнини рота можна визначити крововилив по перехідній складці верхніх щелеп у межах всіх зубів, який розповсюджується на слизову оболонку верхньої губи і щік. Можливо крововилив у верхньому відділі крилоподібно-нижньощелепних складок, а при односторонньому переломі і по середній лінії твердого піднебіння. В цьому випадку можуть бути розриви слизової оболонки альвеолярного відростка в його передньому відділі. Язичок м'якого неба іноді торкається задньої стінки глотки або кореня язика, тому м'яке небо здається подовженим. Спостерігається це при значному зміщенні відламка щелеп назад і донизу. Цим пояснюються скарги хворого, в перші дні, на відчуття чужорідного тіла в глотці і позиви на

блювоту. Аналогічні суб'єктивні відчуття можуть бути і внаслідок парестезії слизової оболонки твердого і м'якого піднебіння, що настає при розриві нервових провідників, що проходять в крило-піднебінному каналі.

При пальпації верхніх щелеп з боку присінника рота, дещо вище за перехідну складку, визначаються кісткові виступи (сходинки), нерівності або западіння. Ці ознаки чіткіше виявляються у ділянці вилично-альвеолярного гребеня, який має опуклий профіль, що дозволяє достовірно переконатися в порушенні його цілісності. Симптом навантаження перевіряють, натискаючи вказівним пальцем на крилоподібний відросток клиновидної кістки або його гачок (дещо до середини від верхнього відділу крилоподібно-нижньощелепної складки).

За наявності перелому верхніх щелеп виникає біль в ділянці проходження його щілини. При цьому передній відділ відламка іноді зміщується донизу. Симптом навантаження буде також позитивним і за відсутності ознак зміщення і рухливості відламка, що надає йому велике діагностичне значення. Іноді крилоподібні відростки не ушкоджуються і цей діагностичний прийом може дати невірну інформацію. Слід додатково натиснути на ділянці третього великого корінного зуба. Проте, поява больового відчуття можлива не тільки при переломі верхньої щелепи, але і у разі перелому бічного відділу її альвеолярного відростка.

Для визначення рухливості відламка слід правою рукою обережно провести гойдаючі рухи (вперед — назад) верхньої щелепи, захопивши її пальцями правої руки за альвеолярний відросток у фронтальному відділі. В цей час вказівним пальцем лівої руки, розташованим у ділянці верхньої перехідної складки, можна відчутти рухливість відламка. Переміщаючи палець від грушовидного отвору до горба щелепи, можна клінічно визначити лінію перелому. Зміщення відламка супроводжується рухливістю шкірної частини перегородки носа. У ділянці ясен усіх зубів визначається зниження або повна відсутність больової чутливості, що можна перевірити за допомогою тонкої стерильної ін'єкційної голки. При перкусії зубів перкуторний звук буде низьким (тупим). Прикус порушений унаслідок зміщення відламка назад (прямий, про-геничний, якщо до травми був ортогнатичним). Нерідко він може бути відкритим, коли переважно контактують лише останні великі корінні зуби. Зв'язано це з тим, що медіальний крилоподібний м'яз зміщує вниз задній відділ зламаної верхньої щелепи. Коли зміщення відламків не відбувається, прикус не змінюється.

Перелом верхніх щелеп по нижньому типу необхідно диференціювати від перелому альвеолярного відростка. Симптом навантаження, метод визначення якого приведений вище, при переломі альвеолярного відростка буде негативним. Натискання ж на великі корінні зуби супроводжуватиметься больовим відчуттям у ділянці альвеолярного відростка.

Рентгендіагностика мало інформативна через нашарування зображення кісток лицевого і мозкового відділів черепа. На рентгенограмі кісток лицевого скелета в аксіальній проекції можна виявити порушення цілісності кістки у ділянці вилично-альвеолярного гребеня, а також зниження прозорості верхньощелепних пазух унаслідок крововиливу в них.

Середній тип перелому (Ле Фор II). Лінія перелому проходить в ділянці з'єднання лобових відростків верхніх щелеп з носовими частинами лобових кісток і кістками носа (носо-лобні шви), потім по медіальних стінках очних ямок, обмеженою слізними кістками, орбітальними пластинками гратчастої кістки і латеральними поверхнями тіла клиновидної кістки, вниз до нижніх орбітальних щілин. Далі, по нижніх стінках очних ямок, які утворені орбітальними поверхнями верхніх щелеп і виличними кістками, орбітальними відростками піднебінної кістки, лінія перелому йде вперед, до нижньо-орбітальних країв, перетинає їх по вилично-щелепних швів або поблизу від них. Лінія перелому може пройти через підочні отвори. По передній стінці верхніх щелеп, уздовж вилично-щелепних швів, вона переходить назад на горби верхніх щелеп і крилоподібних відростків клиновидних кісток. При двосторонньому переломі може ламатися перегородка носа у вертикальній площині. Часто ламається гратчаста кістка з гратчастою пластинкою, тобто, основа черепа. Можливі струси мозку і перелом основи черепа не тільки в передній, але і в середній черепній ямці. Нижче розглянемо клінічні ознаки перелому верхніх щелеп по середньому типу без супутніх пошкоджень.

Скарги багато в чому аналогічні, як при переломі верхніх щелеп по нижньому типу. Хворі додатково можуть вказати на оніміння шкіри підочної ділянки, верхньої губи, крил носа, шкірної частини перегородки носа. При пошкодженні носо-слізного каналу іноді буває слезотеча. Чутливість великих корінних зубів і ясен у ділянці цих зубів збережена. Так само не змінюється больова чутливість слизової оболонки твердого і м'якого піднебіння. Хворі

можуть відзначати зниження або втрату нюху при розриві або утиску нюхових ниток (filid olfactoria), які проходять через отвори гратчастої пластинки.

Конфігурація обличчя змінена внаслідок посттравматичного набряку і крововиливу у м'які тканини підочних ділянок і кореня носа. Синець локалізується у ділянці нижнього повіка, медіального кута ока (з розповсюдженням на шкіру кореня носа) і медіального відділу верхнього віка. Колір верхньо-зовнішнього квадранта орбітальних ділянок не змінений. Нерідко спостерігається крововилив під кон'юнктиву одного або обох очей. Кон'юнктива іноді виступає між зімкнутими повіками при вираженому просоченні їх кров'ю. Може бути підшкірна емфізема тканин обличчя. При горизонтальному положенні хворого обличчя стає пласким за рахунок зміщення відламка назад, при вертикальному — подовжується унаслідок зміщення щелепи вниз. Нерідко порушена больова чутливість шкіри підочних ділянок, нижніх повік, крила носа. При пальпації нижньо-орбітального краю часто визначається кістковий виступ (сходинка). Пропальпувати кістковий виступ у області носо-лобного шва складно через значний набряк м'яких тканин у цій ділянці. Проте, тут іноді можна визначити крепітацію відламків. Якщо помістити вказівний палець лівої руки на нижньо-орбітальний край, великий — на область кореня носа, а правою рукою акуратно провести гойдаючі рухи верхньої щелепи в передньо-задньому напрямку, можна визначити синхронне (одночасне) зміщення кісткового фрагмента в тому чи іншому місці. При зміщенні передбачуваного відламка вгору вниз можна бачити, як над коренем носа шкіра збирається в складку або змінюється в кольорі. Може бути кровотеча з носа, рота, носоглотки, а при пошкодженні носослізного каналу і попаданні в нього крові із слізних точок.

При огляді порожнини рота відмічається крововилив по перехідній складці верхніх щелеп у ділянці великих і частково малих корінних зубів, що розповсюджується на слизисту оболонку щік. При пальпації визначається кістковий виступ у ділянці вилично-альвеолярного гребеня і назад від нього. Больова чутливість слизової оболонки ясен знижена в межах різців, іклів і малих корінних зубів з обох боків. У ділянці великих корінних зубів вона не порушена. Іноді вибухає бічна стінка глотки, що може свідчити про наявність гематоми в навколوجلотковому просторі. Симптом навантаження позитивний по ходу лінії перелому. Можна визначити одночасне зміщення кісткових фрагментів у ділянці нижнього краю очної ямки, кореня носа, вилично-альвеолярного гребеня (пальпаторний), з'являється також складка шкіри у області кореня носа. Решта об'єктивних ознак аналогічні таким, як при переломі в/щ по нижньому типу.

На рентгенограмі лицевого скелета кісток, виконаній в аксіальній проекції, є порушення цілісності кістки у ділянці перенісся, нижніх країв очних ямок і вилично-альвеолярних гребенів, зниження прозорості верхньощелепних пазух. На бічних рентгенограмах визначається також лінія перелому, що криво йде від гратчастої кістки до тіла клиновидної кістки. При виявленні «кісткової сходинки» у ділянці турецького сідла можна з упевненістю говорити про перелом основи черепа в середній черепній ямці.

Верхній тип перелому (Ле Фор III). Лінія перелому проходить через носо-лобний шов, по внутрішніх стінці очних ямок до місця з'єднання верхньо-орбітальної і нижньо-орбітальної щілин. Далі вона переходить на зовнішню стінку очних ямок, утворених орбітальною поверхнею великого крила клиновидної кістки і виличної кістки, йде після неї вгору і наперед до її верхнього зовнішнього кута, який перетинає у ділянці лобно-виличного шва або поблизу від нього. Потім прямує назад і вниз по великому крилу клиновидних кісток і доходить до верхнього відділу крилоподібних відростків і тіла цієї кістки. Ламаються виличні відростки скроневих кісток і перегородка носа у вертикальній площині. При переломі по Ле Фор III відділяються кістки лицевого від кісток мозкового черепа. Це часто супроводжується струсом, забоєм, здавленням головного мозку, переломом основи черепа (слід пам'ятати анатомію стінок орбіти, через які проходить лінія перелому). Можуть переважати ознаки вказаних пошкоджень: втрата свідомості, ретроградна амнезія, блювота, головний біль, шум у вухах, брадикардія, брадишное, ністагм, звуження зіниць, судоми, психічні порушення, лікворея з носа або вуха і т.ін. Слід знати ознаки, характерні для даного типу перелому, коли вони не замасковані симптомами ураження головного мозку.

При збереженні свідомості хворий указує на двоїння в очах при вертикальному положенні тулуба, болісне і утруднене ковтання, наявність чужорідного тіла в горлі, першіння і нудоту, погане відкриття рота. При огляді обличчя хворого одутле, місяцеподібне. Є симптом окулярів, для якого характерний крововилив в тканини верхньої і нижньої повік, навколо

орбітальної зони, в кон'юнктиву і клітковину орбітальних ділянок. У хворого, що знаходиться в лежачому положенні, обличчя сплюснене, у вертикальному положенні - обличчя подовжується. При цьому очні яблука зміщуються вниз, очна щілина розширюється. У хворого з'являється двоїння в очах, тому при розмові з лікарем хворий або прикриває одне око долонею, або підводить палець під очне яблуко, чим усуває диплопію. При змиканні зубів очні яблука переміщуються разом з дном очної ямки догори. Визначається екзофтальм унаслідок крововиливу в ретробульбарну клітковину. При пальпації тканин у ділянці кореня носа і верхньо-зовнішнього кута очних ямок, визначається крепітація або кістковий виступ, або і те і інше. При зміщенні верхніх щелеп можна встановити рухливість кісткового фрагмента. При відкриванні рота посилюється біль у цій ділянці за рахунок тиску вінцевого відростка на ділянку виличної дуги, що змістилася.

Відкриття рота обмежене. Крововилив у слизисту оболонку присінника рота відсутній. Больова чутливість її не змінена. При пальпації з боку присінника рота немає ознак порушення цілісності кісткової тканини (лінія перелому проходить значно вище). Решта ознак відповідає таким, як при переломі по нижньому типу.

На рентгенограмі кісток лицевого скелета може визначитися порушення цілісності кісткової тканини у ділянці виличних дуг, великого крила клиновидних кісток і лобно-виличного шва, а також зниження прозорості верхньощелепних і клиновидній пазух. На бічних рентгенограмах є ознаки перелому тіла клиновидної кістки.

У клінічній практиці нерідко спостерігається поєднання типів переломів: на одній верхній щелепі по нижньому типу, на іншій — по середньому або комбінація середнього і верхнього типів переломів.

Васмундом описані інші варіанти переломів, коли вони починаються не в ділянці носолобного шва, а небагато нижче. Далі вони проходять, як при середньому і верхньому типах. Крім того, цим автором виділений сагітальний перелом верхньої щелепи, коли через певні обставини одна з верхніх щелеп ламається по середній лінії і по нижньому типу.

При переломах по середньому і, особливо, по верхньому типу можуть ушкоджуватися сусідні анатомічні утворення: очне яблуко, зоровий, окомоторний, відвідний, лицевий нерви. Нерідко виникає перелом основи черепа з розривом мозкових оболонок, що супроводжується ліквореєю з носа, вух або зклепіння носоглотки. Це небезпечно розвитком менінгіту, енцефаліту, абсцесу мозку. Перелом кам'янистої частини скроневої кістки супроводжується зниженням або втратою слуху. Разом із струсом, забоєм, здавленням головного мозку можуть бути субарахноїдальні крововиливи.

Приведені вище клінічні ознаки різних типів переломів верхніх щелеп визначаються не завжди достатньо чітко і в повному об'ємі. Інтерпретація їх іноді скрутна. Через це діагностика перелому верхньої щелепи достатньо складна і вимагає певного клінічного досвіду, уміння ретельно аналізувати скарги хворого і помічати малозначні, на перший погляд, об'єктивні ознаки.

Всі хворі з переломом верхніх щелеп повинні бути оглянуті невропатологом. Лікування їх нерідко проводять спільно з нейрохірургом, анестезіологом, реаніматологом, окулістом, отоларингологом, іноді психіатром. При переломі основи черепа ліквор в невеликих кількостях може поступати в ніс, стікати по задній стінці глотки. У цьому випадку хворий проковтує його разом із слиною (прихована лікворея). Хірург-стоматолог повинен знати її ознаки, що дозволяють, в поєднанні з іншими симптомами, запідозрити перелом основи черепа:

- посилення витікання рідини з носа при нахилі голови вперед, при натуженні або здавленні крупних вен шиї пальцями;
- симптом носової хустки: чиста носова хустка, змочена ліквором, при висиханні залишається м'якою, змочена носовими виділеннями — жорсткою («накрохмаленою»);
- симптом медичної серветки: за наявності домішок крові на чисту медичну серветку наносять невелику кількість виділень з носа; якщо в крові є ліквор, то на серветці утворюється червона пляма від крові з світлим ореолом по периферії (від ліквора);
- спинномозкова пункція, яка є не тільки достоїнним діагностичним прийомом (кров у лікворі), але і лікувальним заходом. Виконання спинномозкової пункції, як і ендолумбальне введення 1% розчину ураніна (фарбник) або радіоактивного фосфору, з метою виявлення прихованої ліквореї входить в компетенцію нейрохірурга або невропатолога.

У хворих з ліквореєю іноді виявляється травматична пневмоенцефалія — скупчення повітря в порожнині черепа, просторах, що містять ліквор. Вона є достовірною ознакою проникаючого пошкодження черепа, хоча спостерігається рідко при переломі основної, лобної пазух, гратчастого лабіринту.%.

Нижній тип перелому (Ле Фор I). Лінія перелому проходить в горизонтальній площині над альвеолярним відростком і склепінням твердого піднебіння. Починаючись біля краю грушоподібного отвору з обох боків, вона йде назад вище через дно верхньощелепних пазух, проходить через горб і нижню третину крилоподібних відростків клиновидної кістки. Іноді лінія перелому закінчується у ділянці лунок другого або третього великого корінного зуба. При цьому типі перелому відламується дно носа, дно верхньощелепних пазух, відбувається горизонтальний перелом перегородки носа. Він може бути одностороннім. Тоді обов'язково ламається піднебінний відросток верхньої щелепи в сагітальній площині.

При переломі верхніх щелеп по нижньому типу хворі скаржаться на біль у ділянці альвеолярного гребня верхніх щелеп, що посилюється при змиканні зубів або пережовуванні їжі, на неможливість відкусити їжу передніми зубами, на оніміння зубів і слизової оболонки ясен, на неправильне змикання зубів, відчуття чужорідного тіла в глотці, нудоту, утруднене носове дихання.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А.Завдання для самоконтролю (таблиці, схеми):



Види переломів верхньої щелепи за Ле Фором:

Б. Задачі для самоконтролю:

1. Хворий 32 років, був доставлений в щелепний-лицеве відділення з травмою, яку отримав під час роботи в шахті. Об'єктивно: подовження середньої третини обличчя, значні гематоми і набряк, які збільшуються у ділянці кореня носа, повік обох очей. Верхня щелепа зміщена донизу і назад, вільно рухлива разом з кістками носа, виличними кістками і очними яблуками. Пальпаторно визначається деформація, біль і патологічна рухливість у ділянці кореня носа, зовнішніх країв орбіт, крилоподібних відростків основної кістки. З носа незначна кровотеча з домішкою ліквора. (Відповідь: Перелом верхньої щелепи по Ле Фор III (верхній)).

2. У щелепний-лицевий стаціонар доставлений потерпілий після автомобільної аварії водій 35 років. Свідомість не втрачав. Об'єктивно: обличчя асиметричне за рахунок набряку м'яких тканин щічної ділянки справа, де є рвана рана 2х3 см., рот напіввідкритий. Верхня щелепа рухома, зуби зміщена вниз і продовжують рух за нижніми зубами. Кістки обличчя та носа нерухомі. Поставте попередній діагноз?(Відповідь: Відкритий перелом Ле Фор I (нижній)).

3. Хворий 40 років отримав побутову травму. При огляді спостерігається рухомість кісток носа, припухлість м'яких тканин лівої та правої виличних ділянок з розповсюдженням на тканини очниці, симптом "сходинки" по нижньому краю очниці та вилично-щелеповому шву зліва та справа, кровотеча з носа. Поставте попередній діагноз. (Відповідь: Перелом лівої верхньої щелепи по Ле Фор II(середній))

В.Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиночною правильною відповіддю. (a= 2)

1. При яких переломах верхньої щелепи відбувається відлом альвеолярного відростка від основи грушоподібного отвору до крилоподібного відростку основної кістки:

- A. по Ле Фор I (нижній тип)
- B. по Ле Фор II (середній тип)
- C. по Ле Фор III (верхній тип)
- D. по Васмунд I
- E. по Васмунд II

(Правильна відповідь: A)

2. При якому виді перелому верхніх щелеп відбувається перелом верхньощелепних кісток від носових кісток, дна очниці, вниз по вилично-щелепному шву до крилоподібного відростка основної кістки:

- A. по Ле Фор I (нижній тип)
- B. по Ле Фор II (середній тип)
- C. по Ле Фор III (верхній тип)
- D. по Васмунд I
- E. по Васмунд II

(Правильна відповідь: B)

3. При якому виді перелому верхніх щелеп відбувається відділення кісток лицевого скелету від мозкового в поперечному напрямку крізь основу носових кісток, зовнішній край очниці, виличну дугу та крилоподібний відросток основної кістки:

- A. по Ле Фор I (нижній тип)
- B. по Ле Фор II (середній тип)
- C. по Ле Фор III (верхній тип) •
- D. по Васмунд I
- E. по Васмунд II

(Правильна відповідь: C)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (не типові).

1. Хворий 30 років доставлений у відділення ШЦЛХ з приводу травми. Об'єктивно: у хворого головний біль, запаморочення, нудота, кровотеча з носа, та рота, обличчя має набряк в інфраорбітальній ділянці з обох боків, з переходом на очну ділянку. Верхні та нижні повіки з обох боків набрякли. Симптом окулярів з обох боків, відсутні фронтальні зуби, прикус і відкривання роту не порушені. Ваш попередній діагноз?

(Відповідь: Перелом кісток носа).

2. Хворого 40 років доставлено до щелепно-лицевого відділення з приводу травми виробничого характеру. Під час огляду серед інших виявлених так званий "симптом окулярів" в лівій половині обличчя. Лице асиметричне зліва. Відкривання рота болісне та обмежене. На нижній та верхній губі подряпини. При пальпації правої половини обличчя виникає біль в привушній та інфраорбітальній ділянці. Ваш попередній діагноз? (Відповідь: Перелом вилицевої кістки зліва).

3. Військовослужбовець отримав вогнепальне поранення в ділянку верхньої щелепи і доставлений в ОМедБ. При огляді відмічається об'ємне поранення правої половини обличчя, з переходом на привушну ділянку. На периферії рани звисають лоскути тканин, з рани відмічається виділення прозорої рідини. Вогнепальний канал глибокий, при інструментальному зондуванні зонд іде глибоко в тканини шиї. Ваш попередній діагноз? (Відповідь: Вогнепальне поранення біля вушної слинної залози та шиї зправа).

7. Література.

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2т. – Т.2/В.О.Маланчук, І.П.Логвіненко, Т.О.Маланчук, О.Л.Ціленко – К.: ЛОГОС, 2011. – С. 35-41, 56-66, 91-96.
2. Рузин Г.П. Краткий курс лекцій по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Геннадий Петрович Рузин – Киев: «Книга плюс», 2006 – С. 95-96, 119-122.
3. Невогнепальні пошкодження щелепно-лицевої ділянки: навч. посіб. для студ. стомат. факульт. вищих мед. навч. закладів IV рівнів акрид. та інтернів-стоматологів / під загальною ред. Рибалова О.В. – Полтава: ТОВ «Фірма Техсервіс», 2012. – С. 115-130.
4. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия: Руководство для врачей / Под ред. проф. В.Н.Балина и проф. Н.М.Александрова. 4-е изд., доп. и испр. – СПб.: СпецЛит, 2005. – С. 439-443.

5. Щелепно-лицева хірургія: підручник / О.О.Тімофєєв. – К.: ВСВ «Медицина», 2011. – С. 423-429, 435-444.
6. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство / под ред. А.А.Кулакова, Т.Г.Робустовой, А.И.Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 – С. 713-714, 716-717.
7. Стоматологія 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.Демяник. – Харків: Торнадо, 2006. – С. 136-137.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
Сумський державний університет
Медичний інститут

«Затверджено»
на засіданні кафедри
стоматології

Завідувач кафедри
д.мед.н.Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	4
Змістовний модуль №	4
Тема заняття	Пошкодження виличних кісток, кісток носа в мирний час. Класифікація, частота, клініка, діагностика, лікування, досягнення вітчизняних вчених, співробітників кафедри.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Переломи вилицевої кістки та дуги складають 9,8% від переломів верхньої щелепи. Переломи кісток носа зустрічаються частіше, ніж переломи верхніх щелеп. Значна частота цих пошкоджень є підставою для вивчення клінічних проявів переломів та методів їх лікування. Особливості вивчення клінічних проявів цих переломів полягають в тому, що іноді хворі до лікаря не звертаються, особливо в соціально не благодійних сім'ях. Отже завдання лікаря виявити за клінічними ознаками ці переломи.

2. Конкретні цілі:

- 2.1. Аналізувати статистику переломів вилицевої кістки та кісток носа в мирний час.
- 2.2. Пояснити патогенез переломів вилицевої кістки та кісток носа.
- 2.3. Запропонувати методи обстеження хворих з переломами вилицевої кістки та кісток носа в мирний час.
- 2.4. Класифікувати пошкодження вилицевої кістки, та кісток носа в мирний час.
- 2.5. Тракувати методи діагностики хворих з переломами вилицевої кістки та кісток носа в мирний час.
- 2.6. Малювати схеми, графіки переломів вилицевої кістки, кісток носа в мирний час.
- 2.7. Прораналізувати стан хворого при переломі вилицевої кістки та кісток носа в мирний час.
- 2.8. Скласти план лікування хворих з переломами вилицевої кістки та кісток носа в мирний час.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Нормальна анатомія.	Знати будову верхньої щелепи, анатомію м'язів які кріпляться до верхньої щелепи та інших кісток лицевого скелета, будову зубо-щелепної системи.
2. Загальна хірургія.	План обстеження хворого з травматичним пошкодженням.
3. Біофізика.	Біомеханіку зубо-щелепної системи..
4. Патологічна фізіологія	Етіологія та патогенез переломів верхньої щелепи.
5. Топографічна анатомія і оперативна хірургія.	Тракувати топографічну анатомію щелепно-лицевої ділянки в цілому і верхньої щелепи зокрема. Принципи оперативних доступів до різних відділів щелепно-лицевої ділянки.
6. Відновлювальна пластична хірургія щелепно-лицевої ділянки	Наслідки травматичних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки мирного часу, заходи щодо запобігання виникнення ускладнень та інвалідизації потерпілих.
7. Хірургічна стоматологія і щелепно-лицевої хірургія	Основні питання сполучної травми, взаємозв'язок органів і систем щелепно-лицевої ділянки.

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. Симптом "окулярів"	Виникає при переломі основи черепа
2. Гематоми нижніх повік ока або хибний "симптом окулярів"	Виникає при переломі кісток носа, та вилицевої кістки

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Види хірургічних методів лікування невогнепальних переломів вилицевої кістки.
2. Дати визначення поняттям «прямий та непрямий остеосинтез».
3. Види прямого остеосинтезу, показання та протипоказання до застосування, методики оперативних втручань.
4. Види непрямого остеосинтезу, показання та протипоказання до застосування, методики оперативних втручань.

5. Помилки та ускладнення під час та після застосування хірургічних методів лікування невогнепальних переломів вилицевої кістки та дуги.

7. Загальне (медикаментозне) лікування невогнепальних переломів вилицевої кістки та дуги в мирний час.

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

1. Оволодіти основним методами обстеження хворого з переломом вилицевої кістки, дуги та кісток носа в мирний час.

1.2. Провести додаткові методи обстеження хворого з переломом вилицевої кістки, дуги та кісток носа в мирний час.

1.3. Провести диференційну діагностику перелома вилицевої кістки, дуги та кісток носа з переломами інших кісток щелепно-лицевого відділу

1.4. Скласти план лікування хворого з переломом вилицевої кістки, дуги та кісток носа в мирний час.

1.5. Реабілітація хворого після перелому вилицевої кістки, дуги та кісток носа в мирний час.

5. Зміст теми:





При переломі вилицевої кістки та дуги хворий скаржиться на порушення відкриття рота, деформація обличчя в місці перелому. Втрата чутливості на місці перелому. у хворого відмічається диплопія на місці перелому. Прояви таких симптомів є показанням для проведення репозиції кісток. Найкращим терміном для репозиції є вправлення кісток в перші години. Або дні після перелому. Однак якщо у хворого відмічається тяжкий стан то її можна проводити навіть через 10-12 днів після травми. А інколи і в більш пізній термін.

Виділяють такі способи репозиції виличної кістки і дуги: 1) закриті (без розтину тканин); 2) відкриті внутрішньо ротові; 3) відкриті зовнішньо ротові; 4) внутрішньо носові (через верхньощелепну пазуху); 5) комбіновані.

Класифікація переломів кісток носа була запропонована в 1958 році Ю.Н.Волковим, яка записана в таблиці.

Клініка. Хворі скаржаться на деформацію спинки носа, носову кровотечу, набряк м'яких тканин. Крововилив в шкіру носа та повік, біль, порушення носового дихання. Також може бути струс головного мозку.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

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

Б. Задачі для самоконтролю:

1. У хворого 30 років має місце кровотеча із носа внаслідок падіння з драбини. Об'єктивно відмічається гематома нижніх повік ока з обох боків, набряк тканин спинки носа. При пальпації спинки носа відмічається болісність в носовій ділянці, рухомість кісток носа. Які додаткові методи обстеження треба призначити? (Відповідь: Рентгенівський знімок)

2. Хворий 35 років після бійки звернувся в клініку зі скаргами на утруднене відкриття рота, носове дихання, біль в правій половині обличчя при пальпації. Об'єктивно: гематома в правій підочній ділянці на нижньому та верхньому повіках, западіння правої вилицевої кістки. При пальпації нижнього краю очниці відмічається симптом сідців. Який попередній діагноз можна предположити? (Відповідь: Перелом вилицевої кістки).

3. Хворий 50-ти років отримав травму правої половини обличчя тупим предметом. Звернувся в клініку зі скаргами на біль, асиметрію обличчя, утруднене відкриття рота, набряк на правій половині щічної та підочної ділянок. (Відповідь: Перелом вилицевої кістки та дуги).

4. Хворий 25 років був доставлений в клініку після ДТП зі скаргами на біль в лівій половині обличчя, кровотечу із носа. Об'єктивно: ліва половина щічної ділянки набрякла, гематома в підочній ділянці яка переходить на нижню повіку. При пальпації відмічається крепітація в лівій підочній ділянці, больова чутливість. Який попередній діагноз можна поставити?

(Відповідь: Перелом вилицевої кістки з перфорацією в гайморову пазуху).

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиночною правильною відповіддю. (а= 2):

1. Носова лікворея говорить про перелом:

- A. Решітчастої або клиновидної кістки;
- B. Лобної кістки;
- C. Верхньої щелепи;
- D. Тіменної кістки.
- E. Нижньої щелепи

(Правильна відповідь: A)

2. Зміщення кісток носа біля його основи вказує на перелом:

- A. Кісток носа;
- B. Лобних відростків верхніх щелеп та кісток носа;
- C. Очниці;
- D. Перегородки носа.
- E. Верхньої щелепи

(Правильна відповідь: B)

3. Підшкірна крепітація при пошкодженні кісток носа говорить про перелом:

- A. Верхньої щелепи з розривом слизової оболонки;
- B. Решітчастої кістки з розривом слизової оболонки;
- C. Клиновидної кістки;
- D. Сконевої кістки.
- E. Вилицевої кістки.

(Правильна відповідь: B)

4. Поза ротову репозицію вилицевої кістки проводять за допомогою:

- A. Розпатора;
- B. Екскаватора;
- C. Бор машини.
- D. Крючка Лімберга
- E. Лопатки Буяльського.

(Правильна відповідь: D)

5. Визначити послідовність дій при переломі вилицевої дуги:

- A. вправлення розпатором та шинування відламку за допомогою лігатури та гіпсу;
- + B. вправлення відламку розпатором та залишити без фіксації;
- C. нічого не робити.

(Правильна відповідь: B)

6. Лікування переломів вилицевої кістки проводять:

- + A. консервативним методом;
- B. хірургічне ув'язування за допомогою лігатури;
- C. за методикою Фальтіна-Адамса.

(Правильна відповідь: A)

7. При відкритих переломах вилицевої кістки проводять:

- + A. вправлення виконують під час первинної хірургічної обробки;
- B. ушивання рани;
- C. нічого не роблять, загоєння проходить само по собі, вторинним натягом.

(Правильна відповідь: A)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (не типові задачі).

1. Хворий 32 років звернувся зі скаргами на біль та набряк в ділянці правої підочної та виличної ділянок, оніміння шкіри правої половини верхньої губи, кровотечу з носа, утруднене відкривання рота. Симптоми з'явилися після травми цієї ділянки. Який попередній діагноз можна припустити в даного пацієнта? (Відповідь: Перелом правої виличної кістки)

2. Хворий 53 років після отримання травми скаргиться на обмежене відкривання рота, кровотечу з носа, оніміння шкіри лівої підочної ділянки і нижньої повіки. Об'єктивно: спостерігається деформація обличчя за рахунок западіння м'яких тканин виличної ділянки зліва, наявність симптому "сходінка" в середній частині лівого нижнього краю очниці і в

ділянці вилично-альвеолярного гребеня. Встановіть попередній діагноз. (Відповідь: Перелом лівої вилицевої кістки зі зміщенням уламків)

3. У хворого 23 років встановлено перелом вилицевої кістки праворуч без зміщення уламків. Який метод лікування показаний хворому? (Відповідь: Консервативне лікування, холод)

7. Література.

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2т. – Т.2/В.О.Маланчук, І.П.Логвіненко, Т.О.Маланчук, О.Л.Ціленко – К.: ЛОГОС, 2011. – С. 66-77, 91-96.
2. Рузин Г.П. Краткий курс лекций по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Геннадий Петрович Рузин – Киев: «Книга плюс», 2006 – С. 97.
3. Невогнепальні пошкодження щелепно-лицевої ділянки: навч. посіб. для студ. стомат. факульт. вищих мед. навч. закладів IV рівнів акред. та інтернів-стоматологів / під загальною ред. Рибалова О.В. – Полтава: ТОВ «Фірма Техсервіс», 2012. – С. 131-138.
4. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия: Руководство для врачей / Под ред. проф. В.Н.Балина и проф. Н.М.Александрова. 4-е изд., доп. и испр. – СПб.: СпецЛит, 2005. – С. 517-524.
5. Щелепно-лицева хірургія: підручник / О.О.Тимофєєв. – К.: ВСВ «Медицина», 2011. – С. 431-434, 435-444.
6. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство / под ред. А.А.Кулакова, Т.Г.Робустовой, А.И.Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 – С. 715-716, 717.
7. Стоматологія 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.Демяник. – Харків: Торнадо, 2006. – С. 139-141.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
Сумський державний університет
Медичний інститут

«Затверджено»
на засіданні кафедри
стоматології

Завідувач кафедри
д.мед.н.Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	4
Змістовний модуль №	4
Тема заняття	Пошкодження кісток носа в екстремальних умовах: класифікація, частота, клініка, діагностика, лікування. Досягнення вітчизняних вчених, співробітників кафедри.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Знання клінічної картини, особливостей діагностики вогнепальних пошкоджень кісток носу дозволить лікарю-стоматологу раціонально організувати та надати медичну допомогу щелепно-лицевим пораненим як в умовах військового часу, так і в умовах екстремальних ситуацій.

2. Конкретні цілі:

- 1.1. Аналізувати статистику ушкоджень носа вогнепальних та в умовах надзвичайних ситуацій.
- 1.2. Пояснювати етіологію та патогенез вогнепальних ушкоджень кісток носа та ушкоджень кісток носу в надзвичайних ситуаціях.
- 1.3. Запропонувати методи діагностики ушкоджень кісток носу.
- 1.4. Класифікувати вогнепальні ушкодження кісток носу та ушкодження кісток носу в екстремальних умовах.
- 1.5. Тракувати дані додаткових методів дослідження пацієнтів з ушкодженнями кісток носу.
- 1.6. Проаналізувати клінічні ознаки вогнепальних та невогнепальних ушкоджень кісток носу та їх ускладнень.
- 1.7. Скласти план лікування пацієнта з вогнепальними ушкодженнями кісток носа або з ушкодженнями кісток носа в екстремальних умовах..

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

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
Топографічна анатомія та оперативна хірургія	Описувати анатомо-фізіологічні особливості ділянки носу.
Медицина катастроф	Володіти методами надання медичної допомоги пораненим з ушкодженнями кісток носу вогнепальними та в екстремальних ситуаціях на етапах медичної евакуації.
Загальна хірургія та військово-польова хірургія	Визначити характер вогнепального поранення, оглянути та обстежити пораненого, встановити діагноз, надати невідкладну допомогу.

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. Перелом	порушення анатомічної цілісності кістки унаслідок травми.
2. Редресація	Репозиція, співставлення

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Вивчити такі питання:

- 1.1. Загальна характеристика вогнепальних ран.
- 1.2. Класифікація вогнепальних ушкоджень кісток носу.
- 1.3. Клінічні ознаки вогнепальних пошкоджень кісток носу.
- 1.4. Основні методи діагностики вогнепальних ушкоджень кісток носу.
- 1.5. Клінічні ознаки безпосередніх, ранніх та пізніх ускладнень вогнепальних ушкоджень кісток носу.

4.3. Практичні завдання

1. Зупинити носову кровотечу методом прямої тампонади носу.
2. Зупинити носову кровотечу методом задньої тампонади носу.
3. Провести редресацію, фіксацію та иммобілізацію кісток носу.

5. ЗМІСТ ТЕМИ:

Вогнепальні переломи носових кісток

В період військових дій переломи цієї локалізації рідко бувають ізольованими. Важкість клінічної картини подібних поранень визначається ступенем пошкодження кісток і оточуючих тканин.

Частота пошкоджень складає 4,1% від вогнепальних поранень обличчя, та 7,0% від кількості поранених з пошкодженням кісток обличчя.

Вогнепальні пошкодження кісток носу супроводжуються зміщенням відламків та характеризуються наявністю осколків або дефекту кістки.

Найбільш важкими слід вважати дотичні поранення кулями і великими осколками, при яких виникає значне роздроблення носових кісток або повний їх відрив. При таких ушкодженнях відламки не тільки зміщуються, але інколи зовсім зносяться раним снарядом, унаслідок чого залишається частковий чи повний дефект носа або значна його деформація. Природно, що такі поранення майже завжди сполучаються з ушкодженнями верхньої щелепи та інших кісток обличчя, а також травмою ряду органів і тканин.

Діагностика вогнепальних переломів носових кісток нескладна. Вона базується на вивченні характеру пошкодження м'яких тканин, ходу ранового каналу, наявності деформації, рухомості відламків, даних рентгенографії.

При пораненнях носа у потерпілих відмічається носова кровотеча, кров витікає назовні або в носоглотку. При цьому можлива лікворея. Носове дихання стає утрудненим унаслідок obturaції порожнини носа кров'яними згустками, осколками, обривками м'яких тканин. Поранення супроводжується аносмією, яка може стати незворотною при ушкодженнях верхнього відділу порожнини носа.

При огляді ран в області носа слід користуватися носовим дзеркалом і лобним рефлектором.

Значна сльозотеча свідчить про переломи бокової стінки носа з ушкодженням нососльозового каналу або сльозового міхура, а підшкірна емфізема – про порушення придаткових пазух носа.

Із загальних явищ при важких пораненнях носових кісток можуть спостерігатися ознаки закритої травми головного мозку.

Лікування вогнепальних ушкоджень кісток носа

При наданні медичної допомоги пораненим з ушкодженнями кісток носа насамперед необхідно зупинити носову кровотечу методами тимчасової або постійної зупинки. При огляді рани видаляють осколки, що вільно лежать, сторонні тіла.

Відламки кісток носа слід репонувати елеваторами Волкова або кровоспинними затискачами з браншами, що ізольовані гумовими дренавальними трубками. Цими ж дренавальними трубками, введеними в носові ходи, відламки кісток фіксують. Ці дренавальні трубки до введення в носові ходи необхідно обгорнути шаром йодоформної марлі, просоченої вазеліновим маслом.

При поєднаному пошкодженні сльозових кісток відновлюють прохідність сльозових каналів. Для фіксації відламків сльозових кісток після їх репонування застосовують остеосинтез мініпластинами, або утримують відламки зовнішніми захисними пов'язками зі стенсу або пластмаси.

Після обробки рани, репонування та фіксації відламків кісток носа застосовують захисні контурні пов'язки, шину Шефтеля, призначають місцеву та загальну протизапальну й антимікробну терапію.

Поранених з пошкодженнями кісток носа лікують на ОмедБ (команда легко поранених), в щелепно-лицевих або ЛОР-відділеннях шпиталю для легкопоранених.

Матеріали для самоконтролю:

А. Завдання для самоконтролю:

1. Загальна характеристика вогнепальних ран.
2. Класифікація вогнепальних ушкоджень кісток носу.
3. Особливості вогнепальних ушкоджень кісток носу.
4. Методи діагностики вогнепальних ушкоджень кісток носу.
5. Клінічні ознаки безпосередніх ускладнень вогнепальних ушкоджень кісток носу.
6. Клінічні ознаки ранніх ускладнень вогнепальних ушкоджень кісток носу.
7. Клінічні ознаки пізніх ускладнень вогнепальних пошкоджень кісток носу.
8. Принципи лікування переломів кісток носу.
9. Поняття про тимчасову іммобілізацію відламків кісток.
10. Поняття про постійну або лікувальну іммобілізацію кісток.
11. Види фіксуючих засобів, що застосовуються при вогнепальних ушкодженнях кісток носу.
12. Безкровні методи репозиції та фіксації відламків кісток носу.
13. Хірургічні методи репозиції та фіксації відламків кісток носу.
14. Медикаментозне лікування поранених з вогнепальними ушкодженнями кісток носу.

Б. Задачі для самоконтролю:

4.1. Хворий 29 років звернувся до щелепно-лицевого відділення з приводу рани ділянки носа. Проведена первинна хірургічна обробка рани з накладанням глухих швів. При якому напрямку ліній швів можна досягти оптимального косметичного ефекту у даному випадку? (Відповідь: за силовими лініями).

4.2. Військовослужбовець отримав поранення в обличчя осколком снаряду. Об'єктивно: в підочній ділянці зліва та на перенісці рвана рана розміром 5,0x5,0 см, яка сполучається з верхньощелепною пазухою та порожниною носа. Вилична кістка та альвеолярний відросток верхньої щелепи зліва рухливі. Прикус відкритий та косий. На якому етапі медичної евакуації виконують міжщелепне зв'язування зубів за Айві? (Відповідь: на МПП).

4.3. На МПП доставлено пораненого з дотичним кульовим пораненням щелепно-лицевої ділянки та значним дефектом м'яких тканин ділянки носа та лоба. АТ 95/65 мм рт. ст., свідомість спутана, з рани – рясна кровотеча. Визначите об'єм першої лікарської допомоги на МПП. (Відповідь: зупинка кровотечі, накладання давлучої пов'язки, протишокова терапія, шадна евакуація в ОМедБ).

В. Тестові завдання з одиночною відповіддю

2.1. Вогнепальні поранення носа по відношенню до порожнин та придаткових пазух носа поділяють на ті:

- А. що поєднані з пошкодженнями верхньої щелепи
- В. що поєднані з пошкодженнями інших кісток
- С. що сліпі
- Д. що ізольовані
- Е. що проникають у порожнину носа або рота.

(правильна відповідь Е)

2.2. Вогнепальні поранення носа за характером пошкодження діляться на:

- А. Наскрізні, сліпі, дотичні, проникаючі у порожнини рота, носу, придаткових пазух;
- В. Забиті, розчавлені, колоті, різані, рублені, укушені;
- С. Поранення нижньої щелепи, верхньої щелепи, виличних кісток, кісток носу, декількох кісток;
- Д. Кульові, осколкові, мінновибухові, поранення кулеподібними та стрілоподібними елементами;
- Е. Ізольовані травми м'яких тканин, травми кісток щелепно-лицевої ділянки, сполучені травми.

(Правильна відповідь А).

2.3. Які типові ознаки поранення ділянки носа:

- А. Кровотеча, зяяння рани;
- В. Лікворея, зяяння рани;
- С. Загроза розвитку асфіксії, шоку;
- Д. Кровотеча, спотворення обличчя, неможливість користування звичайним протигазом;
- Е. Несправжній дефект та значний набряк тканин.

(Правильна відповідь Д).

Навчальні задачі III рівня (нетипові задачі)

1. Хворий 32 років звернувся зі скаргами на біль та набряк в ділянці носа, на рясну кровотечу з носа. Симптоми з'явилися після травми цієї ділянки. Який діагноз у даного пацієнта? Що повинен зробити лікар?

(Відповідь: перелом кісток носу. Необхідно зупинити кровотечу, провести редресацію, фіксацію та іммобілізацію кісток носа).

2. У воєнно-польовий шпиталь доставлено двох поранених з вогнепальними ушкодженнями носа та виличних кісток; одного з них доставлено із зони радіаційного ураження. Якому з поранених необхідно провести хірургічну обробку рани у першу чергу?

(Відповідь: пораненому з комбінованим радіаційним ураженням).

3. Військовослужбовець Р., 35 років отримав поранення осколком в обличчя. Була втрата свідомості, нудота, блювання. АТ 100/60 мм рт. ст. Об'єктивно: в підочній, виличній, носовій та щічній ділянках зліва виявлена рвана рана розміром 5,0x5,0 см, яка з'єднується з гайморовою порожниною та порожниною носа. Вилична кістка, кістки носа та альвеолярний відросток верхньої щелепи зліва рухомі. Про який діагноз можна думати? В якому медичному закладі здійснюється спеціалізована допомога пораненому?

(Відповідь: проникаюча вогнепальна поєднана травма щелепно-лицевої ділянки, перелом виличної кістки, кісток носа та альвеолярного відростку верхньої щелепи зліва. Спеціалізована допомога повинна надаватися в спеціалізованому військово-польовому хірургічному шпиталі (5-й етап).

Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Провести опитування хворого та на його основі зробити запис в історії хвороби.
2. Підготувати набір інструментів для обстеження постраждалого з переломом кісок носа.
3. Скласти схему обстеження, обґрунтувати діагноз та скласти план лікування постраждалого з переломом кісток носа.
4. Виконати місцеве знеболення, необхідне для надання допомоги постраждалому з вогнепальним пораненням носа.

7. Література.

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2т. – Т.2/В.О.Маланчук, І.П.Логвіненко, Т.О.Маланчук, О.Л.Ціленко – К.: ЛОГОС, 2011. – С. 78-84, 91-96.
2. Невогнепальні пошкодження щелепно-лицевої ділянки: навч. посіб. для студ. стомат. факульт. вищих мед. навч. закладів IV рівнів акрид. та інтернів-стоматологів / під загальною ред. Рибалова О.В. – Полтава: ТОВ «Фірма Техсервіс», 2012. – С. 136-138.
3. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство / под ред. А.А.Кулакова, Т.Г.Робустовой, А.И.Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 – С. 717-719.
4. Стоматологія 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.Демяник. – Харків: Торнадо, 2006. – С. 139-141.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
Сумський державний університет
Медичний інститут

«Затверджено»
на засіданні кафедри
стоматології

Завідувач кафедри
д.мед.н.Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	4
Змістовний модуль №	4
Тема заняття	Семинар. Пошкодження м'яких тканин щелепно-лищевої ділянки та кісток лицевого скелету у мирний час та в екстремальних умовах.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Знання методів транспортної та лікувальної іммобілізації відламків, етапного лікування поранених з вогнепальними пошкодженнями кісток лицевого скелету дозволить лікарю-стоматологу раціонально організувати та надати медичну допомогу щелепно-лицевим пораненим як в умовах військового часу, так і в умовах екстремальних ситуацій.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 1.1. Аналізувати етіологічні фактори, що сприяють виникненню травматичних пошкоджень в мирний час та в екстремальних умовах.
- 1.2. Пояснювати особливості статистичних показників травматичних пошкоджень різних ділянок обличчя.
- 1.3. Запропонувати план обстеження хворого з травмою щелепно-лицевої ділянки.
- 1.4. Класифікувати травматичні пошкодження щелепно-лицевої ділянки.
- 1.5. Трактувати принципи діагностики травматичних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки.
- 1.6. Малювати графологічну схему теми.
- 1.7. Проаналізувати результати лабораторних та інструментальних обстежень.
- 1.8. Скласти алгоритм дій лікаря під час клінічного обстеження хворого з пошкодженнями щелепно-лицевої ділянки.
- 1.9. Аналізувати результати клінічних обстежень хворих з вивихами і переломами зубів, переломами альвеолярного відростку.
 - 2.0. Запропонувати план лікування хворих з вивихами та переломами зубів, переломами альвеолярного відростку.
 - 2.1. Класифікувати різні види вивихів і переломів зубів, переломів альвеолярного відростку.
 - 2.2. Вміти виділяти основні клінічні прояви при вивихах і переломах зубів, переломах альвеолярного відростку.
 - 2.3. Оволодіти навичками діагностики при вивихах і переломах зубів, переломах альвеолярного відростку.
 - 2.4. Оволодіти навичками лікування вивихів і переломів зубів, переломів альвеолярного відростку.
 - 2.5. Вміти організувати лікування поранених з вивихами та переломами зубів, переломами альвеолярного відростку на етапах медичної евакуації.
 - 2.6. Розвивати творчі здібності в процесі клінічного та теоретичного дослідження проблемних питань травматології щелепно-лицевої ділянки військового часу та в умовах надзвичайних ситуацій.
 - 2.7. Аналізувати результати клінічних обстежень хворих з пошкодженнями м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.
 - 2.8. Запропонувати план лікування хворих з пошкодженнями м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки різної локалізації.
 - 2.9. Класифікувати різні види пошкоджень м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.
 - 3.0. Вміти виділяти основні клінічні прояви при пошкодженнях м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки в залежності від локалізації та травмуючого агента.
 - 3.1. Здійснити тимчасову та постійну зупинку кровотечі з і провести хірургічну обробку ран м'яких тканин обличчя.
 - 3.2. Виділити клінічні ознаки вогнепальних пошкоджень м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.
 - 3.3. Володіти навичками діагностики вогнепальних поранень м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.
 - 3.4. Пояснити етіологію та патогенез виникнення переломів нижньої щелепи мирного та військового часу. Основні та додаткові обстеження хворих з переломами нижньої щелепи мирного часу.
 - 3.5. Класифікувати переломи нижньої щелепи мирного та військового часу.
 - 3.6. Скласти план лікування хворих з переломами нижньої щелепи мирного та військового часу.
 - 3.7. Аналізувати клінічні прояви переломів верхньої щелепи мирного часу та військового часу.
 - 3.8. Основні та додаткові обстеження хворих з переломами верхньої щелепи мирного часу.
 - 3.9. Класифікувати переломи верхньої щелепи мирного та військового часу.
 - 4.0. Скласти план лікування хворих з переломами верхньої щелепи мирного та військового часу.

- 4.1.Аналізувати статистику переломів вилицевої кістки та кісток носа в мирний та в військовий час.
- 4.2.Класифікувати пошкодження вилицевої кістки, кісток носа в мирний та в військовий час.
- 4.3.Трактувати методи діагностики хворих з переломами вилицевої кістки та кісток носа в мирний час та в військовий.
- 4.4.Скласти план лікування хворих з переломами вилицевої кістки та кісток носа в мирний та військовий час.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ,ВМІННЯ,НАВИЧКИ,ЯКІ НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ(міждисциплінарна інтеграція)

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Топографічна анатомія.	Визначити пошкоджену анатомічну ділянку.
2. Загальна хірургія.	Здійснити тимчасову зупинку кровотечі.
3. Внутрішні хвороби.	Встановити діагноз непритомності, колапсу, шоку.
4. Фармакологія.	Призначити схему медикаментозного лікування постраждалому.
5. Рентгенологія.	Визначити необхідний для хворого метод обстеження.

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. Репозиція	Зіставлення відламків
2. Іммобілізація	Виключення з функції, знерухомлення

4.2. Перелік теоретичних питань до підсумкового модульного контролю (з типової навчальної програми).

1. Що таке травма?
2. Статистика травматичних пошкоджень ЩІД в мирний час та в умовах екстремальних ситуацій.
3. Класифікація пошкоджень кісток обличчя.
4. Класифікація пошкоджень м'яких тканин обличчя.
5. Основні методи обстеження постраждалого в амбулаторних умовах.
6. Додаткові методи обстеження постраждалих.
7. Особливості пошкоджень м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки мирного та військового часу. Особливості сучасного лікування.
8. Хірургічна обробка ран ,види швів,види повязок.
9. Особливості пошкоджень кісток лицевого скелета мирного та військового часу.
- 10.Переломи виличної кістки та дуги, переломи кісток носу, клініка,діагностика, лікування.
- 11.Травматична хвороба,клініка. діагностика, лікування.
12. Ранні та пізні ускладнення травматичних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки.
13. Особливості діагностики травматичних ушкоджень м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки мирного та військового часу.
- 14.Класифікація кровотечі.
- 15.Тимчасові методи зупинки артеріальної кровотечі.
- 16.Постійна зупинка кровотечі.
- 17.Визначення поняття “первинна хірургічна обробка рани”.
- 18.Особливості проведення первинної хірургічної обробки ран обличчя.
- 19.Види первинної хірургічної обробки.
- 20.Види швів.
- 21.Методи тимчасової іммобілізації при пошкодженнях кісток лицевого скелету.

4.3. Перелік практичних завдань та робіт до підсумкового модульного контролю.

- 1.Володіти методами обстеження хворого з травматичними пошкодженнями щелепно-лицевої ділянки.
- 2.Додаткові методи обстеження хворого з травматичними пошкодженнями щелепно-лицевої ділянки.
3. Провести курацію хворого з переломом верхньої або нижньої щелепами.

4. Заповнити амбулаторну медичну картку хворого з травматичними пошкодженнями щелепно-лицевої ділянки.
5. Скласти план лікування хворого з будь-яким травматичним пошкодженням щелепно-лицевої ділянки.
6. Реабілітація хворого після перелому верхньої щелепи.

5.ЗМІСТ ТЕМИ:

Класифікація пошкоджень щелепно-лицевої ділянки воєнного часу (за Кабаковим)

I. Механічні пошкодження верхньої, середньої, нижньої та бокової зон обличчя.

За локалізацією:

A. Травми м'яких тканин:

2. ізольовані з пошкодженням:

- а) язика; б) слинних залоз; в) великих нервів; г) великих судин;

2. поєднані.

B. Травми кісток:

- а) нижньої щелепи; б) верхньої щелепи; в) вилицевих кісток;

- г) кісток носу; д) двох кісток та більше.

За характером поранення: наскрізні, сліпі, дотичні поранення;

поранення, які проникають у порожнину рота, носа, гайморову пазуху.

За механізмом:

1. Вогнепальні пошкодження: кульові, осколочні, шароподібними та стрілоподібними елементами.

3. Невогнепальні пошкодження: забиті, колоті, різані, рублені.

II. Комбіновані пошкодження.

III. Опіки.

IV. Відмороження.

Всі поранення умовно поділяються на легкі, середньої тяжкості та тяжкі.

Пошкодження можуть бути ізольованими поодинокими, ізольованими множинними, сполученими ізольованими та сполученими множинними.

Анатомо-топографічні та фізіологічні особливості щелепно-лицевої ділянки, що обумовлюють особливості травм цієї області:

- велике кровопостачання, що обумовлює рясну кровотечу з крововтратою, пошкодження крупних та магістральних судин;
- рясна лімфатична система, що обумовлює швидкий розвиток набряку та високі регенераторні та протиінфекційні можливості тканин;
- багата та рясна іннервація ділянки, що обумовлює виражений больовий симптом та розвиток шоку, а в наслідках травм – парези та паралічі чутливих та рухливих нервів;
- наявність мімічної мускулатури, що обумовлює невідповідність зовнішнього виду пораненого тяжкості пошкодження за рахунок зяяння країв ран та спотворення обличчя;
- близькість життєво важливих органів – головного мозку, органу зору, слуху, нюху, що обумовлює розвиток синдрому взаємного обтяження та сполучених травм;
- наявність у бокових зонах та в ділянці дна порожнини рота великих слинних залоз, що обумовлює можливість пошкодження їх проток та паренхіми з утворенням травматичних слинних кіст, слинних нориць, стенозів та облітерації протоків;
- наявність клітковинних просторів, що обумовлює розвиток гнійних ускладнень пошкоджень та гнійних кишень;
- наявність зубів, пломб або ортопедичних конструкцій в порожнини рота, що служать вторинними снарядами, що пошкоджують, та обумовлюють розвиток асфіксії;
- наявність мікрофлори в порожнини рота, носа, рото- та носоглотки, що обумовлює гнійно-запальні ускладнення пошкоджень;
- неможливість самостійного прийому їжі та неможливість традиційного годування внаслідок пошкоджень тканин порожнини рота, щелеп, жувальних м'язів та м'язів глотки;
- неможливість використання звичайного протигазу за рахунок ран та розвитку набряку тканин.

При всіх вогнепальних пораненнях та пошкодженнях м'яких тканин обличчя, з точки зору **перебігу ранового процесу**, доцільно виділяти чотири періоди, згідно з якими і проводять лікувальні заходи.

Перший період – приблизно 48 годин після поранення – характеризується переважанням у рані явищ травматичного набряку без виражених ознак запалення інфекційного походження. Цей період слід вважати найбільш корисним для проведення первинної хірургічної обробки, а в деяких випадках – для первинних пластичних операцій.

Другий період – з третього дня після поранення до очищення рани та появи видимих грануляцій. Він характеризується, звичайно, наявністю в рані в тому чи іншому ступені виразності запальних процесів з явищами інфільтрації тканин довкола рани, ексудації, інколи нагноєння, а при проникаючих в ротову порожнину пораненнях – розвитком гнилісної інфекції. На кінець 8-12 діб при відсутності ускладнень закінчується відторгнення некротичних тканин, рана очищується та з'являються видимі на око грануляції. Задача лікування в цей період складається з відмежування запального процесу та прискорення відторгнення некротизованих тканин.

Третій період – гранулювання рани. Лікувальні заходи повинні бути спрямовані на прискорення росту грануляцій. Часто є показання до раннього вторинного шву і ранньої пластики.

Четвертий період – епітелізація та рубцювання рани. Якщо до 4-5 місяця не відбувається келоїдного переродження рубця, він становиться м'яким, рухомим, безболісним.

Евакуаційно-етапна система лікування ранених (за Опелем)

Поле бою (перша медична допомога):

- запобігання загрози смерті пораненого шляхом визволення з під завалів, гасіння палаючого одягу;
- тимчасова зупинка зовнішньої кровотечі шляхом накладання давлучої пов'язки;
- накладання на рану асептичної пов'язки з використанням пакету перев'язочного індивідуального (ППІ);
- надання пораненому положення обличчям униз для попередження асфіксії;
- усунення асфіксії шляхом звільнення верхніх дихальних шляхів від слизу, крові і можливих сторонніх тіл, фіксацію язика при його западанні;
- введення знеболюючого засобу за допомогою шприц-тюбика;
- прийом протиблювотних засобів (етапіразин) із аптечки індивідуальної (АІ);
- одягання на потерпілого шолому для поранених у голову у випадку ураження місцевості ОР та виніс потерпілого з місця поранення;
- введення антидотів ураженим отруйними речовинами;
- вгамування спраги із фляги пораненого (при тяжких пораненнях – один кінець бинта треба занурити у флягу з водою, другий – у рот пораненого).

Для надання першої медичної допомоги в першу чергу використовуються медичні засоби, які є у пораненого (АІ, ППІ, ППП).

Медичний пункт батальйону (долікарська допомога) доповнює першу медичну допомогу. Її головні завдання:

- контроль і виправлення раніше накладених пов'язок;
- введення знеболюючих чи серцевих препаратів;
- боротьба з асфіксією;
- тимчасова зупинка кровотечі;
- прийом антибіотиків;
- прийом антиблювотних препаратів (по показанням);
- зігрівання поранених, які знаходяться у шоковому стані;
- вгамування спраги;
- підготовка до евакуації.

Медичний пункт полку (перша лікарська допомога) передбачає проведення наступних заходів:

- зупинка кровотечі;
- усунення асфіксії усіх видів;
- здійснення транспортної іммобілізації при клаптевих рваних ранах м'яких тканин обличчя;
- виправлення неправильно накладених і сильно промокклих пов'язок;
- введення антибіотиків, серцевих та знеболюючих ліків;
- проведення протишовкових заходів;
- введення правцевого анатоксину при відкритих, особливо забруднених ранах щелепно-лицевої ділянки;

- вгамування спраги;
- заповнення первинної медичної картки;
- підготовка до евакуації.

Більша частина потерпілих з пошкодженнями щелепно-лицевої ділянки одержує медичну допомогу у перев'язочній МПП. Оптимальні строки надання першої лікарської допомоги 4-5 годин з моменту пошкодження (поранення).

Окремий медичний батальйон (кваліфікована медична допомога) пораненим у щелепно-лицеву ділянку передбачає проведення таких заходів:

- усунення асфіксії;
- остаточна зупинка кровотечі та боротьба з гострою крововтратою;
- попередження і боротьба з шоком;
- хірургічна обробка рвано-клаптевих і сильно забруднених землею ран обличчя;
- харчування поранених;
- підготовка до подальшої евакуації.

Первинна хірургічна обробка ран, як правило, не повинна проводитись в ОМедБ, як це було в другу світову війну. Зараз доказано (М.В. Мухін, Я.М. Збарж, Б.Д. Кабаков), що повноцінну і радикальну хірургічну обробку доцільно проводити в спеціалізованих шпиталях. Лікар-стоматолог оцінює ступінь поранення, уточнює діагноз, установлює чергу в наданні допомоги:

I черга – щелепно-лицеві поранені, що мають потребу у кваліфікованій хірургічній допомозі по життєвим показникам (з ознаками шоку, кровотечею, асфіксією);

II черга – поранені з явищами помірного порушення дихання, мови, з дуже промоклими пов'язками, а також усі поранені із сполученими та комбінованими пошкодженнями;

III черга – сліпі поранення;

IV черга – всі інші постраждали з легкими пораненнями.

Лікар-стоматолог проводить промивання порожнини рота розчинами антисептиків, організовує харчування поранених, гамування спраги. Крім того, він веде відбір і тимчасово госпіталізує нетранспортабельних. З цієї точки зору, перш за все, поранених розподіляють на дві групи:

- поранені, яких не буде в подальшому евакуйовано.
- поранені з дуже тяжкими пошкодженнями, їх залишають для тимчасової госпіталізації з метою виведення з цього стану. Відбір і тимчасова госпіталізація нетранспортабельних (на термін від 2 до 10 діб) проводиться по таким показникам: а) після перенесеної гострої крововтрати; б) стан шоку; в) загроза асфіксії; г) загроза кровотечі; д) необхідність у невідкладній хірургічній стоматологічній допомозі.

Оптимальні строки надання кваліфікованої медичної допомоги – 8-12 годин з моменту пошкодження (поранення).

Спеціалізований польовий пересувний хірургічний шпиталь (спеціалізована медична допомога):

- вичерпна допомога при кровотечі, асфіксії та шоку, якщо вона не була забезпечена на попередніх етапах;
- кінцева зупинка кровотечі та її профілактика;
- радикальна первинна хірургічна обробка ран м'яких тканин обличчя та ротової порожнини;
- кінцеве лікування усіх ран м'яких тканин за виключенням тих, що потребують багатоетапного лікування (відновлювальні операції за допомогою філатовського стебла чи складні комбіновані методики);
- лікування ранніх ускладнень та профілактика пізніх;
- проведення ранніх відновлювальних операцій за допомогою місцевих тканин, метода вільної пересадки тканин;
- спеціальний догляд та харчування поранених.

Поранені, які мають пошкодження м'яких тканин з значними дефектами та спотворенням обличчя, порушенням функції, які потребують довгострокового лікування (більше 2-х місяців) з використанням багатоетапних відновлювальних операцій направляються для подальшого лікування в спеціальні шпиталі внутрішнього району країни.

Ушкодження зубів - найбільш частий вид ушкоджень щелепно-лицьової області стосовно інших видів ушкоджень щелепно-лицьової області.

Травмі більшою мірою піддаються фронтальні зуби верхньої й рідше нижньої щелепи.

Ікла й моляри при забиттях, падіннях, ударах піддаються травмі надзвичайно рідко. Звичайно ці зуби ушкоджуються при насильницькому відкриванні рота в момент наркозу або при упорі на ці зуби під час видалення сусідніх зубів.

Забиття зуба – найбільш легкий вид травми – часто супроводжується крововиливом у періодонт і пульпу за рахунок розриву окремих кровоносних судин або судинно-нервового пучка.

Вивих зуба – супроводжується розривом волокон періодонта на більшому або меншому протязі. При цьому відзначаються зсуви зуба в лунці і його значна рухливість, іноді вбивання.

Розрізняють **вивих повний і неповний**; залежно від розмірів ушкодження періодонта. У зв'язку із цим корінь зуба може частково залишатися в лунці або повністю зміщатися за її межі.

Методи фіксації репонованих і реплантованих зубів.

1) Лігатурні вісімкоподібні пов'язки.

2) Гладка-шина-скоба, фіксована лігатурним дротом.

Переломи зубів - можуть спостерігатися в області коронки (без ушкодження або з ушкодженням пульпи), шийки або кореня. Переломи в області шийки й особливо в області кореня вірогідно можуть діагностуватися лише рентгенологічно.

Переломи зубів бувають поперечними, поздовжніми й косими.

Переломи альвеолярного відростка частіше зустрічаються на верхній щелепі. Значні його ушкодження нерідко супроводжуються вивихом відразу декількох зубів або їх переломами.

У всіх випадках переломів альвеолярних відростків щелеп спостерігається рухливість уламків і різного ступеня порушенням прикусу.

Лікування при переломах альвеолярних відростків полягає у фіксації відламків шинами з алюмінієвого або сталевго дроту (гладкими; з похилою площиною; бимаксиллярними із зачіпними гачками) або шинами-капами.

Невогнепальні ушкодження м'яких тканин

Садно – поверхнєве ушкодження шкіри без порушення її цілісності та прилеглих тканин. Лікування саден: антисептична обробка 0,12% р-ном хлоргексидина, 2-4% р-ном йоду, р-ном «Вокадина» та ін.

З 2-4 дня ведуть відкритим способом.

Забой – 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, зяння країв рани

Рвані рани: неправильна форма країв, відшарування або відрив тканин, крововиливи, часто наскрізні

Різані рани: лінійна або веретеноподібна форма, практично рівні краї, зяння 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 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, стеногічна асфіксія
7. В період загоєння ран рубцеві стягнення можуть викликати виворіт повік, крил носа, губи з розвитком слино-, слезотечі → спотворення обличчя.

Фази загоєння ран м'яких тканин:

1. Початковий період мікробного забруднення та очищення рани (0-48 годин)
2. Період дегенеративно-запальних змін (формування грануляційної тканини, зменшення лімфоїдної інфільтрації, збільшення кількості фібробластів, утворення сполучнотканинного матриксу) – (3-5-а доба)
3. Період активного росту фіброзної, епітеліальної тканини, ретракція рани, первинний рубець (5-12-а доба)
4. Завершення формування первинного рубця, зникнення набряку, інфільтрації оточуючих тканин – дегідратація, швидке наростання фіброзних та колагенових волокон (12-18-а доба)
5. Період остаточного формування рубця (до 0,5 – 1 року).

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, уводять 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 проведене за первинними показаннями 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 рані та ранового каналу
- видалення сторонніх тіл;
- накладання швів

Показання до видалення сторонніх тіл:

- поверхнєве їх розташування
- локалізація в щіліні перелому або поблизу крупних судин
- обмеження рухів нижньої щелепи
- порушення функцій дихання та вживання їжі
- виникнення та підтримка запального процесу
- локалізація в порожнині носа або у верхньощелепному синусі

Види швів:

– **первинний глухий шов** – накладається в перші 24-36 г за відсутності запальних явищ в рані та проведенні антибактеріальної терапії

- **первинний відстрочений шов** – накладається в перші 36-72 г при незначних запально-інфільтративних процесах
 - **вторинний ранній шов** – накладається на 5-12-у добу за відсутності запального процесу в рані
 - **вторинний пізній шов** – накладається на 12-20-у добу після висічення грануляцій
 - **пластинчасті шви:**
 - зближуючі (звичайні та кисетні) для постійного зближення країв рани з дефектом тканин
 - направляючі для зменшення натягу
 - розвантажуючі для тимчасового утримання шкірно-м'язових клаптів
 - утримуючі
 - шви для глухого закриття гранулюючі ран
 - **«обшивання»** країв рани – у випадках обширних 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
- 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 невирішене завдання.

Особливості вогнепальних ран обличчя:

1. Близькість головного мозку і часті його ушкодження різного характеру і ступеня в поєднанні з ушкодженнями ЩЛД.
2. Зосередження на обличчі практично усіх (крім тактильного) видів та органів чуття (зір, слух, нюх, смак) та часте їх поєднане ушкодження.
3. Безпосередня близькість до тканин і органів ЩЛД великих судинних та нервових стовбурів, ушкодження яких може призвести до тяжких ускладнень (кровотеча, параліч, контрактури, втрата чутливості та ін.)
4. Початкові відділи дихальної (гортань, трахея) і травної (глотка, верхня третина стравоходу) систем, ушкодження яких так само викликають ускладнення різного ступеня.
5. Велика кількість судинних сіток → масивна кровотеча.
6. Наявність мімічних м'язів → зяяння рани.
7. Наявність зубів → вторинні снаряди, сприяння виникненню ускладнень запального характеру, позитивне → опора для фіксуючих та іммобілізуючих нижню щелепу конструкцій.
8. Наявність добре вираженої клітковини, широка венозна сітка, анастомози її із судинами очних ямок та синусами мозку → розвиток менінгітів, енцефалітів, тромбозу синусів та ін.
9. Поранення бокових відділів обличчя → параліч мімічної мускулатури, стійки слинні нориці.
10. Етико-соціальна функція обличчя.
11. Тканини обличчя мають високу регенераторну здатність, стійкість до «місцевої» інфекції, загоєння з утворенням рубців, що містять невелику кількість грубоволокнистих елементів → багата іннервація, значне кровопостачання, висока напруженість клітинного імунітету.
12. Спеціальне харчування, особливий догляд.
13. Необхідність особливої конструкції протигазу.
14. Ушкодження органів слуху, зору, порожнини рота → утруднення в спілкуванні х оточуючими та орієнтації у просторі.

Особливості ПХО вогнепальної рани:

- Обробляючи рани при ротової 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 → профілактика слинних норичь.
- 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, зяння рани. Діагностика не викликає труднощів.

Сліпі поранення мають лише вхідний отвір, у рановому каналі є стороннє тіло, що становить небезпеку ушкодження великих судин, нервів, головного мозку, гортані → основа виникнення гнійних ускладнень у віддалені терміни. Діагностика проводиться на основі скарг, даних анамнезу, об'єктивного дослідження, рентгенологічного дослідження (як правило у 2-х проекціях, при не рентгеноконтрастних 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.

Переломи нижньої щелепи

Класифікація. Розрізняють односторонні, двосторонні, одиночні, подвійні, множинні переломи нижньої щелепи. Серед одиночних переломів виділяють переломи гілки нижньої щелепи (суглобового, вінцевого відростків, власне гілки) та її тіла (в межах зубного ряду).

Залежно від напрямку щілинні переломи можуть бути поперечними, подовжніми, косими, ракоподібними, зигзагоподібними, дірчастими.

Перелом нижньої щелепи може бути повним, проходячи через всю товщу кісткової тканини, і неповним (тріщина), коли цілісність компактної пластинки якогось відділу кістки не порушена.

Переломи нижньої щелепи в межах зубного ряду, як правило, відкриті, оскільки при зсуві відламків відбувається розрив не тільки окістя, але і пов'язаної з нею слизової оболонки альвеолярного відростка. Крім того, у випадку, коли в щілині перелому розташований корінь зуба, тоді вона сполучується через травмовану періодонтальну щілину з порожниною рота.

Клінічна картина і діагностика переломів щелеп.

При об'єктивному дослідженні оцінюють загальний стан хворого. . Необхідно виключити травматичні пошкодження інших областей. При зовнішньому огляді щелепно-лицевої ділянки можна визначити порушення конфігурації обличчя за рахунок посттравматичного набряку прищелепних м'яких тканин, гематоми, зміщення підборіддя убік. На шкірі обличчя можуть бути садна, синці, рани.

Пальпацію нижньої щелепи слід проводити в симетричних ділянках.

Слід визначити амплітуду руху головки суглобового відростка в суглобовій западині.

Услід за цим лікар повинен використати симптом навантаження, за допомогою якого можна виявити найбільш болючу ділянку, відповідну місцю передбачуваного перелому .

При переломі нижньої щелепи помірне зміщення відламків під впливом зусилля, що додається лікарем, супроводжується появою болу в ділянці перелому.

Потім оглядають порожнину рота. Хворому пропонують відкрити і закрити рот. Зменшення амплітуди руху нижньої щелепи може бути ознакою її перелому. При відкритті рота підборіддя іноді зміщується убік від середньої лінії (у бік перелому). У ділянці тканин присінника рота визначається гематома (слизова оболонка просочена кров'ю). При виникненні унаслідок перелому тіла нижньої щелепи вона розташовуватиметься з вестибулярного і язичного боку альвеолярного відростка. Локалізація гематоми відповідає ділянці перелому і співпадає з такою в прищелепних м'яких тканинах. Можна виявити розриви слизової оболонки альвеолярного відростка. .

Достовірною клінічною ознакою, що дозволяє не тільки встановити перелом, але і визначити його локалізацію, є симптом рухливості відламків щелепи .

Клінічні припущення повинні бути підтверджені рентгенівським дослідженням. Рентгенограми дозволяють уточнити характер перелому, ступінь зміщення відламків і наявність осколків, розташування щілини перелому, відношення коренів зубів до неї.

Верхні щелепи включають верхньощелепні пазухи, беруть участь в утворенні очної ямок і порожнини носа. Проте, через особливості своєї будови вони достатньо міцні і добре протистоять механічним діям.

Верхні щелепи щільно пов'язані з іншими кістками лицевого і мозкового скелета і основи черепа. При надмірному тиску вони можуть зламатися по певних лініях, які проходять по вузьких і тонких ділянках кістки, що проходять між порожнинами носа, очних ямок, верхньощелепних пазух. Ці слабкі місця вивчені Ле Фором, який встановив три основних типа переломів верхніх щелеп (нижній, середній і верхній), відомі в літературі по імені автора.

Переломи верхніх щелеп завжди відкриті, оскільки проходять у ділянці носа, його додаткових пазух. Слизова оболонка цих анатомічних утворень тонка і легко розривається навіть при незначному зміщенні відламків. При переломі однієї з верхніх щелеп частіше зустрічаються елементи зміщення, коли один з її відділів, під впливом удару, зміщується назад по відношенню до верхнього відділу щелепи, а у разі відламу всієї щелепи по відношенню до інших кісток лицевого скелету або основи черепа.

Відламки верхньої щелепи зміщуються під дією прикладеної сили, що продовжується, назад і вниз. Задня ділянка зміщується вниз за рахунок тяги медіальних крилоподібних м'язів.

Нижній тип перелому (Ле Фор I). Лінія перелому проходить в горизонтальній площині над альвеолярним відростком і склепінням твердого піднебіння. Починаючись біля краю грушоподібного отвору з обох боків, вона йде назад вище через дно верхньощелепних пазух, проходить через горб і нижню третину крилоподібних відростків клиновидної кістки. Іноді лінія перелому закінчується у ділянці лунок другого або третього великого корінного зуба. При цьому типі перелому відламується дно носа, дно верхньощелепних пазух, відбувається горизонтальний перелом перегородки носа. Він може бути одностороннім. Тоді обов'язково ламається піднебінний відросток верхньої щелепи в сагітальній площині.

При зовнішньому огляді конфігурація обличчя змінена за рахунок припухлості м'яких тканин верхньої губи, щік, зглаженості носогубних складок. Припухлість обумовлена посттравматичним набряком і крововиливом в тканини.

При огляді порожнини рота можна визначити крововилив по перехідній складці верхніх щелеп у межах всіх зубів, який розповсюджується на слизову оболонку верхньої губи і щік. Можливо крововилив у верхньому відділі крилоподібно-нижньощелепних складок, а при односторонньому переломі і по середній лінії твердого піднебіння. В цьому випадку можуть бути розриви слизової оболонки альвеолярного відростка в його передньому відділі.

При пальпації верхніх щелеп з боку присінника рота, дещо вище за перехідну складку, визначаються кісткові виступи (сходинки), нерівності або западиння. Ці ознаки чіткіше виявляються у ділянці вилично-альвеолярного гребеня, який має опуклий профіль, що дозволяє достовірно переконатися в порушенні його цілісності. Симптом навантаження перевіряють, натискаючи вказівним пальцем на крилоподібний відросток клиновидної кістки або його гачок (дещо до середини від верхнього відділу крилоподібно-нижньощелепної складки). За наявності перелому верхніх щелеп виникає біль в ділянці проходження його щілини.

Середній тип перелому (Ле Фор II). Лінія перелому проходить в ділянці з'єднання лобових відростків верхніх щелеп з носовими частинами лобових кісток і кістками носа (носо-лобні шви), потім по медіальних стінках очних ямок, обмеженою слізними кістками, орбітальними пластинками гратчастої кістки і латеральними поверхнями тіла клиновидної кістки, вниз до нижніх орбітальних щілин. Далі, по нижніх стінках очних ямок, які утворені орбітальними поверхнями верхніх щелеп і виличними кістками, орбітальними відростками піднебінної кістки, лінія перелому йде вперед, до нижньо-орбітальних країв, перетинає їх по вилично-щелепних швів або поблизу від них. Лінія перелому може пройти через підочні отвори. По передній стінці верхніх щелеп, уздовж вилично-щелепних швів, вона переходить назад на горби верхніх щелеп і крилоподібних відростків клиновидних кісток. При двосторонньому переломі може ламатися перегородка носа у вертикальній площині. Часто ламається гратчаста кістка з гратчастою пластинкою, тобто, основа черепа. Можливі струси мозку і перелом основи черепа не тільки в передній, але і в середній черепній ямці.

Скарги багато в чому аналогічні, як при переломі верхніх щелеп по нижньому типу. Конфігурація обличчя змінена внаслідок посттравматичного набряку і крововиливу у м'які тканини підочних ділянок і кореня носа. Синець локалізується у ділянці нижнього повіка, медіального кута ока (з розповсюдженням на шкіру кореня носа) і медіального відділу верхнього віка. Колір верхньо-зовнішнього квадранта орбітальних ділянок не змінений. Нерідко спостерігається крововилив під кон'юнктиву одного або обох очей. Кон'юнктива іноді виступає між зімкнутими повіками при вираженому просоченні їх кров'ю. Може бути підшкірна емфізема тканин обличчя. При горизонтальному положенні хворого обличчя стає пласким за рахунок зміщення відламка назад, при вертикальному — подовжується унаслідок зміщення щелепи вниз. Нерідко порушена больова чутливість шкіри підочних ділянок, нижніх повік, крила носа. При пальпації нижньо-орбітального краю часто визначається кістковий виступ (сходінка). Може бути кровотеча з носа, рота, носоглотки.

При огляді порожнини рота відмічається крововилив по перехідній складці верхніх щелеп у ділянці великих і частково малих корінних зубів, що розповсюджується на слизисту оболонку щік. При пальпації визначається кістковий виступ у ділянці вилично-альвеолярного гребеня і назад від нього. Больова чутливість слизової оболонки ясен знижена в межах різців, іклів і малих корінних зубів з обох боків. У ділянці великих корінних зубів вона не порушена. Решта об'єктивних ознак аналогічні таким, як при переломі в/щ по нижньому типу.

Верхній тип перелому (Ле Фор III). Лінія перелому проходить через носо-лобний шов, по внутрішніх стінці очних ямок до місця з'єднання верхньо-орбітальної і нижньо-орбітальної щілин. Далі вона переходить на зовнішню стінку очних ямок, утворених орбітальною поверхнею великого крила клиновидної кістки і виличної кістки, йде після неї вгору і наперед до її верхнього зовнішнього кута, який перетинає у ділянці лобно-виличного шва або поблизу від нього. Потім прямує назад і вниз по великому крилу клиновидних кісток і доходить до верхнього відділу крилоподібних відростків і тіла цієї кістки. Ламаються виличні відростки скроневих кісток і перегородка носа у вертикальній площині. При переломі по Ле Фор III відділяються кістки лицевого від кісток мозкового черепа. Це часто супроводжується струсом, забоєм, здавленням головного мозку, переломом основи черепа (слід пам'ятати анатомію стінок орбіти, через які проходить лінія перелому). Можуть переважати ознаки вказаних пошкоджень: втрата свідомості, ретроградна амнезія, блювота, головний біль, шум у вухах, брадикардія, брадиспное, ністагм, звуження зіниць, судоми, психічні порушення, лікворея з носа або вуха і т.ін. Слід знати ознаки, характерні для даного типу перелому, коли вони не замасковані симптомами ураження головного мозку.

При огляді обличчя хворого одутле, місяцеподібне. Є симптом окулярів, для якого характерний крововилив в тканини верхньої і нижньої повік, навколо орбітальної зони, в кон'юнктиву і клітковину орбітальних ділянок. У хворого, що знаходиться в лежачому положенні, обличчя сплюснене, у вертикальному положенні - обличчя подовжується. При цьому очні яблука зміщуються вниз, очна щілина розширюється. У хворого з'являється двоїння в очах, тому при розмові з лікарем хворий або прикриває одне око долонею, або підводить палець під очне яблуко, чим усуває диплопію. При змиканні зубів очні яблука переміщуються разом з дном очної ямки догори. Визначається екзофтальм унаслідок крововиливу в ретробульбарну клітковину. При пальпації тканин у ділянці кореня носа і верхньо-зовнішнього кута очних ямок, визначається крепітація або кістковий виступ, або і те і інше. При зміщенні верхніх щелеп можна встановити рухливість кісткового фрагмента. При відкриванні рота посилюється біль у цій ділянці за рахунок тиску вінцевого відростка на ділянку виличної дуги, що змістилася.

Всі хворі з переломом верхніх щелеп повинні бути оглянуті невропатологом. Лікування їх нерідко проводять спільно з нейрохірургом, анестезіологом, реаніматологом, окулістом, отоларингологом, іноді психіатром. При переломі основи черепа ліквор в невеликих кількостях може поступати в ніс, стікати по задній стінці глотки. У цьому випадку хворий проковтує його разом із слиною (прихована лікворея). Хірург-стоматолог повинен знати її ознаки, що дозволяють, в поєднанні з іншими симптомами, запідозрити перелом основи черепа:

- посилення витікання рідини з носа при нахилі голови вперед, при напруженні або притисканні крупних вен шиї пальцями;
- симптом носової хустки: чиста носова хустка, змочена ліквором, при висиханні залишається м'якою, змочена носовими виділеннями — жорсткою («накрохмаленою»);
- симптом медичної серветки: за наявності домішок крові на чисту медичну серветку

наносять невелику кількість виділень з носа; якщо в крові є ліквор, то на серветці утворюється червона пляма від крові з світлим ореолом по периферії (від ліквора);

- спинномозкова пункція, яка є не тільки достовірним діагностичним прийомом (кров у лікворі), але і лікувальним заходом. Виконання спинномозкової пункції, як і ендолумбальне введення 1% розчину ураніна (фарбник) або радіоактивного фосфору, з метою виявлення прихованої ліквореї входить в компетенцію нейрохірурга або невропатолога.

Переломи вилицевої кістки та дуги та кісток носу

При переломах вилицевої кістки та дуги хворий скаржиться на порушення відкривання рота, деформація обличчя в місці перелому. Втрата чутливості на місці перелому у хворого відмічається диплопія на місці перелому. Прояви таких симптомів є показанням для проведення репозиції кісток. Найкращим терміном для репозиції є вправлення кісток в перші години, або дні після перелому. Але, якщо у хворого відмічається тяжкий стан, то її можна проводити навіть через 10-12 днів після травми.

Виділяють такі способи репозиції виличної кістки і дуги: 1) закриті (без розтину тканин); 2) відкриті внутрішньо ротові; 3) відкриті зовнішньо ротові; 4) внутрішньо носові (через верхньощелепну пазуху); 5) комбіновані.

Клініка. Хворі скаржаться на деформацію спинки носа, носову кровотечу, набряк м'яких тканин. Крововилив в шкіру носа та повік, біль, порушення носового дихання. Також може бути струс головного мозку.

Вогнепальні пошкодження кісток носу супроводжуються зміщенням

відламків та характеризуються наявністю осколків або дефекту кістки.

Найбільш важкими слід вважати дотичні поранення кулями і великими осколками, при яких виникає значне роздроблення носових кісток або повний їх відрив. При таких ушкодженнях відламки не тільки зміщуються, але інколи зовсім зносяться ранимим снарядом, унаслідок чого залишається частковий чи повний дефект носа або значна його деформація. Природно, що такі поранення майже завжди сполучаються з ушкодженнями верхньої щелепи та інших кісток обличчя, а також травмою ряду органів і тканин. .

При пораненнях носа у потерпілих відмічається носова кровотеча, кров витікає назовні або в носоглотку. При цьому можлива лікворея. Носове дихання стає утрудненим унаслідок обтурації порожнини носа кров'яними згустками, осколками, обривками м'яких тканин. Поранення супроводжується аносмією, яка може стати незворотною при ушкодженнях верхнього відділу порожнини носа. При огляді ран в області носа слід користуватися носовим дзеркалом і лобним рефлектором.

Значна сльозотеча свідчить про переломи бокової стінки носа з ушкодженням нососльозового каналу або сльозового міхура, а підшкірна емфізема – про порушення придаткових пазух носа.

Із загальних явищ при важких пораненнях носових кісток можуть спостерігатися ознаки закритої травми головного мозку.

Лікування вогнепальних ушкоджень кісток носа

При наданні медичної допомоги пораненим з ушкодженнями кісток носа насамперед необхідно зупинити носову кровотечу методами тимчасової або постійної зупинки. При огляді рани видаляють осколки, що вільно лежать, сторонні тіла.

Відламки кісток носа слід репонувати елеваторами Волкова або кровоспинними затискачами з браншами, що ізольовані гумовими дренажними трубками. Цими ж дренажними трубками, введеними в носові ходи, відламки кісток фіксують. Ці дренажні трубки до введення в носові ходи необхідно обгорнути шаром йодоформної марлі, просоченої вазеліновим маслом.

6. Матеріали для самоконтролю:

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

Б. Задачі для самоконтролю:

1. У хворого 20 років був встановлений діагноз: травматичний перелом нижньої щелепи в ділянці 46,47 зубів зі зміщенням відламків. Об'єктивно: зуби інтактні, прикус ортогнатичний. Який вид постійної іммобілізації доцільно застосувати?

(Відповідь: назубна двощелепна дротяна шина з зачіпними гачками).

2. Хворий 24 років, поступив в клініку з діагнозом: перелом альвеолярного відростку лівої верхньої щелепи в ділянці 25,26,27 зубів без зміщення відламків. Яку шину слід застосувати для постійної іммобілізації?

(Відповідь: гладка шина-скоба за С.С.Тігерштедтом)

3. Хворий 35 років доставлений в щелепно-лицеве відділення після автомобільної катастрофи. Свідомість не втрачав. Об'єктивно: обличчя асиметричне за рахунок набряку тканин більше справа, рот напіввідкритий, верхня щелепа рухома та зміщена донизу. Який оптимальний вид постійної іммобілізації відламків слід застосувати?

(Відповідь: апарат Збаржа).

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиночною правильною відповіддю:

1. Що відносять до тимчасової іммобілізації відламків нижньої щелепи?

А. Гладка шина-скоба.

В. Міжщелепне лігатурне зв'язування зубів.

С. Шина Вебера.

Д. Стандартна стрічкова шина Васильєва.

Е. Шина Гунінга-Порта.

(Відповідь: В)

2. Який вид постійної іммобілізації застосовують при консервативному методі лікування переломів нижньої щелепи?

А. Лігатурне зв'язування зубів за Айві.

В. Прямий позаротовий остеосинтез.

С. Апарат (комплекс) Збаржа.

Д. Двощелепна шина Тігерштедта з зачіпними гачками.

Е. Остеосинтез за Фідершпілем.

(Відповідь: Д).

3. Що відносять до лікувальної іммобілізації відламків щелеп?

А. Міжщелепне лігатурне зв'язування зубів.

В. Прямий позаротовий остеосинтез.

С. Індивідуальна гіпсова праща.

Д. Остеосинтез.

Е. Остеосинтез за Фідершпілем.

(Відповідь: Д).

Г. навчальні задачі III рівня (нетипові задачі):

1. У хворого Р., 28 років встановлений діагноз: перелом нижньої щелепи в ділянці кута справа за межами зубного ряду зі зміщенням відламків. Складіть план лікування.

(Відповідь: 1) тимчасова іммобілізація (за необхідністю) – працююча пов'язка; 2) лікувальна іммобілізація – остеосинтез нижньої щелепи; 3) антимікробна терапія; 4) ФТЛ та ЛФК; 5) препарати, які прискорюють процеси репаративного остеогенезу).

2. У хворого, доставленого в спеціалізований шпиталь, є вогнепальний перелом нижньої щелепи на рівні правого кута. На малому фрагменті зуби відсутні, на великому – інтактні, нерухомі. Який метод лікування слід застосувати?

(Відповідь: остеосинтез нижньої щелепи).

1. У хворого М., 27 років, встановлено діагноз: двобічний ментальний перелом нижньої щелепи зі зміщенням відламків. Які методи лікування можна застосувати для даного хворого?

(Відповідь: консервативний – двощелепна шина Тігерштедта з зачіпними гачками або двобічний остеосинтез).

7. ЛІТЕРАТУРА:

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2т. – Т.2/В.О.Маланчук, І.П.Логвіненко, Т.О.Маланчук, О.Л.Ціленко – К.: ЛОГОС, 2011. – С. 3-90, 97-105, 109-116, 121-142.
2. Невогнепальні пошкодження щелепно-лищевої ділянки: навч. посіб. для студ. стомат. факульт. вищих мед. навч. закладів IV рівнів акрид. та інтернів-стоматологів / під загальною ред. Рибалова О.В. – Полтава: ТОВ «Фірма Техсервіс», 2012. – С. 24-138.
3. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия: Руководство для врачей / Под ред. проф. В.Н.Балина и проф. Н.М.Александрова. 4-е изд., доп. и испр. – СПб.: СпецЛит, 2005. – С. 10-16, 36-56, 75-107, 439-443, 489-491, 517-524, 543-547, 548-563.
4. Щелепно-лицева хірургія: підручник / О.О.Тімофєєв. – К.: ВСВ «Медицина», 2011. – С. 370-386, 389-392, 394-407, 418-429, 431-449.
5. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство / под ред. А.А.Кулакова, Т.Г.Робустовой, А.И.Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 – С. 697-711, 713-719, 724-736.
6. Стоматологія 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.Демяник. – Харків: Торнадо, 2006. – С. 8-60, 62-129, 136-146.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
Сумський державний університет
Медичний інститут

«Затверджено»
на засіданні кафедри
стоматології

Завідувач кафедри
д.мед.н.Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	4
Змістовний модуль №	4
Тема заняття	Тимчасова (евако-транспортна) іммобілізація при пошкодженнях кісток лицевого черепа: вимоги, види, недоліки та переваги. Постійна (лікувальна) іммобілізація щелеп назубними шинами, капами. Досягнення вітчизняних вчених, співробітників кафедри.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Знання методів транспортної та лікувальної іммобілізації відламків, етапного лікування поранених з вогнепальними пошкодженнями кісток лицевого скелету дозволить лікарю-стоматологу раціонально організувати та надати медичну допомогу щелепно-лицевим пораненим як в умовах військового часу, так і в умовах екстремальних ситуацій.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати методи іммобілізації відламків кісток лицевого скелету.
- 2.2. Пояснювати методи тимчасової іммобілізації відламків верхньої та нижньої щелеп.
- 2.3. Запропонувати методи тимчасової іммобілізації відламків виличної кістки, дуги та кісток носа.
- 2.4. Класифікувати засоби та методи постійної іммобілізації відламків нижньої та верхньої щелеп.
- 2.5. Тракувати методи постійної іммобілізації відламків кісток лицевого скелета.
- 2.6. Малювати схеми тимчасової та постійної іммобілізації відламків виличної кістки та дуги, кісток носа, щелеп.
- 2.7. Проаналізувати обсяг та порядок надання медичної допомоги пораненим з вогнепальними ушкодженнями кісток лицевого скелету на етапах медичної евакуації.
- 2.8. Скласти схему медикаментозної терапії поранених з вогнепальними ушкодженнями кісток лицевого скелету.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (МІЖДИСЦИПЛІНАРНА ІНТЕГРАЦІЯ)

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Медицина катастроф	Описувати організацію надання медичної допомоги щелепно-лицевим пораненим в структурі цивільної оборони
2. Загальна хірургія та військово-польова хірургія	Володіти методами тимчасової та лікувальної іммобілізації відламків кісток лицевого скелету. Визначити обсяг та порядок надання медичної допомоги пораненим з вогнепальними пошкодженнями кісток лицевого скелету.

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. Репозиція	Зіставлення відламків
2. Іммобілізація	Виключення з функції, знерухомлення

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Принципи лікування переломів кісток щелепно-лицевої ділянки?
 2. Що таке транспортна іммобілізація відламків кісток?
 3. На яких етапах медичної евакуації доцільно використовувати транспортну іммобілізацію?
 4. Види тимчасової іммобілізації відламків кісток обличчя і щелеп?
 5. Що таке постійна іммобілізація відламків кісток щелепно-лицевої ділянки?
 6. Види постійної іммобілізації відламків кісток щелепно-лицевої ділянки?
 7. На яких етапах медичної евакуації доцільно використовувати постійну іммобілізацію?
 8. Які методи постійної іммобілізації застосовують при переломах верхньої щелепи?
 9. Які методи постійної іммобілізації застосовують при переломах нижньої щелепи?
 10. Що таке консервативне лікування переломів щелеп?
 11. Назвіть види шин, які застосовують для лікування переломів щелеп.
 12. Назвіть правила накладання шин при переломах щелеп.
 13. Що таке остеосинтез, його види, показання, протипоказання.
 14. Які Ви знаєте апаратні методи лікування переломів щелеп?
1. Принципи лікування переломів кісток щелепно-лицевої ділянки?
 2. Що таке транспортна іммобілізація відламків кісток?
 3. На яких етапах медичної евакуації доцільно використовувати транспортну іммобілізацію?
 4. Види тимчасової іммобілізації відламків кісток обличчя і щелеп?
 5. Що таке постійна іммобілізація відламків кісток щелепно-лицевої ділянки?
 6. Види постійної іммобілізації відламків кісток щелепно-лицевої ділянки?

7. На яких етапах медичної евакуації доцільно використовувати постійну іммобілізацію?
8. Які методи постійної іммобілізації застосовують при переломах верхньої щелепи?
9. Які методи постійної іммобілізації застосовують при переломах нижньої щелепи?
10. Що таке консервативне лікування переломів щелеп?
11. Назвіть види шин, які застосовують для лікування переломів щелеп.
12. Назвіть правила накладання шин при переломах щелеп.
13. Що таке остеосинтез, його види, показання, протипоказання.
14. Які Ви знаєте апаратні методи лікування переломів щелеп?

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

1. Оволодіти навичками виготовлення та накладання м'яких пов'язок, індивідуальних гіпсових пов'язок, лігатурного зв'язування зубів, стандартних та індивідуальних шин.
2. Засвоїти навички надання медичної допомоги щелепно-лицевим пораненим на етапах медичної евакуації.
3. Провести курацію щелепно-лицевого пораненого.

5.ЗМІСТ ТЕМИ:

Тимчасова (транспортна) іммобілізація відламків нижньої щелепи. Для тимчасової іммобілізації відламків щелепи найбільш ефективним є накладання стандартної транспортної пов'язки, яка складається з головної опірної шапочки Збаржа і жорсткої підборідної праці Ентіна. Шапочку закріплюють так, щоб вона щільно лежала на голові, охоплюючи лобні і потиличні горби, а кінці стрічки її зав'язують на лобі. З допомогою гумової тяги пращу з'єднують з головною шапочкою. В залежності від кількості і довжини застосованих еластичних тяг пращі можна надати роль давлючої чи підтримуючої пов'язки.

Давлючі пов'язки використовуються: а) для зупинки кровотечі; б) при всіх переломах верхньої щелепи з збереженням більшості зубів на обох щелепах – давлюча пов'язка в цих випадках дозволяє поставити в правильну окклюзію відламки верхньої щелепи шляхом притискання до неї здорової нижньої щелепи; в) при переломах нижньої щелепи за межами зубного ряду при наявності зубів на обох щелепах. При всіх інших переломах накладення давлючих пов'язок протипоказано в зв'язку з можливим додатковим зміщенням відламків нижньої щелепи, посиленням болі і погіршенням зовнішнього дихання.

При відсутності стандартної транспортної пов'язки найпростішим методом фіксації може служити підборідно-тім'яна пов'язка із марлевого бинта, звичайна бинтова пов'язка, але з еластичною тягою, яку легко зробити з допомогою булавок і гумок.

Інколи замість шапочки можуть бути використані пілотка, шолом танкіста, льотчика, а замість пращі – друга пілотка, кусок ремня чи гуми, кора дерева та ін. Таку імпровізовану пращу легко прикріпити до головного убору за допомогою булавок і гумових тягів. В зимовий час замість пращеподібної пов'язки можна використати звичайну шапку-вушанку, яка одночасно може виконувати роль і шапочки і підборідної пращі. Для цього потрібно опустити клапани шапки-вушанки і зав'язати їх, попередньо наклавши на підборіддя пов'язку із ППІ. Еластична тяга досягається за допомогою гумок, закріплених булавками.

При переломах нижньої щелепи в межах зубного ряду (якщо на кожному відламку є не менше двох стійких зубів і на верхній щелепі є антагоністи) для тимчасової іммобілізації відламків може бути застосований метод лігатурного зв'язування зубів. Для цього необхідні: 1) лігатурний дріт (бронзово-алюмінієвий чи сталевий діаметром 0,3-0,4 мм); 2) анатомічний пінцет; 3) кровоспинний затискач Пеана; 4) коронкові ножиці.

Найбільш ефективна і проста наступна методика лігатурного зв'язування зубів. Дріт з допомогою анатомічного пінцету вводять між двома поряд стоячими зубами в напрямку від вестибулярної до язикової сторони. Потім ним охоплюють шийку одного з зубів і знову виводять через сусідній міжзубний проміжок в присінник рота. Далі цим же кінцем дроту охоплюють обидва зуби з вестибулярної сторони, а вільний від лігатури зуб – з язикової поверхні. Кінець дроту виводять з порожнини рота в присінник між зубами, що зв'язуються, так, щоб він виявився рядом з іншим кінцем дроту, причому один кінець повинен розміщуватися над петлею, що прилягає до шийок зубів з вестибулярної сторони, а другий – під нею. Кінці лігатури зближують, підтягують кровоспинним затискачем і скручують між собою. Аналогічним способом накладають лігатуру на зуби-антагоністи. Під контролем прикусу відламки нижньої щелепи встановлюють в правильне положення і закріплюють, скручуючи між собою попарно кінці лігатур на верхній і нижній щелепах.

Міжщелепна фіксація дротяними лігатурами не повинна тривати більше 4-5 діб із-за небезпеки розхитування зубів. Лігатурне зв'язування зубів протипоказано при загрозі кровотечі з порожнини рота і блювання, а також пораненим, які підлягають евакуації повітряним чи морським транспортом (можливість блювання в дорозі).

Лікувальне закріплення відламків щелеп ортопедичними методами

При лікуванні переломів щелеп перед спеціалістами стоїть задача не тільки відновити безперервність і анатомічну форму пошкодженої кістки, забезпечити нормальні взаємовідносини зубних рядів верхньої і нижньої щелепи, але й повернути жувальним м'язам їх функцію, досягти повноцінного жування. Одним з головних лікувальних заходів, що застосовуються при переломах щелеп, є вправлення і надійна фіксація відламків на весь період зростання перелому. Найбільш ефективним і доступним методом лікувального закріплення відламків нижньої щелепи слід вважати назубні шини, які можуть бути індивідуальними і стандартними. Індивідуальні шини запропоновані вперше С.С. Тігерштедтом в 1916 році. Бувають гладкими (однощелепні) і з зачіпними петлями та гумовою тягою (двощелепні).

Частіше всього при переломах щелеп користуються шинами з алюмінієвого дроту з зачіпними петлями і міжщелепною тягою гумовими кільцями. Такі шини сприяють безпосередньому відновлюванню зубної оклюзії і дозволяють одержати надійну фіксацію відламків до утворення кісткової мозолі.

При виготовленні і накладенні шин з зачіпними петлями необхідні додатково наступні інструменти і матеріали: 1) клямпові щипці; 2) напилки для металу напівкруглий; 3) алюмінієвий дріт діаметром 1,5-1,8 мм, довжиною 20 см; 4) гумові кільця різного діаметру – 0,5-0,8 см.

Для виготовлення шини беруть відрізок попередньо проколеного алюмінієвого дроту, один кінець якого закругляють напилком і вигинають у вигляді півкільця кругом шийки останнього дистальне розташованого зуба або у вигляді шипа вклинюють в міжзубний проміжок.

Потім, відступивши 1 см, вигинають першу зачіпну петлю (гачок). Вигинання послідовних зачіпних петель проводять під контролем примірки на зубній дузі з таким розрахунком, щоб вони розміщувались відповідно щічної чи губної поверхні зуба, причому загальне число зачіпних петель повинно бути не менше 6 (по 3 з кожного боку). Необхідно уникати розміщення гачків над вуздечкою нижньої губи і під вуздечкою верхньої губи, а також над ясеневими сосочками. Гачки шини нижньої щелепи повинні протистояти гачкам шини на верхній щелепі, що дозволяє одержати вертикальну тягу при допомозі гумових кілець. Висота гачків не повинна перевищувати 3-4 мм, так як вони можуть травмувати слизову оболонку щік і губ. Щоб уникнути тиску на ясна, гачки слід вигнути під кутом 45° до горизонтальної площини.

Шина повинна мати контакт з щічною чи губною поверхнею кожного зуба. При відсутності зубів в області щілини перелому на шині виготовляють розпірковий вигин у вигляді букви "П". Другий кінець шини розміщують також у вигляді напівкільця або шипа. Після виготовлення шини не слід проводити на ній додаткових вигинів, для уникнення її деформації.

Виготовлену шину фіксують до зубів лігатурами з латунного, бронзово-алюмінієвого дроту чи дротом з нержавіючої сталі діаметром 0,3-0,4 мм. За допомогою анатомічного пінцету один з кінців дроту вводять під шиною в міжзубний проміжок зі сторони присінника в ротову порожнину. Потім знову захоплюють його пінцетом і обгинаючи шийку зуба, проводять в наступний міжзубний проміжок так, щоб він вийшов в присінник рота над шиною. Після цього, притискаючи шину пальцем до зубної дуги, клямповими щипцями або кровоспинним затискачем Пеана з натягом закручують обидва кінці лігатури разом "по ходу годинникової стрілки", добиваючись щільного прилягання шини до шийок зубів, надлишки лігатурного дроту зрізають коронковими ножицями, а кінці, що залишились, довжиною 4-5 мм пригинають до шини так, щоб вони не травмували слизову оболонку ясен, губи чи щоки.

Для витягування відламків і закріплення їх в правильному положенні на зачіпні петлі верхньощелепної і нижньощелепної шин надягають кільця. При важко вправних тугорухливих відламках нижньої щелепи, для здолання опору м'язів, гумові кільця надягають в косому напрямку. Далі слід спостерігати за відламками і при досягненні правильного положення по прикусу зафіксувати їх, змінивши косий напрямок гумових кілець на вертикальний.

При переломах суглобового відростку нижньої щелепи з вираженим зміщенням відламків на стороні пошкодження між верхніми і нижніми малярами помішують гумову прокладку завтовшки 3-5 мм, а потім надягають гумові кільця для міжщелепного витягання.

Крім двощелепних гнутих дротяних шин застосовують також однощелепні (гладка шина-скоба) шини, які можуть бути гладкими чи з розпірковим вигином. Застосування таких шин обмежено внаслідок неможливості відновлення окклюзії і отримання абсолютної нерухомості відламків, особливо при вогнепальних багатооскольчастих переломах щелеп. Їх виготовляють лише в тих випадках, коли перелом нижньої щелепи знаходиться в межах зубної дуги і нема зміщення відламків, і при наявності на кожному з відламків не менш 2-3 стійких зубів. Однощелепні шини застосовують також і при лікуванні переломів альвеолярного відростку і вивихів зубів, якщо по сторонах від місця пошкодження є 2-3 опорних зуби.

Незважаючи на широке застосування гнутих дротяних шин, вони мають ряд недоліків: важкість і тривалість виготовлення; травмування зачіпними петлями слизової оболонки губ і щік; складність гігієнічного утримання порожнини рота внаслідок окислення алюмінієвого дроту; перешкода правильному змиканню зубних рядів при наявності глибокого прикусу; неможливість заготовки шин про запас.

В.С. Васильєвим в 1967 р. в клініці щелепно-лищевої хірургії ВМА ім. С.М. Кірова були запропоновані і впроваджені в лікувальну практику стандартні назубні стрічкові шини, що виготовляються методом штампування з листової нержавіючої сталі марки Х18НVT або Х18Н10Т завтовшки 0,5 мм.

Шини представляють собою стрічки довжиною 134 мм і шириною 2-3 мм. Вони мають 14 готових зачіпних гачків, які розміщені у вигляді трьох груп і зігнуті в одну сторону. Дві крайні групи по 5 гачків в кожній розміщені по різні сторони стрічки, а третя (4 гачки) – в середній частині шини (малюнок 5). Таке розміщення зачіпних гачків не перешкоджає правильному змиканню зубних рядів у потерпілих.

Шини слід закріпляти на зовнішній поверхні зубної дуги так, щоб 4 зачіпних гачки в середній частині шини розміщувались в області передніх зубів попарно і симетрично від середньої лінії. Необхідну довжину шини попередньо визначають в роті хворого на зовнішній поверхні зубного ряду при допомозі лігатурного дроту. Вимірювання проводять від середньої міжрізцевої лінії окремо для кожної його сторони, надлишки шини зрізають. Кінці шини закінчують або вільно на зовнішній поверхні зубів, або у вигляді вузьких шипів вводять в міжзубні проміжки. Фіксацію шин здійснюють лігатурним дротом діаметром 0,3-0,4 мм послідовно від одного зуба до другого, починаючи від кінця шини на більшому відламку щелепи. В області бокових зубів лігатури проводять звичайним способом, в області ж передніх зубів їх доцільно проводити у вигляді вісімки, що дозволяє одержати найбільш надійну фіксацію у фронтальному відділі і попереджає зісковзування шини. При наявності в зубному ряді мостоподібних протезів шину до них закріплюють також у виді вісімки, але основна петля лігатурного дроту повинна розміщуватись не горизонтально, а вертикально, охоплюючи міжзубну борозну тіла мостоподібного протезу.

Після накладення шини на зачіпні гачки надягають гумові кільця. Розміщують їх рівномірно від одного кінця шини до другого. При малій відстані між гачками шин верхньої і нижньої щелепи для одержання необхідного еластичного натягу гумові кільця слід надягати не на два, а на три-чотири і більше гачків.

Досвід застосування стандартних назубних стрічкових шин в клініці показав, що вони спрощують і прискорюють шинування хворих і не заважають правильному співставленню зубних рядів при глибокому прикусі. Після стерилізації їх можна застосовувати повторно.

Порівняна простота накладення стрічкових назубних шин дозволяє здійснювати шинування щелеп середнім медперсоналом.

Закріплення відламків при переломах верхньої щелепи є одною з найважчих проблем щелепно-лищевої травматології. Дуже важливо при цьому враховувати локалізацію перелому. Закріплення відламків здійснюють як з допомогою внутрішньо-ротових, так і внутрішньо-позаротових назубних шин і апаратів. Що до останніх, то від назубних шин відходять позаротові стержні, які з'єднуються з опірною головною пов'язкою.

При часткових переломах альвеолярного відростку верхньої щелепи і вивиху зубів, коли з обох боків від місця перелому є 2-3 опірних зуба, слід використовувати гладку шину-скобу з алюмінієвого дроту, яку прив'язують до зубів лігатурним дротом. Якщо відламок альвеолярного відростка розміщується в передньому відділі і зміщений в піднебінну сторону, то шину треба згинати, відступивши від зміщених зубів попереду і навіть за межі їх нормального розміщення на 1-2 мм. Тільки після того, як шина прив'язана до здорових зубів, відламок поступово притягують до дуги дротяними лігатурами чи гумовими кільцями. При

опущенні відростку може бути застосована шина з виступаючою петлею. Якщо ж зуби, що опустилися донизу можна репонувати вручну, то їх необхідно закріпити спеціальною лігатурною петлею, перекинутою через ріжучий край чи жувальну поверхню.

Для утримання уламків піднебінних і альвеолярних відростків, а також клаптів м'яких тканин і тампонів на верхній щелепі застосовують шину з опірною площиною. При наявності всіх зубів такі шини вигинають по внутрішній поверхні премолярів і молярів, не торкаючись до фронтальних зубів. Шину прив'язують до зубів лігатурним дротом, кінці якого закручують зі сторони присінника порожнини рота. Коли в зубному ряді відсутні декілька зубів, шину вигинають по зовнішній поверхні зубної дуги, а опірну площину виводять на піднебінну сторону через проміжок в області відсутніх зубів.

При переломах альвеолярного відростку в області корінних зубів зі зміщенням, а також при однобічних переломах тіла верхньої щелепи при наявності всіх чи більшості зубів слід застосовувати міжщелепне еластичне витягіння і скріплення за допомогою назубних шин з зачіпними петлями (гачками). В деяких випадках для підсилення міжщелепного витягіння на стороні пошкодження між зубами верхньої і нижньої щелепи слід поміщати прокладки з гуми завтовшки 3-5 мм.

При переломі альвеолярного відростку верхньої щелепи на протязі всього зубного ряду однієї тільки внутрішньоротової фіксації недостатньо. Її слід поєднувати з зовнішньою еластичною тягою при допомозі жорсткої підборідної праці чи пов'язки З.Н. Померанцевої-Урбанської.

В більшості випадків двохсторонніх невогнепальних і вогнепальних переломів верхньої щелепи слід застосовувати двощелепне шинування з міжщелепним еластичним витягінням. Нижня щелепа при цьому повинна бути підтягнута і не порушене закріплена підборідковою пращею до головної опірної шапочки.

При переломах верхньої щелепи зі зміщенням до заду може бути застосована наступна методика лікування. На обидві щелепи накладають назубні шини з зачіпними гачками, прикус роз'єднують гумовими прокладками і встановлюють міжщелепну еластичну тягу. Додатково проводять позаротове витягіння щелепи вперед сталлюю спицею, фіксованою до головної гіпсової шапочки. Позаротове скелетне витягіння щелепи вперед можна також проводити і через біляліжковий блок з дозованим навантаженням, але хворий при цьому повинен лежати в ліжку.

При важких переломах верхньої щелепи широке застосування отримали назубні шини і апарати з позаротовими стержнями, які виводять з порожнини рота і фіксують до головної шапочки.

Так, в роки Великої Вітчизняної війни застосовували виту цільногнутому дротяну шину, з позаротовими стержнями, яку докладно описав Я.З.Збарж. Автор рекомендує два варіанти вигинання таких шин. При першому варіанті беруть відрізок алюмінієвого дроту завтовшки 1,5-1,8 мм довжиною 75-80 см, кінці дроту довжиною 15 см кожен загинають назустріч один одному. Потім здвоєні кінці дроту закручують у вигляді спіралі. Для того, щоб спіралі були рівномірними, слід дотримуватись наступних умов: 1) при закручуванні кінці дроту повинні бути під кутом не більше 45°; 2) один відросток повинен мати напрям витків по годинниковій стрільці, другий – проти годинникової стрілки. Середня частина дроту між останніми витками спіралей повинна бути рівна відстані між премолярами.

При другому варіанті беруть відрізок алюмінієвого дроту такої ж довжини, як і в попередньому випадку і вигинають його так, щоб внутрішньоротова частина шини і відростки позаротової частини визначались зразу, при цьому основи відростків повинні припадати на область перших премолярів, а середня частина шини – на область фронтальних зубів. Після закручування позаротових стержнів їх, як і в першому варіанті, вигинають поверх щоки в напрямку до мочок вушних раковин і з допомогою з'єднуючих стержнів, що йдуть вертикально, прикріплюють до головної гіпсової пов'язки. Нижні кінці з'єднуючих стержнів загинають доверху у вигляді гачка і з'єднують з відростком шини за допомогою лігатурного дроту, а верхні кінці з'єднуючих стержнів загіпсовують в опірну головну пов'язку. Для більш рівномірного положення відламків доцільно на кожній стороні робити по два з'єднуючих стержня.

В післявоєнний період Я.М.Збаржем, А.І. Орловим, К.А. Петровим та ін. були запропоновані стандартні апарати для закріплення відламків верхньої щелепи. Найбільш вдалим з них є апарат, запропонований Я.М.Збаржем. Він складається із шини з позаротовими

стержнями, опірної головної пов'язки (шапочки), з'єднуючих стержнів і муфт. Внутрішньоротова частина шини представляє собою подвійну дугу, яка після індивідуальної підгонки повинна щільно охоплювати коронки зубів з щічної і піднебінної сторін. До зубів дугу прив'язують лігатурним дротом. Для фіксації тампону на піднебінні на шині може бути створена опірна площина. Позаротова частина шини утворена двома дротяними стержнями, що відходять від зовнішньої дуги шини на рівні премолярів. Стержні мають спеціальний згин, який забезпечує вільний вихід з порожнини рота.

Опірна головна пов'язка утворена подвійною шворкою з пришитими до її верхньої поверхні вісьмома подвійними шворками, що закінчуються на кінцях петлями. З допомогою шнурка, проведеного через петлі всіх шворок, утворюється коло, величину якого в залежності від розмірів голови можна міняти. На бокових поверхнях головної пов'язки є опірні металічні планки з осями, на які насаджені з'єднувальні хомутики з затяжними гвинтами. Закріплення основної частини пов'язки (широкої шворки) проводять пряжкою спеціальної конструкції, котра дозволяє шворці просуватися тільки в одному напрямку.

З'єднуючий пристрій складається із чотирьох стержнів і восьми пар хомутиків, які попарно насаджують на спеціальні втулки і затискають затяжними гвинтами.

Закріпленням відламків верхньої щелепи при допомозі апарату, що описується, здійснюють в певній послідовності: спочатку здійснюють підгонку шини до зубів і прив'язування її лігатурним дротом, потім наскладують опірну головну пов'язку, після чого відламки зіставляють і всі деталі закріплюють гвинтами.

Застосування цього апарату дозволяє у випадку необхідності повторювати корекцію положення відламків. Для цього потрібно розслабити закріплення в з'єднувальних хомутиках, а потім знову закрити гвинти.

Апарат Я.М.Збаржа може бути застосований для фіксації відламків беззубої верхньої щелепи. В цих випадках внутрішньоротова частина апарату служить каркасом, на якому з швидкотвердіючої пластмаси моделюють піднебінну платівку, що відповідає формі і розмірам щелепи.

Лікувальне закріплення відламків щелеп хірургічними методами

В основі сучасного лікування переломів кісток лежить необхідність створення оптимальних умов для прискорення процесів репаративної регенерації, забезпечуючи первинне заживлення кісткової рани. Принципи, якими слід керуватися при цьому, зформульовані Л.І. Крупко в 1967 році:

- точне співставлення відламків;
- приведення відламків по всій поверхні зламу в положення щільного стискання;
- міцна фіксація репонованих і прилягаючих поверхнями зламу відламків, що виключає всяку видиму оком рухомість між ними на весь період, необхідний для повного зрощення перелому.

В сучасних умовах лікування переломів кісток здійснюється за такими принципами:

- лікування повинне бути розпочате якомога раніше та направлено на боротьбу з шоком, крововтратою, попередження розвитку інфекції;
- всі етапи лікування повинні проводитись без болю;
- відновлення анатомічної цілісності (репозиція)
- міцне скріплення зіставлених відламків (фіксація) до їх кісткового зрощення;
- виключення з функції травмованого органа (імобілізація);
- застосування функціонального лікування;
- застосування методів, що прискорюють відтворення кісткової мозолі

Дотримання вказаних положень забезпечує первинне кісткове зрощення в найкоротші строки.

Найбільш повно відповідає сучасним вимогам, що пред'являються до лікування переломів кісток взагалі і щелеп зокрема, оперативний метод закріплення відламків – остеосинтез, позбавлений ряду недоліків, властивих ортопедичним методам.

Під остеосинтезом розуміють хірургічний оперативний метод лікування переломів, направлений на міцне з'єднання відламків кістки за допомогою різних матеріалів. В теперішній час остеосинтез знайшов значне поширення в щелепно-лицевій травматології, особливо при лікуванні переломів нижньої щелепи.

Метод оперативного закріплення відламків, тобто остеосинтез, не повинен протиставлятися ортопедичним методам. Якщо ж в момент проведення оперативного втручання в силу тих, чи інших причин не вдається добитися міцного закріплення відламків, то хірург повинен доповнити іммобілізацію ортопедичними методами. В ряді випадків ортопедичне лікування може бути доповнене остеосинтезом.

Тимчасова (транспортна) іммобілізація відламків верхньої щелепи.

Для тимчасової іммобілізації відламків верхньої щелепи найбільш ефективним є накладання стандартної транспортної пов'язки, яка складається з головної опірної шапочки Збаржа і жорсткої підборідної пращі Ентіна. Шапочку закріплюють так, щоб вона щільно лежала на голові, охоплюючи лобні і потиличні горби, а кінці стрічки її зав'язують на лобі. За допомогою гумової тяги пращу з'єднують з головною шапочкою. Стандартна пов'язка для тимчасової фіксації відламків верхньої щелепи використовується тільки як давлуча. При всіх переломах верхньої щелепи з збереженням більшості зубів на обох щелепах давлуча пов'язка дозволяє поставити в правильну оклюзію відламки верхньої щелепи шляхом притискання до неї здорової нижньої щелепи.

При відсутності стандартної транспортної пов'язки найпростішим методом фіксації може служити підборідно-тім'яна пов'язка із марлевого бинта, звичайна бинтова пов'язка, але з еластичною тягою, яку легко зробити з допомогою булавок і гумок.

Інколи замість шапочки можуть бути використані пілотка, шолом танкіста, льотчика, а замість пращі – друга пілотка, кусок ремня чи гуми, кора дерева та ін. Таку імпровізовану пращу легко прикріпити до головного убору за допомогою булавок і гумових тягів. В зимовий час замість пращеподібної пов'язки можна використати звичайну шапку-вушанку, яка одночасно може виконувати роль і шапочки і підборідної пращі. Для цього потрібно опустити клапани шапки-вушанки і зав'язати їх, попередньо наклавши на підборіддя пов'язку із ППІ. Еластична тяга досягається за допомогою гумок, закріплених булавками.

Лікувальне закріплення відламків верхньої щелепи ортопедичними методами

Закріплення відламків при переломах верхньої щелепи є одною з найважчих проблем щелепно-лицевої травматології. Дуже важливо при цьому враховувати локалізацію перелому. Закріплення відламків здійснюють як з допомогою внутрішньо-ротових, так і внутрішньо-позаротових назубних шин і апаратів. Що до останніх, то від назубних шин відходять позаротові стержні, які з'єднуються з опірною головною пов'язкою.

Найбільш ефективним і доступним методом лікувального закріплення відламків нижньої щелепи слід вважати назубні шини, які можуть бути індивідуальними і стандартними. Індивідуальні шини запропоновані вперше С.С. Тігерштедтом в 1916 році. Шини бувають однощелепними гладкими, та двощелепними з зачіпними петлями та гумовою тягою. Крім того дротяні назубні шини можуть мати розпірковий згин, нахилену та утримуючу площину.

Однощелепна шина може бути гладкою шиною-скобою чи гладкою шиною з розпірковим згином. При часткових переломах альвеолярного відростку верхньої щелепи і вивиху зубів, коли з обох боків від місця перелому є 2-3 опірних зуба, слід використовувати гладку шину-скобу з алюмінієвого дроту, яку прив'язують до зубів лігатурним дротом. Якщо відламок альвеолярного відростка розміщується в передньому відділі і зміщений в піднебінну сторону, то шину треба згинати, відступивши від зміщених зубів попереду і навіть за межі їх нормального розміщення на 1-2 мм. Тільки після того, як шина прив'язана до здорових зубів, відламок поступово притягують до дуги дротяними лігатурами чи гумовими кільцями. При опущенні відростку може бути застосована шина з виступаючою петлею. Якщо ж зуби, що опустилися донизу можна репонувати вручну, то їх необхідно закріпити спеціальною лігатурною петлею, перекинutoю через ріжучий край чи жувальну поверхню.

При відсутності зубів в області щілини перелому на шині виготовляють розпірковий вигин у вигляді букви "П". Другий кінець шини розміщують також у вигляді напівкільця або шипа. Після виготовлення шини не слід проводити на ній додаткових вигинів, для уникнення її деформації.

Для утримання уламків піднебінних і альвеолярних відростків, а також клаптів м'яких тканин і тампонів на верхній щелепі застосовують шину з опірною площиною. При наявності всіх зубів такі шини вигинають по внутрішній поверхні премолярів і молярів, не торкаючись до фронтальних зубів. Шину прив'язують до зубів лігатурним дротом, кінці якого закручують зі сторони присінника порожнини рота. Коли в зубному ряді відсутні декілька зубів, шину

вигинають по зовнішній поверхні зубної дуги, а опірну площину виводять на піднебінну сторону через проміжок в області відсутніх зубів.

Застосування таких шин обмежено внаслідок неможливості відновлення оклюзії і отримання абсолютної нерухомості відламків, особливо при вогнепальних багатооскольчастих переломах щелеп. Їх виготовляють лише в випадках перелому альвеолярного відростка верхньої щелепи без зміщення відламків та при наявності на кожному з відламків не менш 2-3 стійких зубів.

При переломах альвеолярного відростку в області корінних зубів зі зміщенням, а також при однобічних переломах тіла верхньої щелепи при наявності всіх чи більшості зубів слід застосовувати міжщелепне еластичне витягіння і скріплення за допомогою назубних шин з зачіпними петлями (гачками). В деяких випадках для підсилення міжщелепного витягіння на стороні пошкодження між зубами верхньої і нижньої щелепи слід поміщати прокладки з гуми завтовшки 3-5 мм. Такі шини сприяють безпосередньому відновлюванню зубної оклюзії і дозволяють одержати надійну фіксацію відламків до утворення кісткової мозолі.

При виготовленні і накладенні шин з зачіпними петлями необхідні додатково наступні інструменти і матеріали: 1) клямпові щипці; 2) напилки для металу напівкруглий; 3) алюмінієвий дріт діаметром 1,5-1,8 мм, довжиною 20 см; 4) гумові кільця різного діаметру – 0,5-0,8 см.

Для виготовлення шини беруть відрізок попередньо проколеного алюмінієвого дроту, один кінець якого закругляють напилком і вигинають у вигляді півкільця кругом шийки останнього дистальне розташованого зуба або у вигляді шипа вклинюють в міжзубний проміжок.

Потім, відступивши 1 см, вигинають першу зачіпну петлю (гачок). Вигинання послідовних зачіпних петель проводять під контролем примірки на зубній дузі з таким розрахунком, щоб вони розміщувались відповідно щічної чи губної поверхні зуба, причому загальне число зачіпних петель повинно бути не менше 6 (по 3 з кожного боку). Необхідно уникати розміщення гачків під вуздечкою верхньої губи, а також над ясеневими сосочками. Гачки шини нижньої щелепи повинні протистояти гачкам шини на верхній щелепі, що дозволяє одержати вертикальну тягу при допомозі гумових кілець. Висота гачків не повинна перевищувати 3-4 мм, так як вони можуть травмувати слизову оболонку щік і губ. Щоб уникнути тиску на ясна, гачки слід вигнути під кутом 45° до горизонтальної площини. Шина повинна мати контакт з щічною чи губною поверхнею кожного зуба.

Виготовлену шину фіксують до зубів лігатурами з латунного, бронзово-алюмінієвого дроту чи дротом з нержавіючої сталі діаметром 0,3-0,4 мм. За допомогою анатомічного пінцету один з кінців дроту вводять під шиною в міжзубний проміжок зі сторони присінка в ротову порожнину. Потім знову захоплюють його пінцетом і обгинаючи шийку зуба, проводять в наступний міжзубний проміжок так, щоб він вийшов в присінник рота над шиною. Після цього, притискаючи шину пальцем до зубної дуги, клямповими щипцями або кровоспинним затискачем Пеана з натягом закручують обидва кінці лігатури разом "по ходу годинникової стрілки", добиваючись щільного прилягання шини до шийок зубів, надлишки лігатурного дроту зрізають коронковими ножицями, а кінці, що залишились, довжиною 4-5 мм пригинають до шини так, щоб вони не травмували слизову оболонку ясен, губи чи щоки.

Для витягування відламків і закріплення їх в правильному положенні на зачіпні петлі верхньощелепної і нижньощелепної шин надягають кільця. При важко вправних тугорухливих відламках гумові кільця надягають в косому напрямку. Далі слід спостерігати за відламками і при досягненні правильного положення по прикусу зафіксувати їх, змінивши косий напрямок гумових кілець на вертикальний.

При переломі альвеолярного відростку верхньої щелепи на протязі всього зубного ряду однієї тільки внутрішньоротової фіксації недостатньо. Її слід поєднувати з зовнішньою еластичною тягою при допомозі жорсткої підборідної праці чи пов'язки З.Н. Померанцевої-Урбанської.

При переломах верхньої щелепи зі зміщенням до заду може бути застосована наступна методика лікування. На обидві щелепи накладають назубні шини з зачіпними гачками, прикус роз'єднують гумовими прокладками і встановлюють міжщелепну еластичну тягу. Додатково проводять позаротове витягіння щелепи вперед сталлюю спицею, фіксованою до головної гіпсової шапочки. Позаротове скелетне витягіння щелепи вперед можна також проводити і через біляліжковий блок з дозованим навантаженням, але хворий при цьому повинен лежати в ліжку.

Незважаючи на широке застосування гнутих дротяних шин, вони мають ряд недоліків: важкість і тривалість виготовлення; травмування зачіпними петлями слизової оболонки губ і щік; складність гігієнічного утримання порожнини рота внаслідок окислення алюмінієвого дроту; перешкода правильному змиканню зубних рядів при наявності глибокого прикусу; неможливість заготовки шин про запас.

При важких переломах верхньої щелепи широке застосування отримали назубні шини і апарати з позаротовими стержнями, які виводять з порожнини рота і фіксують до головної шапочки. Так, в роки Великої Вітчизняної війни застосовували виту цільногнуту дротяну шину, з позаротовими стержнями, яку докладно описав Я.М.Збарж. Автор рекомендує два варіанти вигинання таких шин. При першому варіанті беруть відрізок алюмінієвого дроту завтовшки 1,5-1,8 мм довжиною 75-80 см, кінці дроту довжиною 15 см кожен загинають назустріч один одному. Потім здвоєні кінці дроту закручують у вигляді спіралі. Для того, щоб спіралі були рівномірними, слід дотримуватись наступних умов: 1) при закручуванні кінці дроту повинні бути під кутом не більше 45°; 2) один відросток повинен мати напрям витків по годинниковій стрільці, другий – проти годинникової стрілки. Середня частина дроту між останніми витками спіралей повинна бути рівна відстані між премолярями.

При другому варіанті беруть відрізок алюмінієвого дроту такої ж довжини, як і в попередньому випадку і вигинають його так, щоб внутрішньоротова частина шини і відростки позаротової частини визначались зразу, при цьому основи відростків повинні припадати на область перших премолярів, а середня частина шини – на область фронтальних зубів. Після закручування позаротових стержнів їх, як і в першому варіанті, вигинають поверх щоки в напрямку до мочок вušних раковин і з допомогою з'єднуючих стержнів, що йдуть вертикально, прикріплюють до головної гіпсової пов'язки. Нижні кінці з'єднуючих стержнів загинають доверху у вигляді гачка і з'єднують з відростком шини за допомогою лігатурного дроту, а верхні кінці з'єднуючих стержнів загіпсовують в опірну головну пов'язку. Для більш рівномірного положення відламків доцільно на кожній стороні робити по два з'єднуючих стержня.

В післявоєнний період Я.М.Збаржем, А.І. Орловим, К.А. Петровим та ін. були запропоновані стандартні апарати для закріплення відламків верхньої щелепи. Найбільш вдалим з них є апарат, запропонований Я.М.Збаржем. Він складається із шини з позаротовими стержнями, опірної головної пов'язки (шапочки), з'єднуючих стержнів і муфт. Внутрішньоротова частина шини представляє собою подвійну дугу, яка після індивідуальної підгонки повинна щільно охоплювати коронки зубів з щічної і піднебінної сторін. До зубів дугу прив'язують лігатурним дротом. Для фіксації тампону на піднебінні на шині може бути створена опірна площина. Позаротова частина шини утворена двома дротяними стержнями, що відходять від зовнішньої дуги шини на рівні премолярів. Стержні мають спеціальний згин, який забезпечує вільний вихід з порожнини рота.

Опірна головна пов'язка утворена подвійною шворкою з пришитими до її верхньої поверхні вісьмома подвійними шворками, що закінчуються на кінцях петлями. З допомогою шнурка, проведеного через петлі всіх шворок, утворюється коло, величину якого в залежності від розмірів голови можна міняти. На бокових поверхнях головної пов'язки є опірні металічні планки з осями, на які насаджені з'єднувальні хомутики з затяжними гвинтами. Закріплення основної частини пов'язки (широкої шворки) проводять пряжкою спеціальної конструкції, котра дозволяє шворці просуватися тільки в одному напрямку. З'єднуючий пристрій складається із чотирьох стержнів і восьми пар хомутиків, які попарно насаджують на спеціальні втулки і затискають затяжними гвинтами. Закріпленням відламків верхньої щелепи при допомозі апарату, що описується, здійснюють в певній послідовності: спочатку здійснюють підгонку шини до зубів і прив'язування її лігатурним дротом, потім наскладують опірну головну пов'язку, після чого відламки зіставляють і всі деталі закріплюють гвинтами.

Застосування цього апарату дозволяє у випадку необхідності повторювати корекцію положення відламків. Для цього потрібно розслабити закріплення в з'єднувальних хомутиках, а потім знову закрутити гвинти.

Апарат Я.М.Збаржа може бути застосований для фіксації відламків беззубої верхньої щелепи. В цих випадках внутрішньоротова частина апарату служить каркасом, на якому з швидкозатвердіючої пластмаси моделюють піднебінну платівку, що відповідає формі і розмірам щелепи.

Лікувальне закріплення відламків щелеп хірургічними методами

В основі сучасного лікування переломів кісток лежить необхідність створення оптимальних умов для прискорення процесів репаративної регенерації, забезпечуючи первинне заживлення кісткової рани. Принципи, якими слід керуватися при цьому, сформульовані Л.І. Крупко в 1967 році:

- точне співставлення відламків;
- приведення відламків по всій поверхні зламу в положення щільного стискання;
- міцна фіксація репонованих і прилягаючих поверхнями зламу відламків, що виключає всяку видиму оком рухомість між ними на весь період, необхідний для повного зрощення перелому.

В сучасних умовах лікування переломів кісток здійснюється за такими принципами:

- лікування повинне бути розпочате якомога раніше та направлено на боротьбу з шоком, крововтратою, попередження розвитку інфекції;
- всі етапи лікування повинні проводитись без болю;
- відновлення анатомічної цілісності (репозиція)
- міцне скріплення зіставлених відламків (фіксація) до їх кісткового зрощення;
- виключення з функції травмованого органа (імобілізація);
- застосування функціонального лікування;
- застосування методів, що прискорюють відтворення кісткової мозолі

Дотримання вказаних положень забезпечує первинне кісткове зрощення в найкоротші строки.

Найбільш повно відповідає сучасним вимогам, що пред'являються до лікування переломів кісток взагалі і щелеп зокрема, оперативний метод закріплення відламків – **остеосинтез**, позбавлений ряду недоліків, властивих ортопедичним методам. Під остеосинтезом розуміють хірургічний оперативний метод лікування переломів, направлений на міцне з'єднання відламків кістки за допомогою різних матеріалів. В теперішній час остеосинтез знайшов значне поширення в щелепно-лицевій травматології, особливо при лікуванні переломів нижньої щелепи. Метод оперативного закріплення відламків не повинен протиставлятися ортопедичним методам. Якщо ж в момент проведення оперативного втручання в силу тих, чи інших причин не вдається добитися міцного закріплення відламків, то хірург повинен доповнити імобілізацію ортопедичними методами. В ряді випадків ортопедичне лікування може бути доповнене остеосинтезом.

Методи оперативних втручань можуть бути внутрішньоротові і позаротові (через рану м'яких тканин обличчя). Оперативне закріплення відламків верхньої щелепи при вогнепальних пошкодженнях поєднується зі операцією – гайморотомія та ревізія верхньощелепних пазух, що є необхідним компонентом профілактики травматичного гаймориту. Оперативне закріплення відламків верхньої щелепи може бути виконано за допомогою накісних металевих мініплативок та гвинтів, шпиль (за Макієнко), кісткового шва. Найбільш широко як шовний матеріал використовують дріт із спеціальних амагнітних нержавіючих сортів сталі, ніхрому, віталіуму, танталу, титану діаметром 0,6-1,8 мм, а також поліамідну нитку і плетений летилавлансан діаметром 0,7-1,0 мм. При внутрішньоротовому доступі шов частіше всього накладають в області альвеолярного відростку, для чого використовують шовний матеріал малого діаметру (0,1-0,3 мм). Такий шов однак не може самостійно забезпечити надійне утримання відламків і грає допоміжну роль при назубній фіксації.

В практиці застосовують позаротовий доступ, який дає можливість провести ревізію зони пошкодження на всьому протязі, полегшує репозицію і утримання відламків в заданому положенні на час нанесення отворів і скріплення відламків. Використання шовного матеріалу великого діаметру (0,6-1,0 мм) дозволяє забезпечити міцну і надійну фіксацію відламків без додаткової імобілізації.

Хірургічно-ортопедичні методи лікування переломів верхньої щелепи. **При закріпленні відламків верхньої щелепи все частіше застосовують методи оперативного лікування, поєднуючи їх з ортопедичними прийомами, що ґрунтуються на способі фіксації назубної шини верхньої щелепи до головної опірної пов'язки чи до непошкоджених кісток лицевого скелету і лобної кістки.**

Одним з таких методів є хірургічно-ортопедичний спосіб Фідершпіля (1934) суть якого полягає в тому, що відламки верхньої щелепи фіксують назубними шинами до гіпсової шапочки з допомогою відрізків тонкого сталюого дроту (поліамідних ниток), проведених через товщу м'яких тканин щік. В тих випадках, коли перед закріпленням відламків не вдається досягти правильної репозиції, треба здійснити еластичне витягання шляхом використання гумових кілець. Для того, щоб забезпечити потрібний напрямок витягання, в гіпсову шапочку монтують металевий каркас у вигляді козирка, на різних ділянках дротяної дуги якого фіксують верхній кінець нитки. Підвішування верхньої щелепи до головної опірної пов'язки може бути також здійснено шляхом проведення штифта через товщу верхньої щелепи (Тома, 1944).

В основу другої групи методів лікування переломів лежить ідея підвішування верхньої щелепи до кісток нерухомої частини черепа – вилицевим і лобним, з'єднуючи їх з назубною шиною дротом (Фальтін, 1916; Адамс, 1942). Суть закріплення відламків по методу Фальтіна-Адамса полягає в наступному: в залежності від того, на якому рівні пройшов перелом, фіксацію здійснюють за нижньоорбітальний край, вилицеву кістку (дугу), вилицевий відросток лобної кістки при допомозі лігатури, закріпленої на назубній шині верхньої щелепи. З кожного боку "опірну ділянку" кістки оголюють частіше всього зовнішнім доступом і після просвердлювання отворів через них проводять дротяну петлю (поліамідну нитку), кінці якої з допомогою товстої ін'єкційної голки виводять в присінник рота і кріплять до назубної шини. При проведенні лігатури навколо вилицевої кістки чи дуги нема потреби в просвердлюванні отворів.

Слід підкреслити, що в переважній більшості випадків при застосуванні цих методик для регуляції прикусу необхідно вдаватися до міжщелепної фіксації лігатурними пов'язками до двощелепного назубного шинування.

Шини і апарати лабораторного типу. Шини і апарати, що виготовлені в зуботехнічних лабораторіях, називають лабораторними. По своєму призначенню вони можуть бути фіксуючими, репонуєчими і заміщуючими. Однак це не означає, що любий з цих апаратів чи шина виконують тільки певну функцію. Як правило, той чи інший вид шини чи ортопедичного апарату може поєднувати в собі функції репонуєчого, фіксуєчого і заміщуючого.

З.Я. Шур ділить всі апарати, що застосовують при лікуванні переломів щелеп, на чотири основні групи: фіксуєчі, репонуєчі, шинуючі, комбіновані.

Під час Великої Вітчизняної війни застосовували самі різні конструкції шин і апаратів лабораторного типу. Багато з них застосовують і до теперішнього часу, а частина з них втратила своє призначення в зв'язку з розвитком методів оперативного лікування переломів щелеп.

В сьогоденні найбільш поширеними і ефективними при лікуванні переломів щелеп є паяні шини різних конструкцій, зубоаясенева шина Вебера, шина Ванкевич в модифікації Степанова, шина Гунінга-Порта і деякі інші .

Паяні шини. Ці шини застосовують, як правило, для фіксації відламків нижньої і верхньої щелеп після репозиції, їх закріплюють на зубах за допомогою цементу. Паяна шина складається з коронок, якими покривають декілька опірних зубів, що розміщуються по обидва боки від лінії перелому. При можливості під опірні зуби слід використовувати другі моляри і один з премолярів кожного боку. Коронки опірних зубів не препарують, тому виготовлені коронки, як правило, підвищують прикус. Необхідно коронки в місцях контактних точок зточити, що призведе до відновлення прикусу, а коронки таким чином обернуться в кільця. Відбитковою масою чи гіпсом знімають відбиток з зубів альвеолярної частини тіла нижньої щелепи після попереднього вправлення відламків. Якщо відламки тяжко утримати в правильному положенні, вдаються до пробного отримання відбитків з нижньої щелепи. На отриманій моделі виготовляють жорстку металеву дугу з дроту діаметром 1,5 мм, яку припаюють по екватору коронок з вестибулярного боку. При необхідності надати шині більшу жорсткість доцільно припаяти таку ж дугу з язичного (піднебінного) боку. Паяні шини застосовують двох видів: гладку і з розпіркою. Шину з розпіркою застосовують при наявності дефекту зубного ряду. При необхідності міжщелепного витягування чи фіксації, до дуги паяної шини припаюють гачки.

Знімні шини і апарати. Шину Гунінга-Порта відносять до знімних ортопедичних апаратів і застосовують при лікуванні переломів беззубих щелеп. Шина Гунінга складається з двох базисів, з'єднаних між собою колонками в бокових відділах. В ділянці передніх зубів був в наявності отвір, через який здійснювалось харчування хворого. Виготовлялась вона із каучука. Порт запропонував виготовляти таку шину з чистого олова для того, щоб її можна

було стерилізувати. В теперішній час шину готують з акрилових мас. Для цього готують відбитки з обох щелеп, по яких відливають моделі. Моделі закріплюють в артикуляторі в правильному співвідношенні, після чого з воску моделюють базиси на верхній і нижній щелепі, які з'єднують в області корінних зубів восковими колонками довжиною, що не перевищує висоти прикусу. Потім колонки розрізають посередині і віск по звичайній методиці замінують на пластмасу. Готові пластмасові базиси вводять в порожнину рота і після вправлення відламків з'єднують в ділянці колонок швидкотвердіючою пластмасою. Застосовують таку шину разом з підпідборідною пращею.

Апарат для вправлення і фіксації відламків верхніх щелеп. При переломах верхньої щелепи можна застосовувати запропонований З.Я. Шуром комбінований апарат з жорсткими зустрічними стержнями. Він складається з паяної шини з позаротовими стержнями і гіпсової опірної пов'язки з жорсткими стержнями, спрямованими вниз. На верхні щелепи готують паяну шину з опорою на 6543|3456 зубах. На щічні поверхні коронок 65|56 припаюють трубки прямокутного перерізу з розміром сторін 4x2 мм і довжиною до 1,5 см. В ці трубки вводять сталі стержні з дроту перерізом, що відповідає перерізу прямокутних трубок, і довжиною до 20 мм. Стержні вигинають таким чином, щоб вони виходили з порожнини рота в ділянці його кутів і спрямовувались доверху. Внутрішньоротовий кінець кожного стержня повинен бути сплюсненим і точно відповідати просвіту трубок, що припаяні до шини. Головні пов'язку виготовляють з гіпсових бинтів. Біля зовнішнього краю очної ямки в головну пов'язку вгіпсовують металічні жорсткі стержні (з обох боків) з таким розрахунком, щоб вони досягали рівня крил носу. Змінюючи напрям позаротових кінців стержнів, що виходять з порожнини рота, і зв'язуючи їх з стержнями, що спускаються від гіпсової пов'язки, можна переміщати верхню щелепу в потрібному напрямку і фіксувати її в необхідному положенні.

Матеріали для самоконтролю:

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

Б. Задачі для самоконтролю:

1. У хворого 20 років був встановлений діагноз: травматичний перелом нижньої щелепи в ділянці 46,47 зубів зі зміщенням відламків. Об'єктивно: зуби інтактні, прикус ортогнатичний. Який вид постійної іммобілізації доцільно застосувати? (Відповідь: назубна двощелепна дротяна шина з зачіпними гачками).

2. Хворий 24 років, поступив в клініку з діагнозом: перелом альвеолярного відростку лівої верхньої щелепи в ділянці 25,26,27 зубів без зміщення відламків. Яку шину слід застосувати для постійної іммобілізації? (Відповідь: гладка шина-скоба за С.С.Тігерштедтом).

3. Хворий 35 років доставлений в щелепно-лицеве відділення після автомобільної катастрофи. Свідомість не втрачав. Об'єктивно: обличчя асиметричне за рахунок набряку тканин більше справа, рот напіввідкритий, верхня щелепа рухома та зміщена донизу. Який оптимальний вид постійної іммобілізації відламків слід застосувати? (Відповідь: апарат Збаржа).

В. Матеріали для тестового контролю.

1. Що відносять до тимчасової іммобілізації відламків нижньої щелепи?

- А. Гладка шина-скоба.
- В. Міжщелепне лігатурне зв'язування зубів
- С. Шина Вебера.
- Д. Стандартна стрічкова шина Васильєва.
- Е. Шина Гунінга-Порта.

(Відповідь: В).

2. Який вид постійної іммобілізації застосовують при консервативному методі лікування переломів нижньої щелепи?

- А. Лігатурне зв'язування зубів за Айві.
- В. Прямий позаротовий остеосинтез.
- С. Апарат (комплекс) Збаржа.
- Д. Двощелепна шина Тігерштедта з зачіпними гачками.
- Е. Остеосинтез за Фідершпілем.

(Відповідь: Д).

3. Що відносять до лікувальної іммобілізації відламків щелеп?

- А. Міжщелепне лігатурне зв'язування зубів.
- В. Прямий позаротовий остеосинтез.

- C. Індивідуальна гіпсова праща.
 - D. Остеосинтез.
 - E. Остеосинтез за Фідершпілем.
- (Відповідь:D).

Г. навчальні задачі III рівня (нетипові задачі):

1. У хворого Р., 28 років встановлений діагноз: перелом нижньої щелепи в ділянці кута справа за межами зубного ряду зі зміщенням відламків. Складіть план лікування.

(Відповідь: 1) тимчасова іммобілізація (за необхідністю) – пращоподібна пов'язка; 2) лікувальна іммобілізація – остеосинтез нижньої щелепи; 3) антимікробна терапія; 4) ФТЛ та ЛФК; 5) препарати, які прискорюють процеси репаративного остеогенезу).

2. У хворого, доставленого в спеціалізований шпиталь, є вогнепальний перелом нижньої щелепи на рівні правого кута. На малому фрагменті зуби відсутні, на великому – інтактні, нерухомі. Який метод лікування слід застосувати? (Відповідь: остеосинтез нижньої щелепи)

2. У хворого М., 27 років, встановлено діагноз: двобічний ментальний перелом нижньої щелепи зі зміщенням відламків. Які методи лікування можна застосувати для даного хворого?

(Відповідь: консервативний – двощелепна шина Тігерштедта з зачіпними гачками або двобічний остеосинтез).

7. Література.

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2т. – Т.2/В.О.Маланчук, І.П.Логвіненко, Т.О.Маланчук, О.Л.Ціленко – К.: ЛОГОС, 2011. – С. 42-44, 56.

2. Рузин Г.П. Краткий курс лекцій по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Геннадий Петрович Рузин – Киев: «Книга плюс», 2006 – С. 97-98.

3. Стоматологія 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.Демяник. – Харків: Торнадо, 2006. – С. 99-105, 129-132.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
Сумський державний університет
Медичний інститут

«Затверджено»
на засіданні кафедри
стоматології

Завідувач кафедри
д.мед.н.Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	4
Змістовний модуль №	4
Тема заняття	Постійна (лікувальна) іммобілізація щелеп назубними шинами, капами при пошкодженнях кісток лицевого черепа: вимоги, види, недоліки та переваги. Досягнення вітчизняних вчених, співробітників кафедри.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Знання методів постійної (лікувальної) іммобілізації відламків при пошкодженнях щелепно-лицевої ділянки дозволить лікарю-стоматологу раціонально організувати та надати кваліфіковану та спеціалізовану медичну допомогу потерпілим як в мирний час, так і в умовах військового часу та в екстремальних ситуаціях.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати показання та протипоказання до застосування ортопедичних методів лікування переломів кісток обличчя.
- 2.2. Пояснювати способи виготовлення шин та кап для лікування переломів кісток обличчя.
- 2.3. Запропонувати новий підхід у виборі конструкцій для ортопедичного лікування переломів щелеп.
- 2.4. Класифікувати ортопедичні конструкції для лікування переломів кісток обличчя.
- 2.5. Трактувати дані рентгенограм хворих з переломами кісток обличчя.
- 2.6. Малювати схеми, графіки застосування шин та кап при лікуванні переломів нижньої та верхньої щелеп.
- 2.7. Проаналізувати можливі ускладнення при лікуванні переломів кісток обличчя ортопедичними методами.
- 2.8. Скласти план лікування різних типів переломів кісток обличчя назубними шинами та капами.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція)

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Нормальна анатомія.	Знати будову кісток обличчя, анатомію жувальних м'язів, м'язів шиї, будову зубо-щелепної системи. Продемонструвати місця прикріплення м'язів до нижньої щелепи. Орієнтуватися в основних питаннях будови кісток обличчя.
2. Топографічна анатомія та оперативна хірургія.	Топографічну анатомію щелепно-лицевої ділянки в цілому і кісток обличчя зокрема. Принципи оперативних доступів до різних відділів щелепно-лицевої ділянки. Поставити топічний діагноз перелому кісток обличчя.
3. Загальна хірургія.	Скласти план обстеження хворого з травматичним пошкодженням. Вміти правильно обстежити хворого та заповнити медичну документацію.
4. Травматологія.	Володіти основними принципами лікування переломів. Скласти план консервативного лікування потерпілих з переломами кісток обличчя.
5. Ортопедична стоматологія.	Знати види назубних шин та кап, що застосовуються для консервативного лікування потерпілих з переломами щелеп. Виготовити на моделях щелеп шини С.С. Тігерштедта.

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. Репозиція.	Це співставлення відламків кісток.
2. Фіксація.	Це закріплення відламків в правильних умовах.
3. Іммобілізація.	Виведення органу з функції (знерухомлення).

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Способи лікування переломів щелеп.
2. Види та методи іммобілізації при переломах нижньої та верхньої щелеп.
3. Види консервативних методів лікування невогнепальних переломів щелеп.
4. Види назубних шин, показання та протипоказання до їх застосування.
5. Види зубонаясенних шин, показання та протипоказання до їх застосування.
6. Види наясенних шин, показання та протипоказання до їх застосування.
7. Інші методи консервативного лікування невогнепальних переломів щелеп.

8. Помилки та ускладнення під час та після застосування консервативних методів лікування переломів щелеп.

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

1. Виготовлення шин Тігерштедта на моделях щелеп.
2. Практичний тренінг із застосування зубо-ясенних та на ясенних шин для постійної іммобілізації відламків щелеп.

5.3 МІСТ ТЕМИ:

Лікувальне закріплення відламків щелеп ортопедичними методами

Найбільш ефективним і доступним методом лікувального закріплення відламків нижньої щелепи слід вважати назубні шини, які можуть бути індивідуальними і стандартними. Індивідуальні шини запропоновані вперше С.С. Тігерштедтом в 1916 році. Бувають гладкими (однощелепні) і з зачіпними петлями та гумовою тягою (двощелепні).

Частіше всього при переломах щелеп користуються шинами з алюмінієвого дроту з зачіпними петлями і міжщелепною тягою гумовими кільцями. Такі шини сприяють безпосередньому відновлюванню зубної оклюзії і дозволяють одержати надійну фіксацію відламків до утворення кісткової мозолі.

При виготовленні і накладенні шин з зачіпними петлями необхідні додатково наступні інструменти і матеріали: 1) клямпові щипці; 2) напилки для металу напівкруглий; 3) алюмінієвий дріт діаметром 1,5-1,8 мм, довжиною 20 см; 4) гумові кільця різного діаметру – 0,5-0,8 см.

Для виготовлення шини беруть відрізок попередньо проколеного алюмінієвого дроту, один кінець якого закругляють напилком і вигинають у вигляді півкільця кругом шийки останнього дистально розташованого зуба або у вигляді шипа вклинюють в міжзубний проміжок.

Потім, відступивши 1 см, вигинають першу зачіпну петлю (гачок). Вигинання послідовних зачіпних петель проводять під контролем примірки на зубній дузі з таким розрахунком, щоб вони розміщувались відповідно щічної чи губної поверхні зуба, причому загальне число зачіпних петель повинно бути не менше 6 (по 3 з кожного боку). Необхідно уникати розміщення гачків над вуздечкою нижньої губи і під вуздечкою верхньої губи, а також над ясеневими сосочками. Гачки шини нижньої щелепи повинні протистояти гачкам шини на верхній щелепі, що дозволяє одержати вертикальну тягу при допомозі гумових кілець. Висота гачків не повинна перевищувати 3-4 мм, так як вони можуть травмувати слизову оболонку щік і губ. Щоб уникнути тиску на ясна, гачки слід вигнути під кутом 45° до горизонтальної площини.

Шина повинна мати контакт з щічною чи губною поверхнею кожного зуба. При відсутності зубів в області щілини перелому на шині виготовляють розпірковий вигин у вигляді букви "П". Другий кінець шини розміщують також у вигляді напівкільця або шипа. Після виготовлення шини не слід проводити на ній додаткових вигинів, для уникнення її деформації.

Виготовлену шину фіксують до зубів лігатурами з латунного, бронзово-алюмінієвого дроту чи дротом з нержавіючої сталі діаметром 0,3-0,4 мм. За допомогою анатомічного пінцету один з кінців дроту вводять під шиною в міжзубний проміжок зі сторони присінника в ротову порожнину. Потім знову захоплюють його пінцетом і обгинаючи шийку зуба, проводять в наступний міжзубний проміжок так, щоб він вийшов в присінник рота над шиною. Після цього, притискаючи шину пальцем до зубної дуги, клямповими щипцями або кровоспинним затискачем Пеана з натягом закручують обидва кінці лігатури разом "по ходу годинникової стрілки", добиваючись щільного прилягання шини до шийок зубів, надлишки лігатурного дроту зрізають коронковими ножицями, а кінці, що залишилися, довжиною 4-5 мм пригинають до шини так, щоб вони не травмували слизову оболонку ясен, губи чи щоки.

Для витягування відламків і закріпленні їх в правильному положенні на зачіпні петлі верхньощелепної і нижньощелепної шин надягають кільця. При важковправних тугорухливих відламках нижньої щелепи, для здолання опору м'язів, гумові кільця надягають в косому напрямку. Далі слід спостерігати за відламками і при досягненні правильного положення по прикусу зафіксувати їх, змінивши косий напрямок гумових кілець на вертикальний.

При переломах суглобового відростку нижньої щелепи з вираженим зміщенням відламків на стороні пошкодження між верхніми і нижніми малярями поміщують гумову прокладку завтовшки 3-5 мм, а потім надягають гумові кільця для міжщелепного витягування.

Крім двощелепних гнутих дротяних шин застосовують також однощелепні (гладка шина-скоба) шини, які можуть бути гладкими чи з розпірковим вигином. Застосування таких шин обмежено внаслідок неможливості відновлення оклюзії і отримання абсолютної

нерухомості відламків, особливо при вогнепальних багатооскольчастих переломах щелеп. Їх виготовляють лише в тих випадках, коли перелом нижньої щелепи знаходиться в межах зубної дуги і нема зміщення відламків, і при наявності на кожному з відламків не менш 2-3 стійких зубів. Однощелепні шини застосовують також і при лікуванні переломів альвеолярного відростку і вивихів зубів, якщо по сторонах від місця пошкодження є 2-3 опірних зуби.

Незважаючи на широке застосування гнутих дротяних шин, вони мають ряд недоліків: важкість і тривалість виготовлення; травмування зачіпними петлями слизової оболонки губ і щік; складність гігієнічного утримання порожнини рота внаслідок окислення алюмінієвого дроту; перешкода правильному змиканню зубних рядів при наявності глибокого прикусу; неможливість заготовки шин про запас.

В.С. Васильєвим в 1967 р. в клініці щелепно-лицевої хірургії ВМА ім.С.М. Кірова були запропоновані і впроваджені в лікувальну практику стандартні назубні стрічкові шини, що виготовляються методом штампування з листової нержавіючої сталі марки Х18Н10Т або Х18Н10Т завтовшки 0,5 мм.

Шини представляють собою стрічки довжиною 134 мм і шириною 2-3 мм. Вони мають 14 готових зачіпних гачків, які розміщені у вигляді трьох груп і зігнуті в одну сторону. Дві крайні групи по 5 гачків в кожній розміщені по різні сторони стрічки, а третя (4 гачки) – в середній частині шини. Таке розміщення зачіпних гачків не перешкоджає правильному змиканню зубних рядів у потерпілих. Шини слід закріплювати на зовнішній поверхні зубної дуги так, щоб 4 зачіпних гачки в середній частині шини розміщувались в області передніх зубів попарно і симетрично від середньої лінії. Необхідну довжину шини попередньо визначають в роті хворого на зовнішній поверхні зубного ряду при допомозі лігатурного дроту. Вимірювання проводять від середньої міжрізцевої лінії окремо для кожної його сторони, надлишки шини зрізають. Кінці шини закінчують або вільно на зовнішній поверхні зубів, або у вигляді вузьких шипів вводять в міжзубні проміжки. Фіксацію шин здійснюють лігатурним дротом діаметром 0,3-0,4 мм послідовно від одного зуба до другого, починаючи від кінця шини на більшому відламку щелепи. В області бокових зубів лігатури проводять звичайним способом, в області ж передніх зубів їх доцільно проводити у вигляді вісімки, що дозволяє одержати найбільш надійну фіксацію у фронтальному відділі і попереджає зісковзування шини. При наявності в зубному ряді мостовидних протезів шину до них закріплюють також у виді вісімки, але основна петля лігатурного дроту повинна розміщуватись не горизонтально, а вертикально, охоплюючи міжзубну борозну тіла мостовидного протезу.

Після накладення шини на зачіпні гачки надягають гумові кільця. Розміщують їх рівномірно від одного кінця шини до другого. При малій відстані між гачками шин верхньої і нижньої щелепи для одержання необхідного еластичного натягу гумові кільця слід надягати не на два, а на три-чотири і більше гачків.

Досвід застосування стандартних назубних стрічкових шин в клініці показав, що вони спрощують і прискорюють шинування хворих і не заважають правильному співставленню зубних рядів при глибокому прикусі. Після стерилізації їх можна застосовувати повторно.

Порівняна простота накладення стрічкових назубних шин дозволяє здійснювати шинування щелеп середнім медперсоналом.

Закріплення відламків при переломах верхньої щелепи є одною з найважчих проблем щелепно-лицевої травматології. Дуже важливо при цьому враховувати локалізацію перелому. Закріплення відламків здійснюють як з допомогою внутрішньо-ротових, так і внутрішньо-позаротових назубних шин і апаратів. Що до останніх, то від назубних шин відходять позаротові стержні, які з'єднуються з опірною головною пов'язкою.

При часткових переломах альвеолярного відростку верхньої щелепи і вивисі зубів, коли з обох боків від місця перелому є 2-3 опірних зуба, слід використовувати гладку шину-скобу з алюмінієвого дроту, яку прив'язують до зубів лігатурним дротом. Якщо відламок альвеолярного відростка розміщується в передньому відділі і зміщений в піднебінну сторону, то шину треба згинати, відступивши від зміщених зубів попереду і навіть за межі їх нормального розміщення на 1-2 мм. Тільки після того, як шина прив'язана до здорових зубів, відламок поступово притягують до дуги дротяними лігатурами чи гумовими кільцями. При опущенні відростку може бути застосована шина з виступаючою петлею. Якщо ж зуби, що опустилися донизу можна репонувати вручну, то їх необхідно закріпити спеціальною лігатурною петлею, перекинутою через ріжучий край чи жувальну поверхню.

Для утримання уламків піднебінних і альвеолярних відростків, а також клаптів м'яких тканин і тампонів на верхній щелепі застосовують шину з опірною площиною. При наявності всіх зубів такі шини вигинають по внутрішній поверхні премолярів і молярів, не торкаючись до фронтальних зубів. Шину прив'язують до зубів лігатурним дротом, кінці якого закручують зі сторони присінника порожнини рота. Коли в зубному ряді відсутні декілька зубів, шину вигинають по зовнішній поверхні зубної дуги, а опірну площину виводять на піднебінну сторону через проміжок в області відсутніх зубів.

При переломах альвеолярного відростку в області корінних зубів зі зміщенням, а також при односторонніх переломах тіла верхньої щелепи при наявності всіх чи більшості зубів слід застосовувати міжщелепне еластичне витягання і скріплення за допомогою назубних шин з зачіпними петлями (гачками). В деяких випадках для підсилення міжщелепного витягання на стороні пошкодження між зубами верхньої і нижньої щелепи слід поміщати прокладки з гуми завтовшки 3-5 мм.

При переломі альвеолярного відростку верхньої щелепи на протязі всього зубного ряду однієї тільки внутрішньоротової фіксації недостатньо. Її слід поєднувати з зовнішньою еластичною тягою при допомозі жорсткої підборідної праці чи пов'язки З.Н. Померанцевої-Урбанської.

В більшості випадків двохсторонніх невогнепальних і вогнепальних переломів верхньої щелепи слід застосовувати двощелепне шинування з міжщелепним еластичним витяганням. Нижня щелепа при цьому повинна бути підтягнута і не порушене закріплена підборідною працею до головної опірної шапочки.

При переломах верхньої щелепи зі зміщенням дозadu може бути застосована наступна методика лікування. На обидві щелепи накладають назубні шини з зачіпними гачками, прикус роз'єднують гумовими прокладками і встановлюють міжщелепну еластичну тягу. Додатково проводять позаротове витягання щелепи вперед сталлюю спицею, фіксованою до головної гіпсової шапочки. Позаротове скелетне витягання щелепи вперед можна також проводити і через біляліжковий блок з дозованим навантаженням, але хворий при цьому повинен лежати в ліжку.

При важких переломах верхньої щелепи широке застосування отримали назубні шини і апарати з позаротовими стержнями, які виводять з порожнини рота і фіксують до головної шапочки.

Так, в роки Великої Вітчизняної війни застосовували виту цільногнутому дротяну шину, з позаротовими стержнями, яку докладно описав Я.З.Збарж. Автор рекомендує два варіанти вигинання таких шин. **При першому варіанті** беруть відрізок алюмінієвого дроту завтовшки 1,5-1,8 мм довжиною 75-80 см, кінці дроту довжиною 15 см кожен загинають назустріч один одному. Потім здвоєні кінці дроту закручують у вигляді спіралі. Для того, щоб спіралі були рівномірними, слід дотримуватись наступних умов: 1) при закручуванні кінці дроту повинні бути під кутом не більше 45°; 2) один відросток повинен мати напрям витків по годинниковій стрільці, другий – проти годинникової стрілки. Середня частина дроту між останніми витками спіралей повинна бути рівна відстані між премолярами.

При другому варіанті беруть відрізок алюмінієвого дроту такої ж довжини, як і в попередньому випадку і вигинають його так, щоб внутрішньоротова частина шини і відростки позаротової частини визначались зразу, при цьому основи відростків повинні припадати на область перших премолярів, а середня частина шини – на область фронтальних зубів. Після закручування позаротових стержнів їх, як і в першому варіанті, вигинають поверх щоки в напрямку до мочок вушних раковин і з допомогою з'єднуючих стержнів, що йдуть вертикально, прикріплюють до головної гіпсової пов'язки. Нижні кінці з'єднуючих стержнів загинають доверху у вигляді гачка і з'єднують з відростком шини за допомогою лігатурного дроту, а верхні кінці з'єднуючих стержнів загіпсовують в опірну головну пов'язку. Для більш рівномірного положення відламків доцільно на кожній стороні робити по два з'єднуючих стержня.

В післявоєнний період Я.М.Збаржем, А.І. Орловим, К.А. Петровим та ін. були запропоновані стандартні апарати для закріплення відламків верхньої щелепи. Найбільш вдалим з них є апарат, запропонований Я.М.Збаржем. Він складається із шини з позаротовими стержнями, опірної головної пов'язки (шапочки), з'єднуючих стержнів і муфт. Внутрішньоротова частина шини представляє собою подвійну дугу, яка після індивідуальної підгонки повинна щільно охоплювати коронки зубів з щічної і піднебінної сторін. До зубів дугу

прив'язують лігатурним дротом. Для фіксації тампону на піднебінні на шині може бути створена опірна площина.

Позаротова частина шини утворена двома дротяними стержнями, що відходять від зовнішньої дуги шини на рівні премолярів. Стержні мають спеціальний згин, який забезпечує вільний вихід з порожнини рота.

Опірна головна пов'язка утворена подвійною шворкою з пришитими до її верхньої поверхні вісьмома подвійними шворками, що закінчуються на кінцях петлями. З допомогою шнурка, проведеного через петлі всіх шворок, утворюється коло, величину якого в залежності від розмірів голови можна міняти. На бокових поверхнях головної пов'язки є опірні металічні планки з осями, на які насаджені з'єднувальні хомутики з затяжними гвинтами. Закріплення основної частини пов'язки (широкої шворки) проводять пряжкою спеціальної конструкції, котра дозволяє шворці просуватися тільки в одному напрямку.

З'єднуючий пристрій складається із чотирьох стержнів і восьми пар хомутиків, які попарно насаджують на спеціальні втулки і затискають затяжними гвинтами.

Закріпленням відламків верхньої щелепи при допомозі апарату, що описується, здійснюють в певній послідовності: спочатку здійснюють підгонку шини до зубів і прив'язування її лігатурним дротом, потім наскладують опірну головну пов'язку, після чого відламки зіставляють і всі деталі закріплюють гвинтами.

Застосування цього апарату дозволяє у випадку необхідності повторювати корекцію положення відламків. Для цього потрібно розслабити закріплення в з'єднувальних хомутиках, а потім знову закрити гвинти.

Апарат Я.М.Збаржа може бути застосований для фіксації відламків беззубої верхньої щелепи. В цих випадках внутрішньоротова частина апарату служить каркасом, на якому з швидкотвердіючої пластмаси моделюють піднебінну платівку, що відповідає формі і розмірам щелепи.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

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

1. Рентгенограми, фото та виписки з історій хвороб потерпілих з переломами кісток обличчя
2. Матеріали та обладнання для виготовлення шин Тігершtedта.

Б. Задачі для самоконтролю:

1. У пораненого з переломом тіла верхньої щелепи зліва виявилась відсутність усіх зубів на обох щелепах (травматична екстракція). Яку шину доцільно використати при лікуванні такого хворого на етапі кваліфікованої та спеціалізованої допомоги?

- А. Шина Порта.
- В. Шина Васильєва.
- С. Шина Тігершtedта.
- Д. Шина Вебера.
- Е. Шина Ванкевич.

(Відповідь: А.)

2. Хворий, 27 років, госпіталізований в клініку щелепно-лицевої хірургії. Після проведеного обстеження було встановлено діагноз: травматичний ментальний перелом нижньої щелепи зліва без зміщення на ділянці 33, 34. Прикус ортогнатичний. Для постійної іммобілізації яка шина Тігершtedта показана?

- А. Гладка шина-скоба.
- В. Шина з розпірною.
- С. Шина з зачіпними петлями.
- Д. Шина з опорною площиною.
- Е. Шина з похилою площиною.

(Відповідь: А.)

3. В клініку госпіталізовану хвору, 68 років з травмою нижньої щелепи внаслідок побутової бійки. Після проведеного обстеження встановлено діагноз: травматичний двосторонній перелом тіла нижньої щелепи зліва на ділянці 36, 37 та ментальний праворуч на ділянці 44, 45 зі зміщенням відламків. Для застосування назубних шин недостатньо зубів на фрагментах. Яку методику постійної іммобілізації доцільно використати в цьому випадку?

- А. Шина Порта.
- В. Шина Васильєва.
- С. Шина Тігершtedта.

- D. Шина Вебера.
- E. Шина Ванкевич.

(Відповідь: D.)

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю ($\alpha=11$):

1. Яка з названих шин відноситься до назубних?

- A. Шина Порта.
- B. Шина Ванкевича.
- C. Шина Вебера.
- D. Шина Ванкевича-Степанова.
- E. Шина Васильєва.

(Правильна відповідь: E.)

2. Постійне закріплення відламків при переломах верхньої щелепи здійснюється:

- A. Гладкою шиною-скобою Тігерштедта.
- B. Апаратом Д'арсисака.
- C. Апаратом Рудька.
- D. Двощелепною шиною з зачіпними петлями, що поєднана з прашчеподібною давлючою пов'язкою, або комплексом Збаржа.
- E. Шиною-ложкою Лімберга.

(Правильна відповідь: D.)

3. Пальпаторно при переломі верхньої щелепи відмічається:

- A. Біль при пальпації точок виходу трійчастого нерву.
- B. Біль попереду козелка вуха, основи соскоподібного відростку, біля мочки вуха.
- C. Симптом "сходинки" та болісність при пальпації точок в ділянці основи кореня носа, по краям зіниці, виличної дуги, симптом рухомості відламків та "плаваючого піднебіння".
- D. Біль при натискуванні на підборіддя та кути нижньої щелепи, симптом "сходинки".
- E. Біль при спробі зімкнути зуби, рухомість зубів.

(Правильна відповідь: B.)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. В клініку щелепно-лицевої хірургії госпіталізовано хворого, 37 років, що отримав виробничу травму. Діагноз: травматичний двосторонній ментальний перелом нижньої щелепи зі зміщенням, ангулярний перелом зліва зі зміщенням. Пошкодження м'яких тканин підборіддя (рвано-забита рана). Явища дихальної недостатності. Шоковий стан (еректильна фаза). В чому заключається невідкладна допомога?

(Відповідь: зупинка кровотечі, боротьба з асфіксією, протишокові заходи.)

2. У щелепний-лицьовий стаціонар доставлений потерпілий після автомобільної катастрофі водій 35 років. Свідомість не втрачав. Об'єктивно: обличчя асиметрично за рахунок набряку м'яких тканин щічної ділянки справа, де є рвана рана 2x3 см., рот напіввідкритий. Верхня щелепа рухома і зміщена вниз, вліво і назад. Виберіть найбільш оптимальну конструкцію іммобілізації.

(Відповідь: двощелепна шина із зачіпними петлями).

3. Пацієнт Ж., 29 років, поступив в стаціонар з діагнозом: "відкритий перелом нижньої щелепи між 41, 31 зубами без зміщення уламків". Об'єктивно: рот відкриває в повному об'ємі, зубні ряди інтактні, прикус ортогнатичний. Між 41, 31 зубами відмічається щілина до 2 мм. Симптом непрямого навантаження болісний. Який метод іммобілізації показаний для цього пацієнта?

- A. Назубна гладка шина-скоба.
- B. Назубна шина С.С. Тігерштедта з зачіпними гачками.
- C. Назубна шина С.С. Тігерштедта з похилою площиною.
- D. Назубна шина С.С. Тігерштедта з розпірочним згином.
- E. Назубна шина В.С. Васильєва.

(Відповідь: A.)

7. ЛІТЕРАТУРА:

- 1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2т. – Т.2/В.О.Маланчук, І.П.Логвіненко, Т.О.Маланчук, О.Л.Ціленко – К.: ЛОГОС, 2011. – С. 44-48, 57-58.
- 2. Рузин Г.П. Краткий курс лекцій по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Геннадий Петрович Рузин – Киев: «Книга плюс», 2006 – С. 98-99.

3. Щелепно-лицева хірургія: підручник / О.О.Тімофєєв. – К.: ВСВ «Медицина», 2011. – С. 407-411, 429.
6. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство / под ред. А.А.Кулакова, Т.Г.Робустовой, А.И.Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 – С. 712-713.
7. Стоматологія 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.Демяник. – Харків: Торнадо, 2006. – С. 129-132, 137-138.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
Сумський державний університет
Медичний інститут

«Затверджено»
на засіданні кафедри
стоматології

Завідувач кафедри
д.мед.н.Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	4
Змістовний модуль №	4
Тема заняття	Остеосинтез, апаратні методи фіксації фрагментів кісток лицевого черепа. Досягнення вітчизняних вчених, співробітників кафедри.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

Суми 2018

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Знання методів постійної (лікувальної) іммобілізації відламків при пошкодженнях щелепно-лицевої ділянки дозволить лікарю-стоматологу раціонально організувати та надати кваліфіковану та спеціалізовану медичну допомогу потерпілим як в мирний час, так і в умовах військового часу та в екстремальних ситуаціях.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати показання та протипоказання до застосування остеосинтезу та апаратних методів лікування переломів щелеп.
- 2.2. Пояснювати принципи остеосинтезу при переломах щелеп.
- 2.3. Запропонувати новий підхід у виборі конструкцій для хірургічного лікування переломів щелеп.
- 2.4. Класифікувати хірургічні методи лікування переломів кісток обличчя.
- 2.5. Трактувати дані рентгенограм хворих з переломами кісток обличчя.
- 2.6. Малювати схеми, графіки застосування хірургічних методів при лікуванні переломів нижньої та верхньої щелеп.
- 2.7. Проаналізувати можливі ускладнення при лікуванні переломів кісток обличчя хірургічними методами.
- 2.8. Скласти план лікування різних типів переломів кісток обличчя хірургічними методами.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція)

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Нормальна анатомія.	Знати будову кісток обличчя, анатомію жувальних м'язів, м'язів шиї, будову зубо-щелепної системи. Продемонструвати місце прикріплення м'язів до нижньої щелепи. Орієнтуватися в основних питаннях будови кісток обличчя.
2. Топографічна анатомія та оперативна хірургія.	Топографічну анатомію щелепно-лицевої ділянки в цілому і кісток обличчя зокрема. Принципи оперативних доступів до різних відділів щелепно-лицевої ділянки. Поставити топічний діагноз перелому кісток обличчя.
3. Загальна хірургія.	Скласти план обстеження хворого з травматичним пошкодженням. Вміти правильно обстежити хворого та заповнити медичну документацію.
4. Травматологія.	Володіти основними принципами лікування переломів. Скласти план хірургічного лікування потерпілих з переломами кісток обличчя.
5. Ортопедична стоматологія.	Знати види матеріалів та конструкцій, що застосовуються для хірургічного лікування потерпілих з переломами 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. Репозиція.	Це співставлення відламків кісток.
2. Фіксація.	Це закріплення відламків в правильних умовах.
3. Іммобілізація.	Виведення органу з функції (знерухомлення).
4. Остесинтез.	Хірургічна фіксація відламків кісток.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Принципи лікування переломів кісток.
2. Поняття постійної або лікувальної іммобілізації кісток.
3. Види фіксуючих та давлючих пов'язок, що застосовуються при переломах щелеп.
4. Хірургічні методи лікувальної іммобілізації відламків щелеп.
5. Комбіновані методи лікувальної іммобілізації відламків щелеп.
6. Медикаментозне лікування потерпілих з переломами щелеп.

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

1. Відпрацювання алгоритму роботи з апаратами Рудька та Збаржа.
2. Професійний тренінг зі складання плану хірургічного лікування потерпілих з переломами щелеп.

5.3 МІСТ ТЕМИ:

Лікувальне закріплення відламків щелеп хірургічними методами

В основі сучасного лікування переломів кісток лежить необхідність створення оптимальних умов для прискорення процесів репаративної регенерації, забезпечуючи первинне заживлення кісткової рани. Принципи, якими слід керуватися при цьому, зформульовані Л.І. Крупко в 1967 році:

- точне співставлення відламків;
- приведення відламків по всій поверхні зламу в положення щільного стискання;
- міцна фіксація репонованих і прилягаючих поверхнями зламу відламків, що виключає всяку видиму оком рухомість між ними на весь період, необхідний для повного зрощення перелому.

Дотримання вказаних положень забезпечує первинне кісткове зрощення в найкоротші строки.

Найбільш повно відповідає сучасним вимогам, що пред'являються до лікування переломів кісток взагалі і щелеп зокрема, оперативний метод закріплення відламків – остеосинтез, позбавлений ряду недоліків, властивих ортопедичним методам.

Під остеосинтезом розуміють хірургічний оперативний метод лікування переломів, направлений на міцне з'єднання відламків кістки за допомогою різних матеріалів. В теперішній час остеосинтез знайшов значне поширення в щелепно-лицевій травматології, особливо при лікуванні переломів нижньої щелепи.

Метод оперативного закріплення відламків, тобто остеосинтез, не повинен протиставлятися ортопедичним методам. Якщо ж в момент проведення оперативного втручання в силу тих, чи інших причин не вдається добитися міцного закріплення відламків, то хірург повинен доповнити імобілізацію ортопедичними методами. В ряді випадків ортопедичне лікування може бути доповнене остеосинтезом.

Методи прямого остеосинтезу (фіксуючі засоби безпосередньо з'єднують кінці відламків: проходять через площину перелому усередині кістки, накладаються на поверхню кістки або частково впроваджуються в кістку):

1. Внутришньокісткові:
 - а) штифти і стрижні;
 - б) внутришньокісткові спиці;
 - в) внутришньокісткові гвинти;
2. Накісткові:
 - а) кістковий клей;
 - б) кругові лігатури без наясєвих шин (безпосередньо навколо кістки);
 - в) полумуфти і жолобки, що охоплюють край щелепи.
3. Внутришньокістково-накісткові:
 - а) кістковий шов;
 - б) накісткові мініплатівки;
 - в) кістковий шов у сполученні з накістковими спицями або платівками;
 - г) внутришньокістково-накісткові спиці типу таврової балки;
 - д) «механічний остеосинтез» П-образними скобами за допомогою апаратів, що зшивають кістку
 - е) хімічний остеосинтез за допомогою бистротвердуючих пластмас.

Методи непрямого остеосинтезу (фіксуючі конструкції накладаються на кістку або впроваджуються в неї на деякій відстані від місця перелому, а закріплення провадиться поза кістковою ранюю):

1. Внутришньокісткові:
 - а) спиці Киршнера (по Delay);
 - б) штифтові внєротовые апарати;
 - в) штифтові внєротовые апарати з компресійним устроєм.
2. Накісткові:
 - а) підвішування нижньої щелепи до верхньої (назо-мандибулярна, скуло-, фронтально-мандибулярна фіксація);
 - б) кругові лігатури з надесневими шинами і протезами (по Blesck);
 - в) клеммові внєротові апарати (затискачі);
 - г) клеммові внєротові апарати з компресійним устроєм.

Закріплення відламків нижньої щелепи за допомогою кісткового шва

При оперативному лікуванні невогнепальних переломів нижньої щелепи найчастіше зшивають відламки так званим кістковим швом. Його застосовують при лінійних та великооскольчастих переломах тіла, кута, гілки і основи суглобового відростка. Найбільш широко як шовний матеріал використовують дріт із спеціальних амагнітних нержавіючих сортів сталі, ніхрому, віталіуму, танталу, титану діаметром 0,6-1,8 мм, а також поліамідну нитку і плетений летианлавсан діаметром 0,7-1,0 мм. Всі методи накладення кісткового шва можна розподілити по підходу до зони перелому нижньої щелепи на **внутрішньоротові і позаротові**.

При внутрішньоротовому доступі шов частіше всього накладають в області альвеолярного відростку, для чого використовують шовний матеріал малого діаметру (0,1-0,3 мм). Такий шов однак не може самостійно забезпечити надійне утримання відламків і грає допоміжну роль при назубній фіксації.

Набагато частіше в практиці застосовують позаротовий доступ, який дає можливість провести ревізію зони пошкодження на всьому протязі, полегшує репозицію і утримання відламків в заданому положенні на час нанесення отворів і скріплення відламків. Використання шовного матеріалу великого діаметру (0,6-1,0 мм) дозволяє забезпечити міцну і надійну фіксацію відламків без додаткової іммобілізації.

Незалежно від локалізації перелому при накладанні кісткового шва потрібно прагнути до дотримання наступних умов:

1) отвори для проведення шовного матеріалу повинні наноситись не ближче 1 см від лінії перелому на зовнішній компактній пластинці з таким розрахунком, щоб шов, проведений через них, лягав перпендикулярно до площини злому;

2) бажано, щоб шов перетинав по можливості щілину перелому посередині відстані між краєм нижньої щелепи і основою альвеолярного відростку;

3) отвори для проведення кісткового шва повинні наноситись в зонах, виключаючих пошкодження нижньощелепного каналу і коренів зубів.

Є різні раціональні методи накладення кісткового шва. Шов у вигляді звичайної петлі частіше всього застосовують при поперечних переломах тіла, гілки і суглобового відростка, а також при переломах в області кута нижньої щелепи.

Восьми-подібний кістковий шов рекомендується накладати при переломах в області кута і основи суглобового відростку, коли щілина перелому має виражений косий напрямок. При переломах в області кута цей вид шва міцно утримує латеральний відламок від зміщення доверху і всередину під дією жувальних м'язів, але не завжди зберігає медіальний відламок від тяги м'язів, що опускають нижню щелепу, що може призвести до утворення кута між відламками. Це спостерігається особливо тоді, коли отвори зроблені близько від нижнього краю нижньої щелепи.

Хрестоподібний і подвійний кісткові шви проводять через два парних отвори на кожному відламку і створюють найбільш міцне закріплення. Але при застосуванні цих швів виникає велика небезпека пошкодження нижньощелепного нерву.

Поєднання петлеподібного і восьми-подібного швів застосовують при переломах в області кута нижньої щелепи, коли площина перелому проходить під кутом до горизонтальної поверхні, опускаючись від альвеолярного краю донизу і дозад. При цьому рекомендується застосовувати наступну методику накладення кісткового шва, яка по суті справи, поєднує два перші методи: перший отвір наносять на великому відламку, відступивши від нижнього краю щелепи на 0,5 см і від лінії перелому на 1 см; на такому відламку отвір повинен бути розміщений на перпендикулярі, що проведено від першого отвору до лінії перелому, і відстояти від краю кісткової рани також на 1 см.

Через пророблені отвори проводять петлеподібний і восьми-подібний шви. З допомогою такого подвійного шва створюється міцність закріплення відламків, що обумовлено принципом незміщення трикутника.

Перевага приведеної методики полягає також і в тому, що на кожному відламку наносять лише по одному отвору і тому небезпека пошкодження нижньощелепного каналу і судинно-нервового пучка значно знижується.

При переломах нижньої щелепи в області тіла можливе досить міцне утримання відламків за допомогою трапецієподібного кісткового шва, накладеного по наступній методиці: після оголення і співставлення відламків, відступивши від їх кінців на 1,0-1,5 см, не

відшаровуючи м'яких тканин з внутрішньої поверхні кістки, на нижньому краю щелепи наносять по одній відмітці на кожному відламку; потім по напрямку до зовнішньої компактною пластинки бором проробляють тунелі з таким розрахунком, щоб місця виходу головки бора розміщувались ближче до перелому, ніж точки входу. Кінці дроту вводять в тунелі через отвори, пророблені на нижньому краю щелепи, і виводять на зовнішній поверхні, де і скріплюють між собою. Цей шов можливо накласти лише на тих ділянках тіла, де є достатньо широкий нижній край. Він може бути з успіхом застосований також і в передньому відділі нижньої щелепи, де інші методи накладення кісткового шва підчас малоефективні.

Закріплення відламків нижньої щелепи за допомогою внутрішньокісткового стержня, спиці, гвинта

Розроблений В.І. Лук'яненко (1956) метод закріплення відламків внутрішньокістковим введенням металевому стержня знайшов широке застосування в практиці хірургів при лінійних та великооскольчастих переломах в ділянках кута і тіла нижньої щелепи. При остеосинтезі металевим стержнем обов'язково оголюють зону перелому, відламки співставляють і закріплюють під контролем ока.

Метод фіксації відламків нижньої щелепи внутрішньокістковою металевою спицею (Г.І.Калінічев) дозволяє в ряді випадків обійтись без розрізу м'яких тканин і оголення кістки в області перелому. Крім того, проведення іммобілізації без розтину вогнища пошкодження збільшує можливість консолідації за рахунок кісткової муки і численних дрібних осколків, які являються матеріалом кісткової мозолі. І, нарешті, значно зменшується можливість вторинного інфікування кісткової рани в момент оперативного втручання. Спицю вводять через прокол шкіри апаратом АОЧ-3 з допомогою електродрилі чи бормашини з спеціальною насадкою.

Слід відмітити, що цей метод має певні недоліки: репозиція відламків "всліпу" ускладнює їх правильне співставлення; при наявності між відламками інтерпозиції м'яких тканин її неможливо усунути без оголення області перелому; закріплення відламків однією спицею не попереджує зміщення відламків за рахунок ротації кругом осі спиці; є небезпека пошкодження судинно-нервового пучка, що проходить в нижньощелепному каналі, а також коренів зубів.

Відмінною рисою закріплення відламків з допомогою гвинта (І.Н.Муковозов) в порівнянні з гладким металічним стержнем є те, що при вкручуванні його до стикання головки з зовнішньою компактною платівкою проходить зближення відламків і інтимне прилягання поверхонь злому одна до одної. Показання до застосування цього методу – переломи без дефекту кістки в межах тіла нижньої щелепи.

Поєднані методи остеосинтезу

При лінійних і великооскольчастих переломах в ділянках тіла, кута і суглобового відростку застосовують поєднані методи остеосинтезу. До них відносяться наступні:

1. Поєднання тонкої металеві спиці і кісткового дротяного шва з розміщенням спиці по нижньому краю нижньої щелепи, коли можливо зміщення відламків переважно по вертикалі. Застосовується головним чином при переломах тіла нижньої щелепи;

2. Поєднання двох тонких металевих спиць і кісткового шва з розміщенням спиць на зовнішній і внутрішній компактних платівках нижньої щелепи. Цю комбінацію слід застосовувати, коли можливо зміщення відламків переважно по горизонталі. Рекомендується до застосування в основному при переломах в області кута, гілки і основи суглобового відростку нижньої щелепи;

3. Комбінація із трьох накісткових спиць і дротяних швів створює міцний каркас з досить жорстким кріпленням. Пропонована конструкція забезпечує можливість проведення лікування переломів нижньої щелепи навіть при невеликих дефектах кістки.

4. Поєднання кісткового шва і тонкої металеві спиці, яка розміщується на внутрішній поверхні суглобового відростку і гілки. В цьому варіанті досягається досить міцне закріплення відламків, яке попереджує зміщення малого відламку всередину.

Одним із надійних методів щільного остеосинтезу при переломах у підборідному відділі є спосіб, описаний М.С. Назаровим (1966). Автор для закріплення відламків вводить спицю внутрішньокістково, а дротяну петлю розміщує на зовнішній поверхні кістки, тобто екстраосально, чим забезпечується не тільки жорсткість закріплення, але і деяка компресія відламків.

5. Поєднання тонкої металеві спиці, що розміщується на зовнішній поверхні суглобового відростку і гілки, і кісткового шва у випадках зміщення периферійного кінця

малого відламку назовні. Запропонована комбінація жорсткого кріплення попереджує зміщення відламків у вертикальному і горизонтальному напрямках.

Внутрішньокістково–накістковий спосіб

Закріплення відламків з допомогою спиці і кісткового шва показано при переломах в ділянці шийки суглобового відростку, що супроводжуються вивихом суглобової головки, коли на малому відламку недостатньо місця для розміщення накісткової спиці. При високих переломах шийки суглобового відростку з вивихом суглобової головки в несприятливих умовах (неможливість вправлення і утримання суглобової головки в момент остеосинтезу, особливо при застарілих переломах, відрив головки від латерального крилоподібного м'язу в момент вправлення і т.п.) розроблений принципово новий метод оперативного лікування – реплантація суглобового відростка с послідуочим остеосинтезом (В.А. Малишев, 1965). При цій операції суглобову головку витягують назовні, після чого підготовлюють умови для її реплантації і остеосинтезу.

Накісткові методи закріплення відламків нижньої щелепи

До них відносять: закріплення відламків з допомогою накісткових рамок за Б.Л. Павловим, склеювання остеопластом за М.А. Цициновецькому і Л.П. Мальчиковій, остеосинтез самотвердіючими пластмасами за Е.Ш. Магариллом, метало-полімерний остеосинтез за В.І. Лук'яненком.

Показання до застосування накісткових рамок – лінійні і дрібнооскольчасті переломи в межах тіла, кута і нижньої третини гілки, в тому числі і при переломах з дефектом кістки; до застосування остеопласта – лінійні переломи різної локалізації за винятком переломів вище основи суглобового відростку; до застосування самотвердіючих пластмас – переломи на всьому протязі тіла, гілки і відростків.

При застосуванні остеопласта і самотвердіючих пластмас насторожує одна загальна обставина – кістці нижньої щелепи, яка пошкоджена, наносять додаткову травму при випилюванні значної ділянки компактної платівки безпосередньо біля зони перелому. Крім цього, застосовуючи остеопласт, кістці наносять додаткову травму ефіром і гарячим повітрям.

При метало-полімерному остеосинтезі відламки щелепи закріплюють металевою конструкцією з компресійною петлею, яку розміщують поза зоною безпосереднього пошкодження кістки.

Показання до метало-полімерного остеосинтезу – великооскольчасті переломи тіла і кута нижньої щелепи і переломи з невеликими дефектами кістки.

Для закріплення відламків нижньої щелепи при переломах в області кута і тіла нерідко користуються різними скобами, що накладають після попереднього просвердлювання отворів, або з допомогою різних зшиваючих апаратів.

Закріплення відламків нижньої щелепи з допомогою позаротових апаратів

Особливе місце в арсеналі засобів оперативного лікування переломів нижньої щелепи займають позаротові апарати (В.Ф. Рудько, 1948; Я.М. Збарж, 1957; В.М. Уваров, 1958 та ін.). Вони в теперішній час добре відомі спеціалістам. Накладання їх не потребує обов'язкового попереднього зпівставлення відламків, яке у випадку необхідності може бути досягнуто з допомогою самого апарату, його шарнірного пристрою. Зовнішні фіксатори, на відміну від накісткових і внутрішньокісткових, здійснюють іммобілізацію на відстані і застосовуються при переломах щелеп з дефектом кістки.

Компресійний остеосинтез. Слід розрізняти одномоментну і постійну компресію. Перша може бути здійснена при використанні компресійних пристроїв, що заглиблюються (гвинти, компресуючі платівки, кістковий шов та ін.), а друга забезпечується накладанням позавогнищевих зовнішніх компресуючих апаратів.

Показаннями до компресійного остеосинтезу з накладанням екстраоральних апаратів є переломи тіла нижньої щелепи без дефекту кістки, ускладнені в ряді випадків остеомієлітичним процесом.

Вибір того, чи іншого методу остеосинтезу і виду знеболення повинен базуватися на визначенні загального стану потерпілого, області перелому, характеру і ступеня зміщення відламків, співвідношення щілини перелому і коренів зубів, а також індивідуальних анатомічних особливостей нижньощелепної кістки (розміщення нижньощелепного каналу, його взаємовідношення з верхівками коренів зубів).

В передопераційному періоді при відкритих переломах необхідно систематично проводити заходи, спрямовані на попередження запальних ускладнень.

Оперативне закріплення відламків верхніх щелеп

До оперативних методів лікування переломів верхніх щелеп відносять:

1. кістковий шов;
2. метод лобно-щелепного остеосинтезу по Т.В.Чернятиній і О.А. Свистунову;
3. остеосинтез з допомогою спиць Кіршнера по М.О. Макієнко.

В тих випадках, коли є відкритий перелом верхньої щелепи з пошкодженням зовнішніх покривів, можливий безпосередній остеосинтез, який може бути з успіхом здійснений накладанням шва кістки через шкіряну рану.

При лікуванні переломів верхніх щелеп Т.В.Чернятина і О.А. Свистунов (1965) застосовують методику лобно-щелепного остеосинтезу, закріплюючи відламки верхньої щелепи дротяною лігатурою, що проходить через отвори, пророблені в вилицево-альвеолярному гребені і супраорбітальному краї лобної кістки. При цьому методі після накладання дроті не виступає в порожнину рота, а залишається прихованим м'якими тканинами, що особливо цінно в військово-польових умовах, коли може виникнути загроза розвитку важких форм променевої хвороби, при якій всі назубні пристрої будуть неприйнятними.

М.О. Макієнко (1968) для закріплення відламків верхньої щелепи використовує спиці Кіршнера, які вводить через прокол м'яких тканин за допомогою апарату АОЧ-3 під різними кутами, закріплюючи між собою пошкоджені і непошкоджені кістки лицьового скелету. Автор при нижніх переломах по ЛеФор спиці вводить в напрямку до носової ості з двох боків. Спиці проходять через вилицеву кістку, вилицево-щелепний шов, дно щелепної пазухи, перетинаючи лінію перелому. При середніх переломах по ЛеФор вона вводить дві спиці трансмаксиллярно від одної вилицевої кістки до другої. Спиця проходить через щелепні пазухи і порожнину носа. Опорними точками для скелету є вилицеві кістки. При верхніх переломах по ЛеФор остеосинтез спицями М.О. Макієнко проводить двома способами: 1) закріплює лицевий скелет на медіальних відламках вилицевої дуги, проводячи дві спиці поперечно; 2) закріплює лицевий скелет на медіальних відламках вилицевих дуг, проводячи по дві спиці з кожного боку косо ззаду наперед в напрямку вилицевої кістки. При проведенні спиць відламки верхньої щелепи немов би нанизуються на спиці. При необхідності автор вводить додаткові спиці від вилицевої кістки в напрямку носового виступу альвеолярного відростку. По закінченні остеосинтезу кінці спиць відрізають і заглиблюють під шкіру.

Хірургічно-ортопедичні методи лікування переломів щелеп

Сполучені методи лікування переломів нижньої щелепи. Одним з них являється “зовнішня лігатура” (за Блеком). Суть цього хірургічно-ортопедичного прийому полягає в проведенні навколо тіла нижньої щелепи дротяної петлі, що фіксує відламки до наясної шини чи знімного протезу. Показання до застосування – переломи беззубої щелепи в підборідковому відділі.

Якщо знімний протез хворого використовується як шина, то слід в місці накладання лігатур пропилювати бором паз між штучними зубами, як можна ближче до базису протезу. Це забезпечує більш стійке кріплення протезу до щелепи. В ряді випадків, при інших локалізаціях перелому, потрібно вдаватися до двощелепної фіксації відламків, використовуючи метод динамічного підвішування нижньої щелепи до назубної шини верхньої щелепи, чи навіть до кісток лицьового скелету за зовнішній край грушоподібного отвору, за передню ость носа та інші.

При підвішуванні за передню ость і стінки грушоподібного отвору необхідно рекомендувати захист альвеолярного відростку верхньої щелепи наясною шиною, яка не тільки попереджує утворення пролежнів на слизовій оболонці від тиску дротяної петлі, але і створює кращі умови для витягання нижньої щелепи доверху і попереду.

Метод динамічного підвішування нижньої щелепи до верхньої доцільно застосовувати:

— при загальному важкому стані хворого і численних переломах нижньої щелепи, коли не можна застосовувати ортопедичний метод назубного шинування, а тривале оперативне втручання може погіршити стан хворого;

— при переломах суглобових відростків зі зміщенням, навіть при наявності зубів, коли треба розвинути значну силу витягання.

Сполучені методи лікування переломів верхньої щелепи. При закріпленні відламків верхньої щелепи все частіше застосовують методи оперативного лікування, поєднуючи їх з ортопедичними прийомами, що ґрунтуються на способі фіксації назубної шини верхньої щелепи до головної опірної пов'язки чи до непошкоджених кісток лицевого скелету і лобної кістки.

Одним з таких методів є хірургічно-ортопедичний спосіб Фідершпіля (1934) суть якого полягає в тому, що відламки верхньої щелепи фіксують назубними шинами до гіпсової шапочки з допомогою відрізків тонкого сталюого дроту (поліамідних ниток), проведених через товщу м'яких тканин щік.

В тих випадках, коли перед закріпленням відламків не вдається досягти правильної репозиції, треба здійснити еластичне витягання шляхом використання гумових кілець. Для того, щоб забезпечити потрібний напрямок витягання, в гіпсову шапочку монтують металевий каркас у вигляді козирка, на різних ділянках дротяної дуги якого фіксують верхній кінець нитки. Підвішування верхньої щелепи до головної опірної пов'язки може бути також здійснено шляхом проведення штифта через товщу верхньої щелепи (Тома, 1944).

В основу другої групи методів лікування переломів лежить ідея підвішування верхньої щелепи до кісток нерухомої частини черепа – вилицевим і лобним, з'єднуючи їх з назубною шиною дротом (Фальтін, 1916; Адамс, 1942).

Суть закріплення відламків по методу Фальтіна-Адамса полягає в наступному: в залежності від того, на якому рівні пройшов перелом, фіксацію здійснюють за нижньоорбітальний край, вилицеву кістку (дугу), вилицевий відросток лобної кістки при допомозі лігатури, закріпленої на назубній шині верхньої щелепи. З кожного боку "опірну ділянку" кістки оголюють частіше всього зовнішнім доступом і після просвердлювання отворів через них проводять дротяну петлю (поліамідну нитку), кінці якої з допомогою товстої ін'єкційної голки виводять в присінник рота і кріплять до назубної шини. При проведенні лігатури навколо вилицевої кістки чи дуги нема потреби в просвердлюванні отворів.

Слід підкреслити, що в переважній більшості випадків при застосуванні цих методик для регуляції прикусу необхідно вдаватися до міжщелепної фіксації лігатурними пов'язками до двощелепного назубного шинування.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

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

1. Рентгенограми, фото та виписки з історій хвороб потерпілих з переломами кісток обличчя
2. Матеріали та обладнання для підготовки оперативного лікування переломів щелеп..

Б. Задачі для самоконтролю:

1. Потерпілому з переломом верхньої щелепи по типу Ле Фор II проведено оперативне втручання з закріпленням відламків спицями Киршнера, введеними через шкіру в поперечному напрямку на рівні виличних кісток. Назвіть метод остеосинтезу за авторами.

- A. Макієнко.
- B. Федершпіля.
- C. Фальтіна-Адамса.
- D. Вассмунда.
- E. Роу-Кіллі.

(Відповідь: А.)

2. У бійця, пораненого осколком снаряду, діагностовано вогнепальний перелом нижньої щелепи із дефектом кістки в ділянці підборіддя більше 3 см. Який метод фіксації фрагментів нижньої щелепи показаний?

- A. Апаратний остеосинтез (Рудько, Бернадський).
- B. Назубні шини Тігерштедта.
- C. Прямий остеосинтез.
- D. Шина Гунінга-Порта.
- E. Міжщелепове лігатурне зв'язування за Айві.

(Відповідь: А.)

3. Хворий 42 років госпіталізовано з переломом верхньої щелепи по типу Ле-Фор II. Виберіть апарат для лікування цього хворого.

- A. Збаржа.
- B. Кулагіна.
- C. Рудько.

Д. Пенна-Брауна.

Е. Ядрової

(Відповідь: А.)

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (α=Π):

1. Назвіть показання для застосування апарату Збаржа.

А. Перелом верхньої щелепи по Ле Фор I, II, III, по Герену, по Васмунду.

В. Перелом нижньої щелепи при відсутності зубів на щелепах або при дефекті тіла щелепи.

С. Перелом нижньої щелепи в ділянці гілки або суглобового відростку.

Д. Перелом нижньої щелепи в межах зубного ряду або кута щелепи.

Е. Перелом альвеолярного або вінцевого відростка нижньої щелепи.

(Правильна відповідь: А.)

2. Які види фіксації відносяться до прямого остеосинтезу при переломах верхньої щелепи?

А. Накладання спиц Киршнера, спиц ЦІТО за Макієнко.

В. Накладання штифтових або клемових апаратів.

С. Накладання кругових лігатур з наясеновими шинами.

Д. Накладання кісткового шву та металевих рамок.

Е. Накладання дротяних, стрічкових або суцільнолитих шин.

(Правильна відповідь: А.)

3. На якому етапі медичної допомоги проводиться первинна хірургічна обробка ран при вогнепальних переломах щелеп:

А. МПП.

В. ОМедБ.

С. ОМЗ.

Д. СВПХШ (НХ).

Е. ВПШЛП.

(Правильна відповідь: Д.)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. Хворий С., 28 років, звернувся через 3 дні після травми зі скаргами на болючу припухлість в ділянці тіла нижньої щелепи зліва. Пальпація тіла нижньої щелепи зліва болюча, відмічається рухомість відламків в ділянці 45 зубів. При спробі закривання роту відмічається змикання молярів антагоністів зліва. В центральному відділі і в ділянці молярів справа змикання зубів немає. На рентгенограмі в боковій зліва проекції виявлена щілина перелому в ділянці 45 зубів. Виставлено діагноз: перелом тіла нижньої щелепи зліва в ділянці 45 зубів. Який з видів хірургічного лікування треба застосувати?

(Відповідь: не прямий остеосинтез.)

2. Хворий С., 58 років, звернувся через 5 дні після травми зі скаргами на болючу припухлість в ділянці тіла нижньої щелепи зліва. Пальпація тіла нижньої щелепи зліва болюча, відмічається рухомість відламків в ділянці 35 зубів. При спробі закривання роту відмічається змикання молярів антагоністів зліва. В центральному відділі і в ділянці молярів зліва змикання зубів немає. На рентгенограмі в боковій зліва проекції виявлена щілина перелому в ділянці 35 зубів. Виставлено діагноз: перелом тіла нижньої щелепи справа в ділянці 35 зубів. Яке ускладнення вірогідне в даному клінічному випадку?

(Відповідь: нагноєння кісткової рани.)

3. Хвора К. 75 років, поступила в стоматологічне відділення з діагнозом: перелом нижньої щелепи справа в ділянці кута із зміщенням. Об'єктивно: асиметрія обличчя за рахунок посттравматичного набряку, при пальпації відмічається рухомість уламків в ділянці перелому, біль. В анамнезі - епілепсія з народження. Який метод лікування запропонуєте?

А. Остеосинтез.

В. Імобілізація шинами Васильєва.

С. Імобілізація шинами Тігірштедта.

Д. Шина Порта.

Е. Імобілізація шиною Ванкевича.

(Відповідь: А.)

7. ЛІТЕРАТУРА:

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2т. – Т.2/В.О.Маланчук, І.П.Логвіненко, Т.О.Маланчук, О.Л.Ціленко – К.: ЛОГОС, 2011. – С. 48-55, 58-66, 75-77, 86.
2. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия: Руководство для врачей / Под ред. проф. В.Н.Балина и проф. Н.М.Александрова. 4-е изд., доп. и испр. – СПб.: СпецЛит, 2005. – С. 92-516.
3. Щелепно-лицева хірургія: підручник / О.О.Тімофєєв. – К.: ВСВ «Медицина», 2011. – С. 411-418, 429-431.
4. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство / под ред. А.А.Кулакова, Т.Г.Робустовой, А.И.Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 – С. 720-721.
5. Стоматологія 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.Демяник. – Харків: Торнадо, 2006. – С. 132-136, 138.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
Сумський державний університет
Медичний інститут

«Затверджено»
на засіданні кафедри
стоматології

Завідувач кафедри
д.мед.н.Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	4
Змістовний модуль №	4
Тема заняття	Поєднані ушкодження щелепно-лицевої ділянки. Черепно-щелепно-лицеві ушкодження. Особливості клінічного перебігу, діагностика, ускладнення, особливості лікування на етапах медичної евакуації. Досягнення вітчизняних вчених, співробітників кафедри.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Знання клінічної картини, особливостей діагностики поєднаних 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:

- 1.1. Аналізувати поняття поєднаних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки.
- 2.2. Пояснювати механізм симптому взаємного обтяження.
- 2.3. Запропонувати етіопатогенетичну схему симптому взаємного обтяження.
- 2.4. Класифікувати черепно-щелепно-лицьові пошкодження та ЗЧМТ.
- 2.5. Тракувати дані рентгенограм, томограм та інших результатів параклінічних досліджень потерпілих з поєднаною травмою ЩЛД.
- 2.6. Малювати схеми етапів медичної евакуації.
- 2.7. Проаналізувати можливі ускладнення поєднаної травми ЩЛД.
- 2.8. Скласти алгоритм першої допомоги, обстеження та лікування на етапах медичної евакуації потерпілих з черепно-щелепно-лицьовими пошкодженнями та травматичною хворобою.

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 хвороби.
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 хвороби.
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.

5. ЗМІСТ ТЕМИ:

Поєднана травма – це пошкодження, що викликане одночасним впливом пошкоджуючого агента на декілька органів, розташованих в одній або декількох ділянках організму. Визначення поняття поєднаної травми тісно пов'язане з визначенням поняття – політравма. Під політравмою розуміють одноманітні ураження двох та більше анатомічних ділянок, при яких спостерігається порушення життєво важливих функцій організму. Це важка поєднана травма, що супроводжується розвитком клініки травматичного шоку (шокогенна поєднана травма). Виділення політравми в окрему категорію має важливе значення в зв'язку з певними особливостями таких поранень. Поєднання уражень декількох анатомічних ділянок тіла – патологічний стан, пов'язаний з виникненням синдрому взаємного обтяження уражень – кожне з уражень погіршує загальну патологічну ситуацію і кожне конкретне ураження при політравмі перебігає більш важко, з великим ризиком розвитку ускладнень, ніж при ізольованій травмі.

При пошкодженнях щелепно-лицевої ділянки найбільш частішою та клінічно важкою є поєднана травма обличчя та головного мозку. За даними В.Ф.Чистякової (1977 р.), Ю.Й.Бернадського (1985 р.), К.Я.Передкова (1998 р.) щелепно-лицеві пошкодження сполучаються з черепно-мозковими травмами у 86-100% випадків.

Анатомічна єдність лицевого та мозкового черепу створює основу для виникнення краніо-фаціальних пошкоджень. Нижня щелепа через скронево-нижньощелепний суглоб з'єднується з зовнішньою частиною основи черепу. Тому при ударі у нижню щелепу суглобна головка пошкоджує основу середньої черепної ямки (кам'янистої частини скроневої кістки) та внутрішній слуховий прохід, що викликає порушення слуху та функцій лицевого нерву. Особливості архітекtonіки лицевого скелету створюють умови для захисту головного мозку від травматичних впливів з одного боку, але й виграють важливу роль у передачі механічної енергії на мозкові структури – з іншого боку. Тісними взаємовідносинами лицевого та мозкового черепу обумовлені загрозливі ускладнення – субдуральні гематоми, сударакноідальні крововиливи, тромбози мозкових судин, травматичні аневризми, переломи шийних хребців, основи черепу.

Поєднаною травмою обличчя і головного мозку варто вважати:

ушкодження лиця і головного мозку, викликані впливом агента, що травмує, на лицевий череп; ушкодження, викликані одночасним впливом агента, що травмує, на лицевий і мозковий череп.

О.П. Фраерман та співавтори (1974 р.) класифікують **сполучені краніо-фаціальні пошкодження за ступенем важкості:**

1. тяжка ЧМТ та тяжкі пошкодження обличчя;
2. тяжка ЧМТ та нетяжкі пошкодження обличчя;
3. нетяжка ЧМТ та тяжкі пошкодження обличчя;
4. нетяжка ЧМТ та нетяжкі пошкодження обличчя.

Пошкодження щелепно-лицевої ділянки при сполучених травмах у більшості постраждалих не є домінуючими, але впливають на плин та наслідок травми. У цих хворих розвивається травматична хвороба, ланцюгами якої є крововтрата, неспецифічні розлади функцій пошкоджених органів, гіпоксія, токсемія, больовий синдром, в подальшому – моно- та поліорганна недостатність.

Клінічна симптоматика сполученої травми залежить від тяжкості та характеру черепно-мозкової та черепно-лицевої травми. Переважає неврологічна симптоматика, яка утруднює діагностику.

Черепно-мозкова травма поділяється на 3 форми:

1. струс мозку;
2. забій мозку (легкого, середнього, тяжкого ступеня);
3. здавлювання мозку (на фоні його забою та без забою мозку).

З урахуванням можливості загрози інфікування мозку, травми головного мозку бувають закриті і відкриті. Відкрита черепно-мозкова травма може бути проникаючою та непроникаючою у порожнину черепу.

Симптоматика черепно-лицевої травми складається з загально мозкових та осередкових симптомів. **Загально мозкові симптоми:** втрата свідомості; амнезія (повна або часткова) антеградна або ретроградна; головний біль; запаморочення; нудота і блювота (однократна, багатократна). **Осередкові симптоми:** знічні (зміни розміру зіниць, форми, реакції); ослаблення рогівкових рефлексів; порушення рухів очних яблук; парез лицевого нерва (односторонній, двосторонній (гіпомімія)); вегетативні розлади подиху і кровообігу.

Патогенез основних симптомів гострої травми головного мозку:

1. втрата свідомості в результаті блокади висхідних шляхів ретикулярної формації;
2. амнезія внаслідок порушення процесів сприйняття;
3. головний біль унаслідок рефлекторно-судинних і ліквородинамічних порушень;
4. запаморочення в наслідок дисфункції стовбурних відділів вестибулярного апарата або порушення його зв'язку з вище лежачими відділами мозку;
5. нудота і блювота в результаті нервово-рефлекторних розладів;
6. порушення знічного, рогівкового рефлексу і розлади рухів очей в результаті порушення функції мезенцефального відділу мозку;
7. парез лицевого нерва (центрального, периферичного) і вегетативні розлади в результаті пошкодження стовбура мозку на рівні варолієва моста (V, VI, VII, VIII) і бульбарного відділу (ядра IX, X, XI, XII пар).

Струс головного мозку – закрите механічне пошкодження, що характеризується порушенням функцій мозку без явних виражених морфологічних змін. Спостерігається розширення судин, крапкові крововиливи, збільшення проникності судинних стінок, набряк мозкової речовини, підвищення внутрішньочерепного тиску. Втрата свідомості від декількох секунд до декількох хвилин. Клінічна картина: втрата свідомості, одноразове або багаторазове блювання, повільний або прискорений пульс, підвищення температури тіла до 37,7⁰C, в'ялість, сонливість, апатія, головний біль та запаморочення, нудота, лабільність серцевої діяльності, пітливість, вестибулопатія, втома, погіршення пам'яті.

Забій головного мозку – закрите механічне пошкодження головного мозку, що характеризується виникненням осередків деструкції його тканини, проявляється неврологічною та психопатологічною симптоматикою. У клінічній картині до симптомів струсу приєднуються осередкові симптоми: головний біль, блювання, брадикардія, сонливість, оглушення, епілептиформні напади, сопор, потім – кома.

Здавлювання головного мозку – обумовлено внутрішньочерепними гематомами (субдуральними, епідуральними, внутрішньомозковими), здавленими переломами кісток мозкового черепа, зростаючим набряком мозку. Симптоми внутрішньочерепних гематом: динаміка погіршення загального стану хворого та його свідомості; збільшення внутрішньочерепного тиску; гіпоксія мозку; підвищення загально мозкової та осередкової неврологічної симптоматики; вегетативні розлади.

Причини невчасної діагностики закритої черепно-мозкової травми при ушкодженні лица:

1. виражені компенсаторні захисні механізми;
2. пізня госпіталізація (3-5 день після травми);
3. пізній огляд невропатологом (на 7-10 день після травми);
4. стан алкогольного сп'яніння;
5. не повністю зібраний анамнез;
6. дезорієнтація лікаря хворим; не встановлене порушення свідомості.

Причини смерті при сполучених травмах лица і головного мозку:

1. глобальна руйнація мозкового й лицевого черепа;
2. перелом основи черепа;
3. важкі ушкодження головного мозку;
4. а) крововиливи в речовину мозку;
5. б) защемлення стовбура мозку в потиличному отворі;
6. несумісні з життям ушкодження інших органів і систем.

При забоях м'яких тканин, одночасно з передачею травмуючого зусилля на головний мозок, здійснюється пошкодження периферійних гілок черепно-мозкових нервів, розчавлення кровоносних судин з утворенням великих гематом, подразнення рефлексогенних зон обличчя. Забої м'яких тканин обличчя поєднуються зі закритою черепно-мозковою травмою легкого ступеня. Але можливі випадки крововиливів у стовбур головного мозку.

Найбільш тяжким та складним клінічним плином відрізняються множинні пошкодження декількох кісток лицевого черепа, що поєднані зі травмою головного мозку. Ці пошкодження поєднуються частіше всього з забоем мозку середнього або важкого ступеня, або з травмою головного мозку, що несумісна з життям.

Особливості діагностики сполучених краніо-фаціальних травм:

1. клінічні симптоми пошкодження обличчя та головного мозку;
2. додаткові методи – рентгенографія черепа (краніографія), аксіальна комп'ютерна томографія, ЯМР, ЕЕГ, РеоЕГ, люмбальна пункція, дослідження ліквору та його тиску, пневмоенцефалографія, лабораторні дослідження;
3. консультації суміжних спеціалістів (невролог, нейрохірург, ЛОР, офтальмолог, травматолог).

Лікувальна тактика лікаря при поєднаних травмах щелепно-лицевої ділянки

Вибір лікувальної тактики повинен бути базуватися на індивідуальному підході до кожного хворого. Разом з тим, є перелік заходів, що обов'язкові для усіх хворих незалежно від характеру пошкодження та виду травми:

1. Хворі зі поєднаною травмою обличчя та головного мозку підлягають госпіталізуванню у профільну лікувальну установу (відділення нейрохірургії, щелепно-лицеве відділення, відділення політравми).
2. Обов'язкова умова лікування – дотримання ліжкового режиму при задовільному стані протягом 1-2 тижнів.
3. Усім хворим зі струсом головного мозку рекомендують холод на голову.
4. Для поліпшення обмінних процесів у нервовій тканині здійснюють внутрішньовенні вливання 20-30 мл 40% розчину глюкози.
5. Обов'язкове діагностування у хворого зі пошкодженням головного мозку гіпер- або гіпотензивного синдрому.

При синдромі лікворної гіпертензії поведінка хворих відрізняється психомоторним збудженням, некритичним відношенням до свого стану, не дотриманням ліжкового режиму. Хворі скаржаться на дифузний головний біль. Відмічаються слухові, зорові та тактильні гіперпатії: хворі не виносять шуму, яскравого світла, торкання до ліжка. Таким хворим здійснюють спино-мозковий прокол з визволенням спино-мозкової рідини та зниженням її тиску на 25% по відношенню до вихідного (у нормі 100-200 мм водного стовпа). Здійснюють дегідратаційну терапію (10 мл 25% розчину сульфату магнію в/м, 1-2 мл 1% розчин лазіксу в/м). Положення хворого у ліжку з напівпіднятим головним відділом.

При лікворної гіпотензії хворі в'ялі, сонливі, психічно виснажені. Лице бліде, рясний піт, головний біль посилюється при зміні положення голови. Хворі лежать без подушки. Здійснюють в/в введення 10-15 мл бідистильованої води, крапельне введення під шкіру або в/в 300-500 мл 5% розчину глюкози. Положення хворого у ліжку з напівпіднятим відділом ніг.

6. Медикаментозне лікування, що зміцнює організм, молочно-рослинна дієта з обмеженням солі, багата вітамінами, білками, обмеження вживання води.

7. Ретельна та своєчасна обробка кісткових ран, дефектів м'яких тканин та іммобілізація відламків кісток для профілактики гнійно-запальних ускладнень.

8. Необхідність відновлювального лікування хворих після стаціонарного лікування.

Обсяг медичної допомоги на догоспітальних етапах:

1. протишокові заходи;
2. боротьба з асфіксією;
3. боротьба з кровотечею та крововтратою;
4. тимчасова іммобілізація відламків кісток;
5. правильна евакуація постраждалих (лежачи на боці ураження з введеним повітроводом або інтубація пораненого).

В **приймальному відділенні** здійснюють обов'язкову консультацію хірурга-травматолога, нейрохірурга, невропатолога, починають реанімаційну та інтенсивну терапію.

Спеціалізоване лікування поділяється на екстрене, швидке та відстрочене лікування.

До **екстреного лікування** відноситься: зупинка кровотечі, забезпечення дихання (профілактики асфіксії), трахеостомія, інтубація.

До **швидкого лікування** відноситься: операція ПХО ран, тимчасова іммобілізація відламків кісток (строк до 2 диб після надходження у лікувальний заклад).

Відстрочене лікування здійснюють через 48 годин: операція ПХО ран, постійна іммобілізація відламків кісток.

Проведення спеціалізованого лікування здійснюють після стабілізації гемодинамики (12 годин від початку протишокових заходів) або у період виводу з шоку (4-7 годин).

Лікування ушкоджень нижньої щелепи:

1. при сполученні зі струсом головного мозку – атрауматична репозиція і фіксація відламків під ретельним знеболюванням;
2. при сполученні з забоєм головного мозку – після консультації невропатолога роблять репозицію і фіксацію відламків шинами або остеосинтез у терміни, що залежать від динаміки неврологічної симптоматики;
3. при сполученні з важкою закритою черепно-мозковою травмою – після консультації з невропатологом роблять репозицію і фіксацію відламків шинами або остеосинтез у терміни, що залежать від динаміки неврологічної симптоматики.

Лікування переломів верхньої щелепи:

1. при сполученні зі струсом головного мозку: фіксація відламків індивідуальними дротовими або пластмасовими шинами, за допомогою апарата Збаржа у 1-2 добу після травми; оперативне лікування через 3-5 днів після травми;
2. при сполученні з забоєм мозку і важкою закритою черепно-мозковою травмою: після консультації невропатолога – фіксація відламків апаратом Збаржа або оперативне закріплення в терміни, що залежать від динаміки неврологічної симптоматики.

Лікування переломів кісток носа:

1. при сполученні з коммоцією мозку:
 - редресація або репозиція відламків під ретельним знеболюванням;
 - фіксація відламків шиною Шефтеля або контурною пов'язкою;
2. при сполученні з забоєм мозку і важкою черепно-мозковою травмою (після консультації невропатолога):
 - редресація або репозиція відламків під ретельним знеболюванням;
 - фіксація відламків шиною Шефтеля або контурною пов'язкою у терміни, що залежать від динаміки неврологічної симптоматики.

Лікування забоїв м'яких тканин лица:

1. при сполученні з коммоцією і контузіїєю мозку – рання ПХО рани;
2. при сполученні з важкою черепно-мозковою травмою після консультації невропатолога – первинно-відстрочена або пізня ПХО рани в терміни, що залежать від динаміки неврологічної симптоматики.

Ускладнення і наслідки сполучених травм лица і головного мозку:

1. уповільнена консолідація відламків;
2. нагноєння рани;
3. повторні кровотечі;
4. посттравматичний остеомієліт;
5. порушення зору;
6. зниження слуху;
7. зниження чутливості на обличчі;
8. головна біль;
9. запаморочення;
10. зниження пам'яті;
11. швидка стомлюваність;
12. арахноїдит;
13. менінгоенцефалит;
14. енцефалопатії;
15. травматична епілепсія та деградація особи;
16. стенокардія рефлекторного генезу.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

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

1. Збірники ситуаційних задач з тематики черепно-щелепно-лицевих пошкоджень.
2. Фото потерпілих з поєднаною травмою ЩЛД.

Б. Задачі для самоконтролю:

1. 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, відкриття 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.)

2. 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: В.)

3. 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 верхніх щелеп по Ле Фор II (середній тип), струс головного мозку.
- E. Перелом кісток носу, суглобових голівок нижньої щелепи, закрита черепно-мозкова травма.

(Відповідь: А.)

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (α=II):

1. У постраждалого з пошкодженням щелепно-лицевої ділянки з анамнезу захворювання відомо про порушення свідомості, втрату пам'яті, головний біль, запаморочення, нудоту та блювоту. Це свідчить про:

- A. Розвиток ускладнень травми щелепно-лицевої ділянки.
- B. Поєднану травму щелепно-лицевої ділянки.
- C. Зниження резистентності організму хворого.
- D. Пошкодження органів ший.
- E. Пошкодження органів черевної порожнини.

(Правильна відповідь: В.)

2. Поєднаною травмою обличчя та головного мозку вважають:

- A. Ушкодження обличчя та головного мозку, яке викликане одномоментною дією травмуючого агенту на лицевий череп або на лицевий та мозковий череп.
- B. Ушкодження обличчя та ушкодження мозкового черепа вторинними раничими снарядами.
- C. Ушкодження, яке викликане одномоментною дією різних травмуючих агентів.
- D. Ушкодження обличчя та головного мозку, що ускладнилось запальним процесом.
- E. Ушкодження мозкового черепа, що викликане розладом інших систем, в тому числі й лицеві ділянки.

(Правильна відповідь: А.)

3. Що не є симптомом закритої черепно-мозкової травми?

- A. Нудота.

- В. Блювота.
- С. Запаморочення.
- Д. Втрата свідомості.
- Е. Бронхоспазм.

(Правильна відповідь: Е.)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. В ЦРЛ під час чергування хірурга-стоматолога госпіталізовано хворого, 28 років після ДТП у важкому стані: свідомість спутана, позиви до блювання, психомоторне збудження. Після сумісного обстеження з черговим загальним хірургом було встановлено попередній діагноз: закрита черепно-мозкова травма, перелом правої плечової кістки, лівої променевої кістки, перелом правого VII ребра, двосторонній ментальний перелом нижньої щелепи, забій передньої поверхні грудної клітини, травматичний шок. Які першочергові заходи невідкладної допомоги?

- А. Протишокові заходи, попередження асфіксії.
- В. Протишокові заходи.
- С. Не потребує втручання.
- Д. Хірургічне лікування перелому нижньої щелепию
- Е. Торакотомія.

(Відповідь: А.)

2. Загроза якої асфіксії має місце?

- А. Дислокаційної.
- В. Обтураційної.
- С. Стенотичної.
- Д. Клапанної.
- Е. Аспіраційної.

(Відповідь: А.)

3. Чи є необхідність невідкладного залучення суміжних спеціалістів і яких?

- А. Анестезіолога-реаніматолога.
- В. Травматолога.
- С. Торакального хірурга.
- Д. Щелепно-лицевого хірурга.
- Е. Нейрохірурга.

(Відповідь: А.)

7. ЛІТЕРАТУРА:

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2т. – Т.2/В.О.Маланчук, І.П.Логвіненко, Т.О.Маланчук, О.Л.Ціленко – К.: ЛОГОС, 2011. – С. 84-91, 97-105.
2. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство / под ред. А.А.Кулакова, Т.Г.Робустовой, А.И.Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 – С. 720-721.
3. Неотложная диагностика и лечебная тактика в ургентной хирургии: учебное пособие для студ. мед. ВУЗов и врачей-интернов / под ред. В.Д.Шейко – Полтава, 2007. – С. 96-99, 103-109.
4. Ускладнення травматичних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки: навч.-метод. посіб. для студ. стомат. факульт. вищих мед. навч. закладів IV рівнів акредитації та інтернів-стоматологів / Рибалов О.В., Ахмеров В.Д. – Полтава: ТОВ «Фірма «Техсервіс»», 2011. – С. 84-88.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
Сумський державний університет
Медичний інститут

«Затверджено»
на засіданні кафедри
стоматології

Завідувач кафедри
д.мед.н.Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	4
Змістовний модуль №	4
Тема заняття	Комбіновані ураження тканин щелепно-лицевої ділянки. Особливості клінічного перебігу, діагностика, ускладнення, особливості лікування на етапах медичної евакуації. Променева хвороба: клініка, діагностика, лікування.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Знання клінічної картини, особливостей діагностики комбінованих пошкоджень щелепно-лицевої ділянки дозволить лікарю-стоматологу надати медичну допомогу щелепно-лицевим пораненим в повному обсязі на етапах медичної евакуації в умовах військового часу та надзвичайних ситуацій.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати поняття "комбіновані ураження".
- 2.2. Пояснювати виникнення комбінованих уражень щелепно-лицевої ділянки.
- 2.3. Запропонувати новий підхід до надання допомоги при комбінованих ураженнях.
- 2.4. Класифікувати комбіновані ураження щелепно-лицевої ділянки.
- 2.5. Трактувати періоди променевої хвороби.
- 2.6. Малювати схеми, графіки
- 2.7. Проаналізувати наслідки дії вражаючих факторів ядерної зброї на організм людини та його наслідки.
- 2.8. Скласти план діагностики та алгоритм надання допомоги потерпілим з комбінованими ураженнями щелепно-лицевої ділянки та променевою хворобою на етапах медичної евакуації.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція)

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Спеціальна військова підготовка.	Знати принципи організації надання медичної допомоги пораненим на етапах медичної евакуації. Вміти оформлювати первинну медичну картку пораненого та хворого.
2. Медицина катастроф.	Знати організацію надання медичної допомоги щелепно-лицевим пораненим в структурі цивільної оборони Вміти організувати надання першої медичної, долікарської та першої лікарської допомоги пораненим на етапах медичної евакуації.
3. Загальна хірургія та військово-польова хірургія.	Визначити поняття "комбінована травма", клінічні ознаки комбінованих пошкоджень та методи їх діагностики. Знати обсяг та порядок надання медичної допомоги пораненим з комбінованими пошкодженнями щелепно-лицевої ділянки. Визначити характер комбінованого поранення, 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. Механо-радіаційні ураження.	Це механічна травма та променеве ураження, або забруднення радіоактивними речовинами рани.
2. Механо-хімічні ураження.	Це механічна травма та ураження бойовими отруюючими речовинами.
3. Променева хвороба.	Патологічний процес, що розвивається в організмі під дією радіоактивного опромінення.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Механізми пошкоджуючої дії проникаючої радіації.
2. Патогенез симптому взаємного обтяження при механо-радіаційних пораненнях щелепно-лицевої ділянки.
3. Особливості надання медичної допомоги щелепно-лицевим пораненим з механо-радіаційними пошкодженнями.
4. Механізми дії бойових отруйних речовин.
5. Патогенез симптому взаємного обтяження при механо-хімічних пораненнях щелепно-лицевої ділянки.
6. Особливості надання медичної допомоги щелепно-лицевим пораненим з механо-хімічними пошкодженнями

7. Особливості хірургічного лікування щелепно-лицевих поранених з комбінованими пошкодженнями.

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

1. Професійний тренінг з надання першої допомоги потерпілим з комбінованими ураженнями щелепно-лицевої ділянки.

2. Професійний тренінг з лікування потерпілих з комбінованими ураженнями щелепно-лицевої ділянки.

5.3МІСТ ТЕМИ:

Комбінованими називають ураження, що викликаються де-кількома (двома або більше) різними за своїм походженням пошкоджуючими факторами. Комбіновані ураження можуть виникати в результаті прямої дії одного або де-кількох видів бойової зброї на організм, вторинних пошкоджуючих факторів (наприклад, вогнищ пожеж) та розвитку надзвичайних ситуацій, що пов'язані з екстремальним впливом факторів зовнішнього середовища.

Патологічний процес, що виникає при комбінованому ураженні, представляє собою не просту суму двох або кількох уражень, а складну реакцію організму, яка характеризується низкою якісних особливостей, серед яких найбільш відчутно виступає взаємний вплив компонентів комбінованого ураження.

Важлива умова правильної організації надання медичної допомоги масовому контингенту уражених – використання єдиної термінології. Термін “комбіноване ураження” можна застосовувати тільки до таких, при яких кожен з пошкоджуючих факторів призводить до виходу зі строю, порушує працездатність. При різній в часу дії декількох факторів комбінованими пошкодженнями вважають ті, в яких час між їх дією не перебільшує тривалості перебігу першого ураження, в іншому випадку це будуть незалежні одне від одного послідовні пошкодження. Розглядаючи етіопатогенез комбінованих ушкоджень, слід виділяти ведучі та супутні фактори. Ведучим фактором комбінованого пошкодження є той, ступінь впливу якого на розвиток порушень функцій органів та систем організму найбільша. Супутні фактори вносять додаткові розлади до функції органів і систем, змінюючи прогноз травми. Супутніх факторів може бути де-кілька.

Зараз немає єдиної загальноприйнятої класифікації комбінованих уражень. Умовно їх можна розподілити на дві групи: з перевагою хірургічної або терапевтичної патології – в залежності від ведучого пошкоджуючого фактору. Передбачити всі можливі комбінації пошкоджуючих факторів вельми складно, і сумнівно, щоб подібна класифікація мала би серйозне практичне значення. Звичайно розглядають двофакторні моделі комбінованих уражень хірургічного профілю: механо-термічні, механо-радіаційні, механо-хімічні, механо-фізичні, механо-надзвичайнофакторні, механо-інфекційні.

Загальні риси комбінованих пошкоджень:

- синдром взаємного обтяження;
- ускладнення надання медичної допомоги;
- незадовільні функціональні наслідки лікування.

КОМБІНОВАНІ МЕХАНО-РАДІАЦІЙНІ УРАЖЕННЯ

Комбіновані ураження такого роду викликаються одночасним або послідовним впливом іонізуючого випромінювання та механічних пошкоджуючих факторів.

Променеві ураження можуть виникати при зовнішньому або внутрішньому опромінюванні, вони можливі при вибухах ядерних боєприпасів різного роду, а також при аваріях і катастрофах на атомних субмаринах і надводних кораблях, атомних електростанціях. Крім того, зовнішньому опромінюванню можуть підлягати військові при роботі на ядерних енергетичних установках і на обладнанні, що має у своєму складі джерела радіоактивного випромінювання. Це, як правило, γ -частки і нейтрони.

Загальними пошкоджуючими факторами ядерного вибуху є:

- ударна хвиля;
- проникаюча радіація;
- світлове випромінювання;
- радіоактивне зараження місцевості і повітря;
- електромагнітний імпульс.

Ударна хвиля. В залежності від середовища, в якому розповсюджується ударна хвиля, її називають, відповідно, повітряною ударною хвилею, ударною хвилею у воді та сейсмовибуховою хвилею в ґрунті.

Повітряна ударна хвиля представляє з себе різке стискання повітря, що розповсюджується від епіцентру вибуху з надзвуковою швидкістю. Вона викликає акустичну травму, баротравму, механічні пошкодження. Найбільш часто виникають переломи кінцівок, хребта та черепа, струси та контузії головного мозку, розчавлення.

Проникаюча радіація виникає в момент вибуху боєприпасів (γ -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 травний тракти. Радіоактивні речовини попадають до легенів при диханні повітря, в якому є пилові частки з сорбированими на них радіоактивними ізотопами. Пилові частки, проходячи скрізь дихальні шляхи, частково залишаються в порожнині рота, надходять до травного тракту, попадають до легенів і там затримуються. Ступінь затримання речовин легеньми залежить від дисперсності речовини: великі пилові частки затримуються у верхніх дихальних шляхах, менші попадають до легенів. Радіоактивні речовини швидко всмоктуються у кров і розповсюджуються по всьому організму. При радіоактивному забрудненні місцевості радіонукліди разом з їжею та водою надходять до травного тракту і потім у кров. Розчинні сполучення всмоктуються краще, ніж нерозчинні. Суттєво гірше радіоактивні речовини проникають скрізь шкіру, однак при високому ступені забруднення шкіри і особливо в присутності органічних розчинників (ефір, бензол, тазол) проникливість шкіри збільшується, і радіоактивні речовини проникають у кров у великій кількості.

Багато з радіоактивних речовин, крім того, що є джерелами іонізуючого випромінювання, мають безпосередньо токсичний ефект, таким чином володіють не одним, а двома уражуючими факторами. Токсичні речовини особливо відчутно проявляються, коли до організму поряд з радіоактивним ізотопом надходить стійкий ізотоп.

Конкретна клінічна картина ураження залежить від складу радіоактивних ізотопів, від розподілу їх по органах і тканинах. Вони призводять до довготривалого внутрішнього опромінення, що веде до розвитку хронічної променевої хвороби або сприяє розвитку пухлин.

Світлове випромінювання ядерного вибуху надходить від області ядерного вибуху, що світиться і являє собою електромагнітне випромінювання в ультрафіолетовій, видимій та інфрачервоній частинах спектру. В першій – короткостроковій, фазі переважає випромінювання в ультрафіолетовій частині спектру, пізніше – видимій та інфрачервоній. Пошкоджуюча дія світлового випромінювання визначається потужністю та довготривалістю світлового імпульсу і залежить від виду боєприпасів.

Випромінювання в ультрафіолетовій частині спектру не має вираженого теплотворного ефекту, але викликає інтенсивну пігментацію шкіри, яка може зберігатись впродовж довгого часу. Випромінювання у видимій та інфрачервоній частинах спектру викликає опіки, що в якійсь мірі нагадують опіки спалахом вольтової дуги. Опіки можуть з'являтися навіть на покритих одягом ділянках шкіри. Ураження шкіряних покривів світловим випромінюванням ядерного вибуху мають профільний характер. В низці випадків можуть супроводжуватись опіками полум'ям від одягу та навколишніх предметів. Для дистантних опіків світловим випромінюванням внаслідок короткострокової потужності дії променевої енергії характерна наявність чіткої межі ураження як по периметру опікової рани, та і в глибину. В деяких випадках може мати місце відшарування поверхневих шарів опікового струпу від незначно змінених підлеглих тканин.

При вибуху ядерних і нейтронних боєприпасів малої та понад малої потужності в структурі санітарних втрат будуть переважати радіаційні втрати. При вибуху ядерних боєприпасів потужністю 10 кт і більше радіуси дії ударної хвилі, світлового випромінювання, проникаючої радіації майже співпадають, тому в вогнищі ураження переважають комбіновані радіаційно-механічні ураження. При збільшенні потужності боєприпасів у структурі уражень буде зростати частка потерпілих з механічною та термічною травмою. При вибуху боєприпасів потужність більше 100 кт буде переважати термічна травма.

Комбіновані радіаційно-механічні ураження щелепно-лицевої області являють собою комбінацію ран та опіків цієї локалізації з дією на організм проникаючої радіації або з забрудненням раневої поверхні та обличчя радіоактивною пилюкою.

Вплив променевого пошкодження на перебіг вогнепальної рани:

- сповільнюються та порушуються репаративні процеси в рані;
- збільшується розвиток інфекційних ускладнень місцевого (нагноєння рани) та загального (сепсис) характеру;
- скорочується тривалість прихованого періоду променевої хвороби;
- збільшується тяжкість променевого пошкодження;
- знижується поріг розвитку променевої хвороби на фоні важкого вогнепального поранення.

Дія проникаючої радіації на організм характеризується комплексом патологічних змін у ньому, що одержали назву променевої хвороби. Сполучення її з механічною травмою або з вогнепальним пораненням додає 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 променеву хворобу прийнято розподіляти на чотири ступені:

I ступінь (легкий)	200 Р	– розвивається при загальному опроміненні дозою 150-
II ступінь (середньої тяжкості)	400Р	– розвивається при загальному опроміненні дозою 200-
III ступінь (тяжкий)	600 Р	– розвивається при загальному опроміненні дозою 400-
IV ступінь (дуже тяжкий)	опроміненні дозою більше 600 Р	– розвивається при загальному одноразовому

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 слиззю. Присутність геморагічних і некротичних змін в порожнині рота часто бувають поганими прогностичними ознаками.

В період видужання – в IV періоді гострої променевої хвороби, зникають геморагічні прояви, відторгаються некротичні тканини, настає поступове загоювання ерозій і виразок.

Такі пошкодження характеризуються не тільки тяжким і довгим перебігом раневого процесу, а і більш тяжкою клінікою променевої хвороби з скороченням I і II періодів і продовженням III і IV періодів. Це необхідно враховувати при виборі часу і методів лікування ран оперативним шляхом.

При високих дозах зараження раневої (опікової) поверхні в рані наступають виражені дегенеративно-некротичні зміни, а здатність клітин до розмноження знижується або повністю зупиняється. На цьому фоні часто виникають гнійні процеси і сильні вторинні кровотечі внаслідок узурації стінок навіть великих судин.

Такий ускладнений раневий процес може спостерігатись при радіоактивному зараженні в дозі, що перевищує 4-5 мілірентген на годину.

Для переломів кісток лицевого скелету при комбінованих радіаційних ураженнях характерні затримка початку консолидації, повільне і недосконале утворення кісткової мозолі, схильність до утворення несправжніх суглобів, розсмоктування вже сформованої кісткової мозолі. Збільшується можливість виникнення остеомієліту, анаеробної інфекції, флегмон, сепсису. Особливістю перебігу комбінованих радіаційних уражень є те, що вони проявляються на загальному фоні променевої хвороби з чим, в основному, і пов'язана тяжкість цих уражень.

В результаті масового радіаційного впливу (іноді за рахунок контактного забруднення відкритих частин тіла) виникає променеви 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. Різка 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 наступає 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 послідууючому на місці пошкоджених пухирів виникають ерозії та виразки з підритими краями і дном брудно-сірого кольору. При дозі 800-1500 рад на шкірі після вторинної еритеми розвивається суха десквамація, що закінчується пігментацією і затвердінням шкіри, закупоркою сальних залоз. При дозі 1800-2500 рад прихований період триває 8-15 діб. В подальшому з'являється вторинна еритема, виникають пухирі, а потім і виразки. На протязі 2-3 місяців процес закінчується епітелізацією. В більш пізні строки на уражених місцях виникають трофічні виразки. При дозі більше 2500 рад прихований період триває 4-7 діб. Відмічаються значні некротичні процеси і довгий відновлювальний період.

Особливості перебігу раневого процесу у розпал променевої хвороби: профузні кровотечі, розвиток раневого та одонтогенного сепсису, запальні та виразково-некротичні ураження слизової оболонки порожнини рота та ротоглотки, мигдалин.

НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ КОМБІНОВАНИХ РАДІАЦІЙНО-МЕХАНІЧНИХ УРАЖЕННЯХ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ НА ПОЛІ БОЮ ТА ЕТАПАХ МЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ

Дуже важливе значення має надання першої медичної допомоги в осередку ураження, що передбачає тимчасову зупинку кровотечі, попередження зупинки дихання, боротьбу з шоком, попередження вторинного мікробного забруднення ран і опікової поверхні, застосування радіопротекторів. Здійснюється:

- введення знеболюючих засобів (1 мл 2 % розчину промедолу) за допомогою шприц-тюбика;
- звільнення порожнини рота і носових ходів від бруду, пилуки та інших сторонніх тіл;
- дача антибіотиків, радіопротекторів, етаперазіну, які є в аптечці індивідуальній (АІ);
- накладання асептичної або утримуючої відламки щелеп пов'язки;
- надівання шолому для поранених в голову;
- винос та вивіз потерпілих за межі забрудненої зони.

У разі радіоактивного забруднення одягу і шкірного покриву після виходу із зони зараження проводять їх часткову санітарну обробку.

Долікарська допомога доповнює першу медичну. На МПБ здійснюється контроль або виправлення неправильно накладеної пов'язки, перевіряється час накладання джгута, вводяться повторно знеболюючий засіб, серцеві (1 мл 10 % розчину кофеїну), дихальні (1 мл 0,1 % розчину лобеліна) засоби.

Після надання першої і долікарської допомоги фельдшер МПБ здійснює медичне сортування і організує евакуацію потерпілих на МПП, де їм надається перша лікарська допомога.

Перша лікарська допомога (МПП) передбачає проведення слідуючих заходів: радіометричний контроль за радіоактивним зараженням шкіри, обмундирування. Здійснюється дезактивація – видалення радіоактивних речовин з поверхні або з об'єму заражених об'єктів з метою попередження радіаційного пошкодження. Проводять часткову санітарну обробку і беззондове промивання шлунку. Здійснюється тимчасова зупинка кровотечі, попередження розвитку шоку, транспортна іммобілізація при переломах щелеп, профілактика інфекційних ускладнень ран, заміна пов'язок при забрудненні рани (опікової поверхні) радіоактивними речовинами (РР). Заповнюється первинна медична картка. Потерпілі готуються до евакуації.

Кваліфікована медична допомога (ОМедБ, ОМЗ) передбачає дезактивацію, медичне сортування поранених на сортувальному посту. Хто потребує, направляється на спеціальну обробку. Направлення до перев'язочної проводиться в залежності від тяжкості пошкодження: в першу чергу, другу, третю та четверту чергу. В першу чергу проводиться боротьба з шоком та асфіксією, кровотечами. У всіх потерпілих стоматолог оглядає рани, з'ясовує обсяг допомоги та пункт подальшого призначення.

Здійснюється остаточна зупинка кровотечі, видалення з рани вільно розміщених чужорідних тіл, осколків, вторинних пошкоджуючих снарядів, промивання та багаторазове орошення рани (при радіаційному забрудненні її), накладання асептичної пов'язки, іммобілізація відламків стандартними шинами.

У всіх потерпілих вгамовується спрага та проводиться годування.

Спеціалізована медична допомога надається в щелепно-лицевих відділеннях спеціалізованих шпиталів для лікування поранених у голову, шию та хребет, в шпиталях для лікування легкопоранених, а також в стоматологічних відділеннях других шпиталів. Тут проводиться радикальна хірургічна обробка ран та лікування в повному обсязі до видужування, за винятком тих, котрі потребують довготривалого (що перевищує 2-3 місяці) багатоетапного лікування. Ці потерпілі зразу ж після проведення хірургічної обробки направляються в шпиталі внутрішнього району країни.

Основний принцип лікування комбінованих радіаційних пошкоджень – необхідність використання прихованого періоду (до перших проявів розвитку променевої хвороби) для ПХО, кісткової пластики та реконструктивних втручань.

Принципи хірургічної обробки ран, забруднених радіоактивними речовинами (по В.В. Фіалковському, 1966 р.):

1. ПХО здійснюють в ранні строки – 24-48 годин після пошкодження (рання ПХО рани);
2. ПХО повинна бути одномоментною, вичерпною та закінчуватися здійсненням постійної іммобілізації кісткових відламків, накладанням первинних швів на рану м'яких тканин, місцевим та загальним (внутрішньом'язевим) введенням антибіотиків;
3. Повинна проводитись ретельна ревізія рани;
4. Остаточна зупинка кровотечі в рані здійснюється прошиванням судин разом з м'якими тканинами;
5. Обов'язкове видалення усіх чужорідних тіл, особливо металевих;
6. Використання оперативних методів іммобілізації відламків, обмеження використання назубних металевих шин;
7. При наявності глибоких сліпих кишень та ходів, останні повинні бути розсічені для видалення чужорідних тіл, відламків зубів та кісток, для промивання та аерації рани;
8. Для попередження некротичних виразок та пошкоджень слизової оболонки та шкіри в розпал променевої хвороби, в усіх випадках рану закривають зближенням її країв, або за допомогою викроювання та переміщення клаптів сусідніх тканин;
9. При ушиванні ран з дефектами тканин краї рани зближують, а проміжки рихло тампують марлею та закривають асептичною пов'язкою;
10. Обов'язковий щоденний нагляд за раною;
11. У період реконвалесценції застосовують вторинні шві.

В період розпаду променевої хвороби дозволяється оперативне втручання при виникненні самих невідкладних показників до цього. В цей період розвивається геморагічний синдром, що характеризується погіршенням згортання крові. Тому під час оперативних втручань по життєвим показникам необхідно одночасно проводити інтенсивну загальну терапію з метою підвищення згортання крові (гемотрансфузії, внутрішньовенне введення тромбоцитарної маси і консервованої плазми, місцеве застосування гемостатичної губки та ін.).

При проведенні первинної хірургічної обробки ран, заражених РР, необхідно більш повно видаляти некротичні тканини та чужорідні тіла, так як при цьому видаляється значна частина РР. Цьому ж сприяє і промивання ран 0,1 % розчином натрію хлориду, розчинами антисептиків, застосування адсорбуючих речовин для підсилення дренажу рани.

Радіаційні рани після первинної хірургічної обробки підлягають повторному дозиметричному контролю і, при наявності високого рівня зараження, знову обробляються. Якщо після обробки виявляється зараження РР, тоді рана не зашивається, а рихле тампонується.

КОМБІНОВАНІ МЕХАНО-ХІМІЧНІ УРАЖЕННЯ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

При застосуванні хімічної зброї можуть виникнути такі варіанти комбінованих хімічно-механічних уражень (КХУ):

- ураження, при яких рана заражена ОР (у цьому випадку ОР всмоктується в кров значно швидше, ніж при їх попаданні на неушкоджену шкіру);
- ураження, при яких ОР попали на шкіру, одяг, але не проникли в рану;
- ураження, при яких крім рани та опікової поверхні, заражені шкірні покриви, органи дихання, органи травлення, очі та інш.

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 посіпування м'язових волокон у рані та навколо неї, а також посиленне потовиділення із шкірного покриву, що її оточує. Фібрилярне посіпування 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 сечовидних 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 покриті некротичною плівкою, прогресування некрозу та розвиток інфекції у рані, сповільнюється очищення та загоєння рани.

При потраплянні у рану великої кількості іприту з'являються ознаки загальної резорбтивної дії – відзначаються головний біль, апатія, зниження артеріального тиску, підвищення температури тіла до 39-40°C, нудота та блювання, ентероколіт, судоми, коматозний стан, в сечі визначається білок, еритроцити, гіалінові та зернисті циліндри.

Рани гояться дуже повільно. На їх місці утворюються великі шрами.

При зараженні ран (опіків) люїзитом місцеве відразу виникає пекучий біль, не адекватний травмі. Із рани поширюється характерний запах – квітів герані. В перші хвилини прилеглі до рани тканини набувають сірого забарвлення, потім – жовто-бурого. Швидко розвивається запалення у рані, підвищується її кровоточивість. Через 15-20 хвилин після ураження навколо рани з'являються гіперемія, набряк шкіри, утворюються пухирці. Через 6-8 годин виникають петехіальні крововиливи у шкіру. До 24 годин пухирці поступово зливаються у великі пухирі. При великому пошкодженні країв рани набувають блідо-жовтого кольору. Через 2-3 доби розвивається суха некротична плівка та розвивається інфекція. Значно швидше, ніж при зараженні ран іпритом розвиваються явища загальної інтоксикації – слабкість, задуха, набряк легенів, колапс. Рана загоюється з утворенням грубих спаяних з тканинами болочих, часто вкритих виразками, рубців.

Для діагностики КХУ необхідно використовувати дані про місце та час поранення і результати хімічної розвідки; однотипні скарги і симптоми в уражених, доставлених з однієї ділянки позиції; характерний запах ОР; зміну зовнішнього вигляду тканин у рані; ураження шкіряних покривів навколо рани (опіку) у вигляді бульозного дерматиту; значне зниження активності холінестерази крові при ураженні ФОР; методи хімічної індикації ОР у рані (опіку), особливо в перші години після опіку чи ураження.

Відомо, про практичну значимість по виявленню отруйних речовин у рані має рентгенологічне дослідження, котре базується на контрастності деяких ОР (люїзит, фосфор).

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;
- вивіз (вивіз) потерпілого з вогнищ ураження.

Долікарська медична допомога на МПБ включає наступні заходи:

- повторне введення антидотів;
- підбинтування дуже промокклих пов'язок, іммобілізація відламків кісток лицевого скелету;
- введення знеболюючих засобів;
- дача таблетованих антибіотиків (при зняттю протигазі).

Перша лікарська допомога (на МПП) зводиться до введення антидотів при ураженні ФОР, серцево-судинних і протисудомних засобів. Здійснюється інгаляція кисню і заповнення первинної медичної картки. Крім цього, при ураженні ран (опіків) ОР в перев'язочній МПП проводиться їх дегазація:

- при ураженні ФОР проводиться обробка ураженої поверхні тіла сумішшю 8 % розчину бікарбонату натрію і 5 % розчину перекису водню, котрі беруться в рівних дозах, суміш готується безпосередньо перед використанням;

- при ураженні іпритом шкіра навкруг рани протирається 10 % розчином хлораміну, а саму рану обробляють 5 % водним розчином хлораміну;
- при ураженні люїзитом проводять змазування ран 5 % настоякою йоду, рани промивають розчином Люголя або 5% розчином перекису водню.

При масовому надходженні поранених на МПП обробка забруднених ран проводиться тільки по життєвим показникам.

Кваліфікована допомога (ОМедБ, ОМЗ). Основним заходом при ураженні ран стійкими ОР шкірно-резорбтивної дії (іприт, люїзит) є хірургічна обробка їх, яка проводиться в якомога ранні строки. Первинна хірургічна обробка ран здійснюється тільки після медикаментозного купірування дії ОР – введення антидотів та проведення дегазації.

Особливості проведення ПХО ран при забрудненні ОР:

- обов'язкове видалення чужорідних тіл та кісткових відламків;
- ретельний гемостаз;
- в ході втручання періодична обробка її дегазантами;
- тампонування рани марлевими серветками, що зволожені розчинами дегазатів;
- 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, дегазуючи 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.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

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

1. Первинна медична картка.
2. Схеми надання першої медичної допомоги
3. Схеми лікування потерпілих на етапах медичної евакуації.

Б. Задачі для самоконтролю:

1. На етапі спеціалізованої допомоги поступив поранений з комбінованим пошкодженням м'яких тканин обличчя, лицевого скелету та з отриманою великою дозою опромінення. З метою профілактики ускладнень, прояву синдрому взаємного обтяження вкажіть, в які допустимо сприятливі терміни необхідно провести первинне хірургічне лікування даного хворого?

- А. В перші 3 години від моменту травми
- В. В перші 48 годин від моменту травми
- С. В перші 6 годин після травми

D. В перші 12 годин від моменту травми

E. Після 72 годин

(Відповідь: А.)

2. На сортувальному майданчику лікарем стоматологом оглянутий поранений. В щічній та піднижньощелеповій ділянках рана м'яких тканин розміром 10x8см. Від рани виділяється специфічний запах часнику. Оточуючі рану ділянки з признаками опіку. Пошкоджені тканини покриті струпом сіруватого кольору (ніби димлять). Внаслідок дії яких хімічних речовин потерпілий отримав травму?

A. Ціаніди.

B. Фосфорні ОР.

C. Оксид вуглец., сірководень.

D. Ртуть.

E. Синильна кислота.

(Відповідь: E.)

3. В сортувально-евакуаційному відділенні МПП потерпілому з комбінованими ураженням щелепно-лицевої ділянки видана первинна медична картка. В картці збережена синя смуга. Що це означає?

A. Свідчить про наявність психічного захворювання, внаслідок якого потерпілий повинен бути ізольований.

B. Сигналізує про необхідність надання термінової (позачергової) допомоги.

C. Позначає ураження отруйними речовинами, котре потребує санітарної обробки.

D. Свідчить про наявність інфекційного чи психічного захворювання, внаслідок якого потерпілий повинен бути ізольований.

E. Вказує на радіаційне ураження пораненого та необхідність проведення спеціальних заходів.

(Відповідь: E.)

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю ($\alpha = 2$):

1. Які параметри впливають на біологічний ефект радіоактивного випромінювання?

A. Вид випромінювання та величина дози.

B. Вид випромінювання та стан реактивності організму.

C. Атмосферні умови та величина дози.

D. Потужність дози та площа подразнення.

E. Величина дози та потужність дози.

(Правильна відповідь: E)

2. Комбіноване ураження – це:

A. Променева або опікова хвороба.

B. Комбінація різних клінічних проявів пошкодження.

C. Рецидивуюче ураження з різною інтенсивністю проявів.

D. Ураження однієї анатомічної ділянки, органу або всього організму різними вражаючими агентами.

E. Ураження декількох сусідніх анатомічних ділянок чи органів одним вражаючим агентом.

(Правильна відповідь: D)

3. Періоди променевої хвороби:

A. Період шоку, період гострої токсемії, період септікотоксемії, період реконвалесценції.

B. Латентний період, період розпалу, період реконвалесценції.

C. Гострий період, підгострий період, хронічний період, період загострення.

D. Прихований період, період розпалу, період хронічний, період реконвалесценції.

E. Період первинних реакцій, латентний період, період розпалу, період реконвалесценції.

(Правильна відповідь: E)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. В ОМедБ доставлений солдат з вогнища ядерного ураження з поєднаним переломом верхньої щелепи та опіком обличчя III-IV ступеню. Доза загального опромінення складає 11 Гр. Поранений в важкому стані. Яка лікувальна тактика?

(Відповідь: Пораненого залишають в ізоляторі ОМедБ в групі поранених з агональним станом).

2. У ОМедБ (ОМО) доставлений поранений через дві години після травми з осередку напалмового ураження. Пов'язки на обличчі, шиї, кистях рук. Свідомість сплутана. Голос сиплий, тихий. Подих частий, гучний. На які першочергові заходи потребує постраждалий?

(Відповідь: У протишокових заходах).

3. До МПП доставлений потерпілий без свідомості із розповіді супроводжуючих вдалося з'ясувати, що потерпілого вони знайшли добу тому, в той час він страждав на безперервну блювоту. Що можна запідозрити у потерпілого? (Відповідь: Променеву хворобу).

7. ЛІТЕРАТУРА:

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2т. – Т.2/В.О.Маланчук, І.П.Логвіненко, Т.О.Маланчук, О.Л.Ціленко – К.: ЛОГОС, 2011. – С. 160-180.
2. Рузин Г.П. Краткий курс лекций по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Геннадий Петрович Рузин – Киев: «Книга плюс», 2006 – С. 128.
3. Організація медичного забезпечення військ: Підруч. Для студ. вищ. Мед. закл. Освіти України III-IV рівнів акредитації / за редакцією професора Паська В.В. – К.: «МП Леся», 2005. – С. 140-148.
4. Стоматологія 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.Демяник. – Харків: Горнадо, 2006. – С. 153-161.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
Сумський державний університет
Медичний інститут

«Затверджено»
на засіданні кафедри
стоматології

Завідувач кафедри
д.мед.н.Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	4
Змістовний модуль №	4
Тема заняття	Термічні ушкодження та відмороження обличчя в мирний час, в екстремальних умовах. Їх наслідки, лікування, профілактика ускладнень, можливості пластичної хірургії. Опікова хвороба при ушкодженнях обличчя: клініка, діагностика, лікування.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Знання клінічної картини, особливостей діагностики опіків та відморожень щелепно-лицевої ділянки дозволить лікарю-стоматологу надати медичну допомогу щелепно-лицевим пораненим в повному обсязі на етапах медичної евакуації.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати етіологію опіків та відморожень ЩЛД.
- 2.2. Пояснювати механізм виникнення опіків та відморожень.
- 2.3. Запропонувати вирішення питань етіології опікової хвороби.
- 2.4. Класифікувати опіки та відмороження.
- 2.5. Трактувати дані додаткових методів обстеження.
- 2.6. Малювати схеми, графіки глибини опіків залежно від ступеня.
- 2.7. Проаналізувати можливі ускладнення опіків та відморожень ЩЛД.
- 2.8. Скласти план надання першої допомоги при термічних ушкодженнях та їх лікування на етапах медичної евакуації.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція)

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Топографічна анатомія.	Застосувати знання топографо-анатомічних особливостей щелепно-лицевої ділянки. Визначити локалізацію пошкодження та можливі ускладнення.
2. Гістологія.	Знати гістологічну будову тканин щелепно-лицевої ділянки. Визначити локалізацію термічного ураження в шарах шкіри.
3. Пропедевтика внутрішніх хвороб.	Володіти схемою курації хворого. Провести курацію хворого з термічними ураженнями обличчя.
4. Загальна хірургія та військово-польова хірургія.	Визначення поняття “опік” та “відмороження”, клінічні ознаки цих пошкоджень та методи їх діагностики. Обсяг та порядок надання медичної допомоги пораненим з опіками та відмороженнями щелепно-лицевої ділянки. Визначити характер поранення, оглянути та обстежити пораненого, визначити чергу та порядок надання медичної допомоги, порядок та чергу евакуації пораненого.
5. Спеціальна військова підготовка.	Знати принципи організації надання медичної допомоги пораненим на етапах медичної евакуації. Оформлювати первинну медичну картку пораненого та хворого.
6. Медицина катастроф.	Знати організацію надання медичної допомоги щелепно-лицевим пораненим в структурі цивільної оборони. Організувати надання першої медичної, долікарської та першої лікарської допомоги пораненим на етапах медичної евакуації

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. Опік.	Термічна травма.
2. Відмороження.	Холодова травма.
3. Опікова хвороба.	Патологічний процес внаслідок термічної травми.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Етіологія опіків.
2. Етіологія відморожень.
3. Патологічні зміни у тканинах при опіках та відмороженнях .
4. Класифікації опіків.
5. Клінічні особливості термічних опіків щелепно-лицевої ділянки.
6. Клінічні особливості хімічних опіків щелепно-лицевої ділянки.
7. Методи визначення глибини опіків.
8. Методи визначення площі опіків.

9. Особливості надання медичної допомоги щелепно-лицевим пораненим з термічними опіками.
10. Особливості надання медичної допомоги щелепно-лицевим пораненим з хімічними опіками.
11. Патогенез симптому взаємного обтяження при опіках та відмороженнях щелепно-лищевої ділянки.
12. Особливості ПХО опікової рани щелепно-лицевої ділянки.

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

1. Практичний тренінг з надання першої допомоги потерпілим з опіками обличчя.
2. Практичний тренінг зі складання плану обстеження та лікування потерпілих з опіками та відмороженнями на етапах медичної евакуації.

5.ЗМІСТ ТЕМИ:

Вплив високої температури, хімічних речовин та променевої енергії призводить до патологічних змін в тканинах – до опіків. В мирний час опіки зустрічаються в результаті порушень правил техніки безпеки на підприємстві або в побуті. Опіки обличчя та голови складають від 12,4 % до 24,5 % (за даними В.Д. Братуся, О.В. Шумова). В роки Великої Вітчизняної війни термічні опікові ураження частіше всього спостерігались у льотчиків, танкістів, при вибухах горючих матеріалів на складах. За даними Г.М. Іващенко, термічні опіки у льотчиків та танкістів складали біля 35 % всіх пошкоджень щелепно-лицевої ділянки. За статистичними даними військово-медичного управління Корейської народної армії опіки напалмом складали 1-1,5 % всіх видів бойових пошкоджень.

Опіки, в залежності від походження, розподіляють на 4 групи: термічні; хімічні; електричні; променеві.

За характером пошкодження шкіри та глибше розташованих тканин розглядають чотири ступені опіків:

I ступінь	– характеризується інтенсивним почервонінням шкіри та незначним набряком;
II ступінь	– відрізняється створенням на шкірі пухирів різного розміру з прозорою серозною рідиною;
III ступінь	– III А ступінь: частина дерми з епітеліальними утвореннями – потовими, сальними залозами та волосяними фолікулами, не пошкоджена; – III Б ступінь: тотальний некроз шкіри.
IV ступінь	– некроз всіх тканин (обвуглювання тканин)

За клінічною картиною та тяжкістю пошкодження опіки розподіляють на: легкі та важкі.

До важких опіків відносять опіки III Б та IV ступеню, що залишають спотворюючі рубці на обличчі та шії, глибокі дефекти та деформації брів, повік, вушних раковин, носа, губ, підборіддя та других частин обличчя.

Характеристика термічних опіків

Післяопікові зміни тканин обличчя, як правило, ведуть до серйозних порушень зору, функції нижньої щелепи та інші функціональні і косметичні дефекти. Більш за все пошкоджуються виступаючі частини обличчя – ніс, вушні раковини, губи, брови, вилицева частина, підборіддя. Термічні опіки всіх ступенів викликають у хворого почуття нестерпного пеку та різкого болю, яке посилюється при дотику до пошкодженої поверхні.

Після опіків обличчя I ступеню шкіра мало змінюється, інколи залишається пігментація. Опіки обличчя II ступеню з асептичною течією завершуються в кінці другого тижня лікування епітелізацією шкіри, яка дуже чутлива при доторканні і легко травмується. У випадках інфікування пухирів або травмованої поверхні при опіках обличчя II ступеню на місці грануляцій завжди залишаються гіпертрофічні рубці. Опіки III А та III Б ступенів супроводжуються інфекцією. Процес загоювання супроводжується утворенням післяопікових рубців, які часто перетворюються на келоїдні. На них, як правило, утворюються виразки, тріщини. При ураженні повік можливі ускладнення у вигляді кон'юнктивітів. При опікових травмах обличчя одночасно з пошкодженнями других частин тіла, які супроводжуються змінами в організмі, необхідні спостереження відповідних спеціалістів.

Розміри поверхні опіку визначають у відсотках по відношенню до всієї поверхні тіла за допомогою "правила дев'ятки" та "правила долоні". "Правило дев'ятки" доцільно використовувати при значних пошкодженнях поверхні тіла. Розрахунок для визначення слідує: поверхня голови та шії – 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 90 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 заторможений, не реагує на навколишні обставини, апатичний, шкірні покрови бліді, риси обличчя загострені, слизові оболонки синюшні, визначається тахікардія, артеріальний тиск знижений.

II період – гостра опікова токсемія, розпочинається через декілька годин після опікового шоку. Пульс частий, слабкого наповнення, артеріальний тиск знижений. Температура шкіри знижена, визначається загальмованість хворого, в'ялість, інколи коматозний стан. Спостерігається ціаноз слизових оболонок та периферійних шкірних покривів (ніс, вуха, губів, щік). Констатується згущення крові.

III період – септикотоксемія, характеризується всіма ознаками сепсису: різкі температурні коливання, кахексія, порушення нервового статусу, загальмованість, зниження рівня гемоглобіну, токсичні речовини у крові та сечі, сповільнена епітелізація опікової поверхні, пролежні, пневмонія. Хворі помирають від виснаження та інфекційних ускладнень. У хворих з важкими опіками (ШБ-IV ступені) може спостерігатись повна ареактивність стану.

IV період – реконвалесценції, при сприятливому перебігу відзначається активною епітелізацією грануляційної тканини, що заповнює раневу поверхню після відторгнення некротизованих ділянок. При значних опіках можливі виразки, які набувають хронічного перебігу.

Характеристика хімічних опіків

Хімічні опіки викликаються дією неорганічних кислот (сірчана, соляна, азотна), луг (негашене вапно, їдкий калій і натрій), солями важких металів (нітрат срібла) на відкриті ділянки тіла або слизової оболонки порожнини рота, ротоглотки, стравоходу. Глибина опіку залежить від концентрації та температури речовини, тривалості впливу. Механізм опіку кислотою заключається у тому, що кислоти змінюють біологічні рідини – колоїди клітин, відбувається дегідратація і коагуляція тканин, розвивається сухий некроз. Механізм опіку лугами заключається у тому, що луги утворюють із тканинами лужні альбумінати, омилують жири, розвивається вологий некроз.

Хімічні опіки класифікують також по чотирьох ступеневій класифікації. При хімічних опіках не утворюються пухирі. Опікова хвороба розвивається рідко, але відбувається усмоктування в кров хімічних речовин і інтоксикація організму ними та їх метаболітами. Особливості хімічних опіків: опіки обмежені по площі, із чіткими межами, наявні сліди розтікання (подтеки) хімічної речовини, на слизовій оболонці різка гіперемія, потім формуються ділянки некрозу, просочені ексудатом і покриті щільною плівкою фібрину, під плівкою гоїться рана, відторгнення плівки повільне.

НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА ЛІКУВАННЯ ОПІКІВ ОБЛИЧЧЯ НА ЕТАПАХ МЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ

Перша медична допомога пораненим з опіками на полі бою складається з самопомоги, взаємодопомоги, допомоги санітарів та санінструкторів. Перша чергова задача при наданні допомоги 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'язево або в вену анагетичні (1 мл 2 % розчину пантопону або 1 мл 2 % розчину промедолу) в поєднанні з антигістамінними препаратами (1 мл 2 % розчину діпрозину чи піпольфену), призначають відповідно показанням серцеві та дихальні анагетичні (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 обпечених, які поступили у стані опікового шоку і невідкладну реанімаційну допомогу

потерпілим із враженням дихальних шляхів, отруєнням продуктами горіння вогневих сумішей, загальним перегріванням; лікування до видужання легко обпечених, підлягаючих затримці у команді видужуючих чи повернення їх в частини.

Усі потерпіли з опіками обличчя, які поступили із районів ядерного вибуху, підлягають дозиметричному контролю.

В ОМедБ проводять комплексну протишокову терапію у повному обсязі до остаточного виведення потерпілого із стану опікового шоку. В протишовковій палаті головні лікувально-діагностичні заходи здійснюються в такій послідовності: оцінюють загальний стан потерпілого (притомність, пульс, дихання, АТ, ректально-шкірний градієнт температури), уточнюють, по можливості, площу, глибину та локалізацію опіку; вводять знеболюючі, седативні та серцеві засоби; здійснюють внутрішнє вливання рідин і медичних засобів, застосовуючи венепункцію, венесекцію чи катетеризацію центральних вен, беруть кров для лабораторних досліджень; вводять постійний катетер в сечовий міхур для спостереження за динамікою діурезу на протязі всього періоду шоку; накладають пов'язки (при їх відсутності) на обпалену поверхню. При циркулярних опіках кінцівок, що призводять до грубого порушення та розладу місцевого кровообігу або кровообігу тулубу, що в свою чергу порушує дихання, попередньо проводять декомпресивну некротомію; наносять повздовжні розрізи через всю товщину некротизованих тканин від проксимального чи дистального краю струпа для послаблення натягу тканин.

Температура повітря в палатах на рівні носилок повинна підтримуватись $+23\text{--}+25^{\circ}\text{C}$. При відсутності блювання дають теплий чай, соляно-лужний розчин, білковий морс. Напувати обпаленого слід невеликими порціями (50-100 мл).

Для попередження та лікування гострої ниркової недостатності призначають осмотичні діуретики (манітол, сечовина, тіосульфат натрію), еуфілін (5-10 мл 2,4 %), фуросемід (2 мл 1 % розчину внутрішньовенне та внутрішньом'язево). Корекцію метаболічного ацидозу досягають введенням 150-200 мл 3-5 % розчину гідрокарбонату натрію.

Психомоторне збудження у потерпілих з тяжкими опіками знімають ін'єкцію оксибутирату натрію (10-20 мл 20 % розчину внутрішньовенне, дроперідолу (10-20 мл 0,25 % розчину внутрішньовенне). При гіпертермії вводять 1 мл 50 % розчину анальгіну внутрішньом'язево чи 5 мл реопіріну і одночасно 5000 ОД гепарину, внутрішньовенне струйно переливають 700-800 мл ізотонічного розчину натрію хлориду чи плазми крові.

Туалет обпаленої поверхні на етапі кваліфікованої допомоги не проводять, за винятком випадків забруднення опікових ран радіоактивними речовинами, а також при необхідності заміни пов'язок у легко обпечених, залишених для лікування на даному етапі (в команді видужуючих). Особливо недопустимі які б то не були маніпуляції (за виключенням некротомії) на обпеченій поверхні у потерпілих, які знаходяться в стані шоку.

На цьому етапі медичної евакуації при опіках верхніх дихальних шляхів здійснюють трахеостомію, а також призначають іригації ротової порожнини лужними та дезінфекційними розчинами, змазують уражені ділянки слизової оболонки розчинами анестетиків. Харчування потерпілих організують з врахуванням змін у порожнині рота та глотки.

Особливу увагу треба приділяти обпеченим крилам носа, вушним раковинам, повікам. Оголені хрящі слід особливо ретельно ізолювати емульсією від навколишнього середовища, так як їх забруднення приведе до перихондриту та загибелі хряща.

Обпеченим, не потребуючим кваліфікованої допомоги по невідкладним показникам і підлягаючим евакуації в спеціалізований шпиталь, в сортувально-евакуаційному відділенні вводять анагетіки, 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 прийомом 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, спорожняють та розкривають великі пухирі. Найбільш забруднені ділянки обпеченої поверхні очищають марлевими кульками, змоченими в 3 % розчині перекису водню і обмивають розчином фурациліну чи новокаїну. Далі опікову рану осушують і закривають пов'язкою.

Подальше лікування обпечених поверхонь здійснюється відкритим чи закритим методом. У спеціалізованому військовому польовому хірургічному шпиталі проводяться ранні відновлювальні операції з використанням місцевих тканин методом вільного пересадження тканин, а також використовують метод клаптика на ніжці. Проводиться фізіотерапевтичне, ортопедичне лікування та профілактика ранніх і пізніх ускладнень.

Важливим завданням спеціалізованої допомоги є оперативне лікування потерпілих з обмеженими (до 5-7 % поверхні тіла) глибокими опіками, що можуть повернутися в стрій. Для цього необхідне відновлення шкіряного покриття шляхом аутодермопластики.

Гранулювання ран губів та повік, як правило, викликає виворіт губ, крил носа. Враховуючи те, що 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 ІІІ-ІV ступенів направляються в шпиталі тилу країни.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

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

1. Схеми будови шкіри для визначення глибини термічної травми.
2. Фото потерпілих з опіками та відмороженнями обличчя.
3. Схеми обстеження потерпілих з опіками обличчя.

Б. Задачі для самоконтролю:

1. Поранений одержав опік обличчя та шиї під час вибуху напалмової бомби. Непритомний. При огляді в ділянці спинки і крил носа, надбрівних дуг, вушних раковин і губів глибокий некроз тканин. На інших ділянках опікової поверхні епідерміс відшарований і лежить складками. Повіки обох очей розкрити не вдається. Поставте попередній діагноз.

- A. Опік напалмом обличчя та шиї ІІ, ІV ступенів.
- B. Опік напалмом обличчя та шиї І, ІV ступеня.
- C. Опік напалмом обличчя та шиї ІІ, ІІІ, ступенів.
- D. Опік напалмом обличчя та шиї І, ІІІ, ступенів.
- E. Опік напалмом обличчя та шиї ІІІ, ІV ступенів.

(Відповідь: E.)

2. У ОМедБ (ОМО) доставлений поранений через дві години після травми з осередку напалмового ураження. Пов'язки на обличчі, шиї, пензлях рук. Свідомість заплутана. Голос сиплий, тихий. Подих частий, гучний. На які першочергові заходи потребує постраждалий?

- A. У зміні пов'язок.
- B. У протишоккових заходах.
- C. У первинній хірургічній обробці ран.
- D. У санітарній обробці.
- E. У накладенні трахеостоми.

(Відповідь: B.)

3. У солдата, обпеченого полум'ям вогню, на фоні гіперемованої та набряклої шкіри обличчя виявлено різної величини пухирі, заповнені прозорою рідиною. Який ступінь опіку шкіри обличчя?

- A. ІІ ступінь.

- В. I ступінь.
 - С. III-A ступінь.
 - Д. III-B ступінь.
 - Е. IV ступінь
- (Відповідь: А-)

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю ($\alpha = 2$):

2.1. Опіки в залежності від походження підрозділяють на:

- А. Променеві та електричні.
- В. Хімічні та термічні.
- С. Променеві та термічні.
- Д. Електричні та хімічні.
- Е. Фізичні та хімічні.

(Правильна відповідь: Е.)

2.2. Наслідки перенесених опіків лица II ступеня з асептичним перебігом:

- А. Спотворюючи рубці, деформація губ, брів, вух, крил носу.
- В. Шкіра мало змінюється, інколи відмічається лущення та пігментація.
- С. Епітелізація шкірних покривів, які вельми чутливі при доторкуванні і легко травмуються.
- Д. Гіпертрофічні рубці
- Е. Келоїдні рубці.

(Правильна відповідь: С.)

2.3. Що не відноситься до періодів опікової хвороби:

- А. Опіковий шок.
- В. Гостра опікова токсемія.
- С. Септикопемія.
- Д. Період реконвалесценції.
- Е. Хронічний опіковий сепсис.

(Правильна відповідь: Е.)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. Потерпілий, 45 років, отримав опік обличчя і шиї під час вибуху канистри з бензином. Непритомнів. Скаржиться на печію і відчуття жару у області обпалених ділянок тіла. При огляді у області спинки і крил носа, надбрівних дуг, вušних раковин і губ глибокий некроз тканин. На решті ділянок опікової поверхні міхури наповнені рідиною, місцями епідерміс відшарований і лежить складками. Повіки обох очей набрякли розкрити їх не вдається.

- 1. Поставте попередній діагноз.
- 2. Чим обумовлена нерівномірність опіку?
- 3. Де повинен лікуватися даний хворий?

(Відповідь: 1. Опік обличчя та шиї полум'ям II, III, IV ступенів.

2. Особливістю щелепно-лицевої ділянки.

3. В комбустіологічному центрі.)

2. Потерпілий 24-х років звернувся у клініку з опіком обличчя. Травму отримав в наслідок дії відкритого полум'я. Скаржиться на біль та печію обличчя. При огляді: гіперемія шкіри обличчя, на ділянках підборіддя, носу, брів, лобу, вилиць спостерігаються пухирі з прозорою рідиною. Яка тактика лікаря по відношенню до пухирів під час ПХО? (Відповідь: Пухирі не розкриваються.)

3. Під час потрапляння на слизову оболонку порожнини рота лугу фельдшер промив її слабким розчином бікарбонату натрію. Чи правильною була його тактика? (Відповідь: Ні. Пояснити чому.)

7. ЛІТЕРАТУРА:

- 1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2т. – Т.2/В.О.Маланчук, І.П.Логвіненко, Т.О.Маланчук, О.Л.Ціленко – К.: ЛОГОС, 2011. – С. 151-159.
- 2. Рузин Г.П. Краткий курс лекцій по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Геннадий Петрович Рузин – Киев: «Книга плюс», 2006 – С. 123-128.
- 3. Щелепно-лицева хірургія: підручник / О.О.Тімофєєв. – К.: ВСВ «Медицина», 2011. – С. 449-455.

4. Стоматологія 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.Демяник. – Харків: Торнадо, 2006. – С. 147-153.
5. Опікова хвороба (патогенез і лікування). – Полтава, 2009. – 118 с.
6. Неотложная диагностика и лечебная тактика в ургентной хирургии: учебное пособие для студ. мед. ВУЗов и врачей-интернов / под ред. В.Д.Шейко – Полтава, 2007. – С. 83-94.
7. Ускладнення травматичних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки: навч.-метод. посіб. для студ. стомат. факульт. вищих мед. навч. закладів IV рівнів акредитації та інтернів-стоматологів / Рибалов О.В., Ахмеров В.Д. – Полтава: ТОВ «Фірма «Техсервіс»», 2011. – С. 95-99.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
Сумський державний університет
Медичний інститут

«Затверджено»
на засіданні кафедри
стоматології

Завідувач кафедри
д.мед.н.Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	4
Змістовний модуль №	4
Тема заняття	Семінар. Регенерація кісткової тканини, види. Загоєння кісткової рани. Методи оптимізації регенерації кісткової тканини. Поєднані, комбіновані та термічні ушкодження тканин щелепно-лицевої ділянки. Досягнення вітчизняних вчених, співробітників кафедри.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Підсумкове заняття має за мету підведення підсумків вивчення розділу "Травматологія щелепно-лицевої хірургії", ліквідацію пробілів у знаннях та вміннях студентів перед письмовим перевідним іспитом зі спеціальності, здійснення підсумкового контролю знань як у письмовій формі, так й машинним способом (комп'ютерний контроль).

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 1.1. Аналізувати основні клітинні диферони та міжклітинну речовину кісткової тканини.
- 1.2. Пояснити явища фізіологічної, репаративної та патологічної регенерації кісткової тканини.
- 1.3. Запропонувати методи та схеми оптимізації регенерації кісткової тканини.
- 1.4. Класифікувати поєднані, комбіновані та термічні ушкодження тканин щелепно-лицевої ділянки.
- 1.5. Тракувати основні принципи діагностики та лікування ушкоджень тканин щелепно-лицевої ділянки.
- 1.6. Малювати графологічну схему теми.
- 1.7. Проаналізувати результати лабораторних та інструментальних обстежень.
- 1.8. Скласти хронологічну схему досягнень вітчизняних вчених та співробітників кафедри стосовно наукових розробок відповідної теми.

3. БАЗОВИЙ РІВЕНЬ ПІДГОТОВКИ.

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Гістологія.	Диференціювати основні види клітин кісткової тканини.
2. Фізіологія.	Описувати нормальні процеси формування кісткової мозолі.
3. Патологічна анатомія.	Порівняти патологічні типи регенерації та можливі ускладнення процесів на тканинному рівні.
4. Топографічна анатомія.	Визначити анатомічні ділянки пошкодження.
5. Травматологія	Володіти основними методами іммобілізації та направленої регенерації кісткової тканини.
6. Загальна хірургія	Володіти навиками дисмургії.
7. Фармакологія.	Призначити схему медикаментозного стимулювання регенерації кісткової тканини.
8. Рентгенологія.	Визначити необхідний метод обстеження.

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
1.Регенерація	Відновлення структурних елементів тканин замість загблих
2. Комбустіолоія	Це галузь медицини, що вивчає тяжкі опікові пошкодження та звязані з ними патологічні стани, зокрема опіковий шок, та методи лікування цих станів .

Тести та ситуаційні задачі – див. методичні розробки попередніх занять:

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

1. Оволодіти навичками обстеження щелепно-лицевого пораненого.
2. Закріпити навички оформлення медичної документації хірурга-стоматолога.
3. Прочитати та встановити попередній діагноз за рентгенограмами.

5. ЗМІСТ ТЕМИ.

Кісткова тканина (textus ossei) – спеціалізований тип сполучної тканини з високою мінералізацією міжклітинної органічної речовини. Кісткова тканина побудована з клітин та міжклітинної речовини.

На момент розвитку кісткової тканини утворюються кістковий диферон: ствольі, напівстволові клітини клітини (преостеобласти), остеобласти (різновид фібробластів), остецити. Іншими структурними елементами вважають остеокласти (різновид макрофагів).

Міжклітинна речовина складається з органічного матриксу (20-25%), мінеральної фази (60-70%) та води (15-20%). Органічний матрикс кісткової тканини становить $\frac{3}{4}$ її об'єму та на 90-95% складається з фібрилярного білка колагену I типу, який синтезують остеобласти.

Зовні кістка вкрита окістям, за винятком суглобових поверхонь епіфізів, що вкриті різними видами гіалінового хряща. В окісті, або періості (periosteum) розрізняють два шари: зовнішній (волоконний) та внутрішній (клітинний). Зовнішній шар утворений, переважно, волокнистою сполучною тканиною. Внутрішній шар містить остеогенні камбіальні клітини. Окістя сполучає кістку з оточуючими тканинами та бере участь в її трофіці, розвитку, росту та регенерації.

Компактна речовина складається з кісткових пластинок, що утворюють гаверсові системи.

Розрізняють три види регенерації: фізіологічна, репаративна та патологічна. Фізіологічна регенерація кісткової тканини відбувається протягом всього життя і характеризується постійним відновленням клітин і міжклітинної органічної речовини.

Репаративна, або відновлювальна, регенерація спостерігається при пошкодженні кісткової тканини та направлена на відновлення цілесності та функції кістки.

Багаторічні всебічні дослідження показали, що перебіг репаративної регенерації і формування регенерата має стадійний характер і безпосередньо залежить від загального стану організму та місцевих змін тканиного метаболізму. Виділяють три типи репаративної регенерації кісткової тканини: десмогенний, хондрогенний та ангіогенний.

Перебіг репаративної регенерації залежить від загального стану організму потерпілого та місцевих умов у ділянці перелому.

До загальних факторів відносять: умови довкілля, умови харчування (хронічне недоїдання, авітаміноз тощо), загальний стан хворого: наявність гострих чи хронічних захворювань, період реконвалесценції, тяжкість травми або множина травм, наявність поєднаних чи комбінованих травм, віковий та гендерний аспект.

До місцевих факторів, які затримують або порушують процес репаративної регенерації, відносять ступінь ушкодження прилеглих м'яких тканин, судин, нервів, неповне, нестабільне зіставлення відламків, вторинне зміщення їх, необгрунтована часта зміна методів лікування, нестабільний остеосинтез, раннє статичне і динамічне навантаження ангіогенної мозолі.

Про патологічну регенерацію говорять у тих випадках, коли в наслідок тих чи інших причин відбувається спотворення регенеративного процесу, порушення змін фаз проліферації та диференціювання.

Результатом загоєння кісткової рани є кісткова мозоля. Розрізняють наступні види кісткової мозолі: периостальна (зовнішня) мозоля, що формується головним чином за рахунок окістя; ендостальна (внутрішня) мозоля формується в напрямку від ендоста; інтермедіарна мозоля виповнює щілину між компактною речовиною кісткових уламків; параоссальна мозоля формується немов перемичка між фрагментами кістки на місці перелому.

До поєднаних пошкоджень відповідно до термінології прийнятій в загальній травматології, відносять одночасне пошкодження тканин або органів декількох анатомічних областей тіла.

Поєднане пошкодження може бути поодиноким, якщо його нанесено одним раничим агентом, або множинним, якщо раничих агентів було два або більше. У свою чергу множинні пошкодження можуть бути ізольованими, коли пошкодження спостерігаються в одній анатомічній області, нанесені декількома раничими агентами, і поєднаним, коли дві анатомічні області або більш уражені одночасно декількома раничими агентами.

Пошкодження щелепно-лицевої локалізації при поєднаній травмі у більшості потерпілих не є домінуючими, але грають значну роль в перебізі і наслідках травми. Саме при ранах м'яких тканин і переломах кісток лицьового скелета частіше, ніж при пошкодженнях інших локалізацій, виникають умови для порушення зовнішнього дихання і подальшого розвитку легневих ускладнень унаслідок аспірації крові, спинномозкової рідини, відламків кісток, зубів і інших чужорідних тіл. Небезпека розвитку ускладнень такого роду збільшується при поєднанні пошкоджень обличчя з травмами грудної клітини і мозку, що супроводжуються порушенням свідомості, зниженням рефлексів.

Під комбінованими ураженнями розуміють поранення та пошкодження, що виникли в наслідок дії різних травматичних агентів (наприклад опік та вогнепальна травма).

Опіки (combustiones) – ураження шкірних покривів термічними, електричними, променевими факторами. При опіках, головним чином, уражається шкірний покрив, значно рідше – слизові оболонки, підшкірно-жирова клітковина, інші, глибше розміщені анатомічні утвори (фасції, м'язи, сухожилки, суглоби). При обіках тканин голови та шиї рановий процес перебігає відповідно до загальних закономірностей ураження тканин. Найбільш часто виникають термічні опіки внаслідок дії високих температур.

Вплив високої температури, хімічних речовин та променевої енергії призводить до патологічних змін в тканинах - до опіків. В мирний час опіки зустрічаються в результаті порушень правил техніки безпеки на підприємстві або в побуті. Опіки обличчя та голови складають від 12,4% до 24,5% (за даними В.Д. Братуся, О.В. Шумова). В роки Великої Вітчизняної війни термічні опікові ураження частіше всього спостерігались у льотчиків, танкістів, при вибухах горючих матеріалів на складах. За даними Г.М. Іващенко, термічні опіки у льотчиків та танкістів складали біля 35% всіх пошкоджень щелепно-лицевої ділянки. За статистичними даними військово-медичного управління Корейської народної армії опіки напалмом складали 1-1,5% всіх видів бойових пошкоджень.

Опіки, в залежності від походження, розподіляють на 4 групи: **термічні; хімічні; електричні; променеві.**

За характером пошкодження шкіри та глибше розташованих тканин розглядають чотири ступені опіків:

I ступінь – характеризується інтенсивним почервонінням шкіри та незначним набряком;

II ступінь – відрізняється створенням на шкірі пухирів різного розміру з прозорою, серозною рідиною;

III ступінь

- **Ша ступінь:** частина дерми з епітеліальними утвореннями потовими, сальними залозами та волосяними фолікулами, не пошкоджена;

- **Шб 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 Шб та IV ступеню, що залишають спотворюючі рубці на обличчі та шиї, глибокі дефекти та деформації брів, повік, вушних раковин, носа, губ, підборіддя та других частин обличчя.

Характеристика термічних опіків.

Післяопікові зміни тканин обличчя, як правило, ведуть до серйозних порушень зору, функції нижньої щелепи та другі 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 Ша та Шб ступенів супроводжуються інфекцією. Процес загоювання супроводжується утворенням післяопікових рубців, які часто перетворюються на келоїдні. На них, як правило, утворюються виразки, тріщини. При ураженні повік можливі ускладнення у вигляді кон'юнктивітів. При опікових травмах обличчя одночасно з пошкодженнями других частин тіла, які супроводжуються змінами в організмі, необхідні спостереження відповідних спеціалістів.

Розміри поверхні опіку визначають у відсотках по відношенню до всієї поверхні тіла за допомогою "правила дев'ятки" та "правила долони". "Правило дев'ятки" доцільно використовувати при значних пошкодженнях поверхні тіла. Розрахунок для визначення слідує: поверхня голови та шиї - 9%, нижні кінцівки - по 18%, верхні кінцівки - по 9%, передня поверхня тулуба 18%, задня поверхня тулуба - 18%, проміжність та статеві органи - 1% від загальної площі тіла. Більш точні результати одержують при використанні методики Постнікова. Площу опіку виміряють прикладаючи до поверхні опіку стерильну

прозору плівку, на якій обводять контури пошкодженої поверхні. Потім плівку кладуть на міліметровий папір і підраховують площу опіку в квадратних сантиметрах. Процентне співвідношення визначають, враховуючи загальну площу тіла, яка дорівнює 16000 см².

В характеристиці опіку (запис у медичних документах) вказують площу і ступінь пошкодження у вигляді відношення: в чисельнику приводять процент пошкодженої поверхні, в знаменнику - ступінь опіку.

Площу опікового пошкодження можна виміряти долонею - площа долоні дорівнює 1 % поверхні тіла.

Тяжкість опіків визначають за допомогою індексів, наприклад, індексу **Франка**: 1% площі поверхневого опіку дорівнює 1 ОД, 1% площі глибокого опіку - 3 ОД, ураження дихальних шляхів складає 30-45 ОД. Значення індексу Франка до 30 ОД відповідає легкому ступеню опіку, 31-60 ОД - середньому ступеню, 61-90 ОД - тяжкому ступеню, більш 91 ОД - вкрай тяжкому ступеню.

При поверхневих опіках до 10-12 % поверхні тіла людини або при глибоких опіках 5-6 % поверхні тіла у дорослих опіки перебігають як місцеві пошкодження, в дітей та осіб похилого віку - 7-8 % та 3-4 % відповідно. Приблизь 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 шокові 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 покрови 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, слабого наповнення, артеріальний тиск знижений. Температура шкіри знижена, визначається загальмованість хворого, в'язість, 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 значній опіках можливі виразки, які набувають хронічного перебігу.

Характеристика хімічних опіків Хімічні опіки викликаються дією неорганічних кислот (сірчана, соляна, азотна), луг (негашене вапно, їдкий калій і натрій), солями важких металів (нітрат срібла) на відкриті ділянки тіла або слизової оболонки порожнини рота, ротоглотки, стравоходу. Глибина опіку залежить від концентрації та температури речовини, тривалості впливу. Механізм опіку кислотою заключається у тому, що кислоти змінюють біологічні рідини - колоїди клітин, відбувається дегідратація і коагуляція тканин, розвивається сухий некроз. Механізм опіку лугами заключається у тому, що луги утворюють із тканинами лужні альбумінати, омилують жири, розвивається вологий некроз.

Хімічні опіки класифікують також по чотирьох ступеневої 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 (затікання) 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.

Лікування. Лікування хворих з опіками, зокрема обличчя, включає комплекс загальних і місцевих дій на організм що постраждав і уражену область.

Перша медична допомога надається на місці події. Необхідно припинити дію термічного агента на тканини будь-яким можливим в даній ситуації способом [облити водою, закидати снігом, піском, накрити брезентом або ковдрою до моменту зникнення полум'я (на короткий термін - небезпека асфіксії!), збити полум'я і ін.]. Не можна залишати потерпілого у вертикальному положенні, оскільки воно сприяє розповсюдженню полум'я на обличчя. Його слід укласти на бік. При загорянні одягу не можна бігти, оскільки рух повітря роздуває полум'я. Для зменшення прогріву підлеглих тканин в перші 15-20 хв. після термічної травми ефективний холод на обпалену поверхню (холодна вода, міхур з льодом, змочений водою рушник і ін.). При негайному охолодженні обпаленої поверхні підшкірна температура на глибині 1 см досягає попередньої через 20 хв., а без охолодження - через 14 хв. Крім того, після припинення дії термоагента на шкіру температура підлеглих тканин продовжує підвищуватися. Якщо немає можливості застосувати холод, обпалену поверхню слід залишити відкритою для охолодження повітрям. Перед транспортуванням потерпілого рану бажано закрити асептичною пов'язкою. При показаннях проводять серцево-легеневу реанімацію.

Долікарська допомога. Середній медичний працівник може ввести ненаркотичні або наркотичні анальгетики, серцево-судинні препарати, протиправцеву сироватку або анатоксин. Необхідно напоїти хворого, даючи від 0,5 до 2 л води, в якій розчинено 1 чайну ложку куховарської солі і 0,5 чайної ложки питної соди (з розрахунку на 1 л води) або 5,5 г куховарської солі і 4 г питної соди. Прийом більше 0,5 л чистої води протипоказаний із-за небезпеки розвитку водної інтоксикації. При показаннях продовжують серцево-легеневу реанімацію. При необхідності транспортування на обпалене обличчя накладають асептичну пов'язку з отворами для очей. При поверхневих опіках шкіру змащують вазеліном. При наданні першої і долікарської допомоги не слід застосовувати мазей на жировій основі, а також дублячих речовин, метиленового синього або діамантового зеленого. Все це утрудняє обробку опікової рани і визначення глибини опіку.

Госпіталізації підлягають хворі з опіками I-II ступеня більше 10% поверхні тіла, з глибокими опіками, опіками лица, шиї, органів дихання, кисті, стопи, крупних суглобів, промежині з комбінованими пошкодженнями. У госпітальних умовах в заходах щодо життєвих показань можуть мати потребу хворі з опіками обличчя, в яких уражені органи дихання. Не слід накладати трахеостому хворим, якщо немає ознак асфіксії, у разі ураження трахеї і бронхів продуктами горіння, оскільки це значно ускладнює стан обпаленого. Ці ураження лікують консервативно (застосування серцевих засобів і бронхолітиків, кортикостероїдних гормонів, інгаляції кисню і ін.). Порожнину рота зрошують 3-5% розчином гідрокарбонату натрію, антисептичними розчинами. Якщо раніше не була введена протиправцева сироватка, то її вводять. Починають антибіотикотерапію. Акуратно і ощадливо обробляють опікову рану. Здорову шкіру навколо уражених ділянок протирають бензином, 96% етиловим спиртом або 0,5% розчином нашатирного спирту, можна вимити шкіру водою з милом. Найвні пухирі зрошують розчином фурациліну або іншого антисептика. Обривки епідермісу видаляють. Пухир підсікають для видалення рідини з нього. Епідерміс (покришка пухира), що відшарувався, прилипаючи до раневої поверхні, виконує роль біологічної пов'язки, прискорюючої епітелізацію рани. Тому висікати пухир не можна. Це роблять лише тоді, коли вміст його стає «густим» або нагноюється. Опіки обличчя лікують відкритим, рідше - закритим способом. Препарат для місцевого лікування опіків повинен створювати умови для відновлення епітелію і володіти бактеріостатичними властивостями, не подразнювати тканини. Головне вимога до нього: він не повинен гальмувати епітелізацію рани. При опіках I ступеня застосовують охолоджуючий крем з ланоліну, персикового масла і дистильованої води в рівних кількостях; 2% борного вазеліну; преднізолонову мазь або іншу, що містить кортикостероїдні гормони. Можна використовувати суміш, що містить порівну окислу цинку, тальку, гліцерину і дистильованої води. Допускається обробка обпаленої шкіри спиртом або одеколоном, дитячим кремом. Рани на обличчі, якщо їх лікують відкритим способом, змащують маззю або емульсією 3-4 рази на добу. Для цього можна використовувати 10% синтоміцинову емульсію, 1% гентаміцинову, 0,5% фурацилінову, 10% анестезинову або 10% сульфамілонову мазі. Хорошим ефектом володіє 1% розчин сульфадіазіна срібла (крем на водорозчинній основі). У лікуванні

опіків IIIa-IV ступеня, що супроводжуються некрозом дерми, основним завданням є спочатку формування сухого струпа, а потім прискорення його відторгнення. Це створює оптимальні умови для епітелізації рани при опіку IIIa ступеня або розвитку здорової грануляції на раневій поверхні, що дає можливість провести аутодермопластику (при опіках IIIb-IV ступеня). Це завдання краще і швидше досягається, якщо рану лікувати закритим способом (під волого-висихаючою пов'язкою з антисептиками або антибіотиками). Після відторгнення струпа при опіку IIIa ступеня для прискорення епітелізації можна накладати масляно-бальзамні пов'язки, проводити УФ-опромінення рани. При глибоких опіках обличчя первинну і ранню некротомію не застосовують, оскільки приживлення вільного трансплантата можливе лише за умови видалення некротичної тканини в межах абсолютно здорової. На обличчі дотримати цю умову не можливо. Крім того, реальна небезпека пошкодження лицевого і інших нервів, а також вираженої кровотечі. Тому раневу поверхню при глибоких опіках готують до пластичного закриття поступово в процесі консервативного лікування. Ділянки струпа, що відторгаються в процесі лікування, акуратно зрізають ножицями, не травмуючи життєздатні з тканини. Гранулююча рана на обличчі готова до аутодермопластики, якщо некротичні тканини повністю відторгнулися, немає ознак гнійного запалення в ній, грануляція дрібнозернисті і., рожевого кольору з вузькою облямівкою молодого епітелію по краях., Товщина шкірного трансплантата повинна бути 0,3-0,4 мм. При опіках обличчя використовують тільки суцільні шкірні клапті, узяті дерматомом з будь-якої доступної ділянки тіла. Перфорації на клапті не роблять, оскільки вони погіршують косметичний ефект.

При опіках повік і рогівки I—II ступеня уражені ділянки слід промити 1% розчином новокаїну, закапувати в очі 30% розчину альбуцида по 2 краплі кожні 3-4 ч. Крім того, в кон'юнктивальні мішки необхідно закладати 2 рази на добу гідрокортизон, тетрациклінову, левоміцетинову очні мазі. При болях закапувають 0,25% розчину дикаїна. На рогівку накладають спеціальні очні плівки, що володіють знеболюючими і антибактеріальними властивостями.

При опіках вušних раковин, коли випіт між надхрящницею і хрящем ще не нагнавив і хрящ зберігає життєздатність, можна аспірувати випіт за допомогою шприца і голки і тим самим попередити розвиток гострого хондрита. Якщо випіт нагноювався, то гнійник необхідно розкрити і рану дреновати. Це частіше всього приводить до вираженої деформації вušної раковини, іноді до повної її втрати. Можливо зарощування зовнішнього слухового проходу, що зв'язане із зниженням слуху.

За наявності глибоких опіків волосистої частини голови волосся навколо рани вистригають і виголюють в радіусі 5-7 см. Через 1-2 дні загибле окістя черепа висікають. Якщо ж воно не загнуло, його закривають вологими пов'язками для попередження висихання. Щонайшвидше слід відновити шкірний покрив над голим і життєздатним окістям. При глибоких опіках може вражатися зовнішня компактна пластинка кісток черепа. Її слід видалити, не чекаючи самостійного відторгнення загиблої ділянки. Губчаста речовина кістки покривається з часом грануляційною тканиною, на яку пересаджують шкірний ауто-трансплантат.

При глибоких опіках губ, області підборіддя, щік, коли очікується утворення дефекту тканин, слід наперед заготовлювати і переміщати пластичний матеріал для швидшого (у подальшому) усунення його. Для попередження рубцевих контрактур велике значення мають функціональні методи лікування, правильне положення хворого в ліжку. Найбільш важкі наслідки викликають опіки IV ступеня, особливо при ураженні лицьових кісток. Усунення їх вимагає проведення багатоетапних реконструктивних оперативних втручань. Безслідно заживають лише опіки I і II ступеню.

Смертність при опіках залежить від їх обширності, глибини і віку потерпілого. Для прогнозу результату опіку користуються правилом сотні. До віку хворого слід додати загальну площу опіку у відсотках. Прогноз несприятливий, якщо сума рівна 101 і вище, сумнівний - 81 - 100, відносно сприятливий - 61-80, сприятливий - 60. Це правило застосовується лише у дорослих.

ЕЛЕКТРООПІКИ

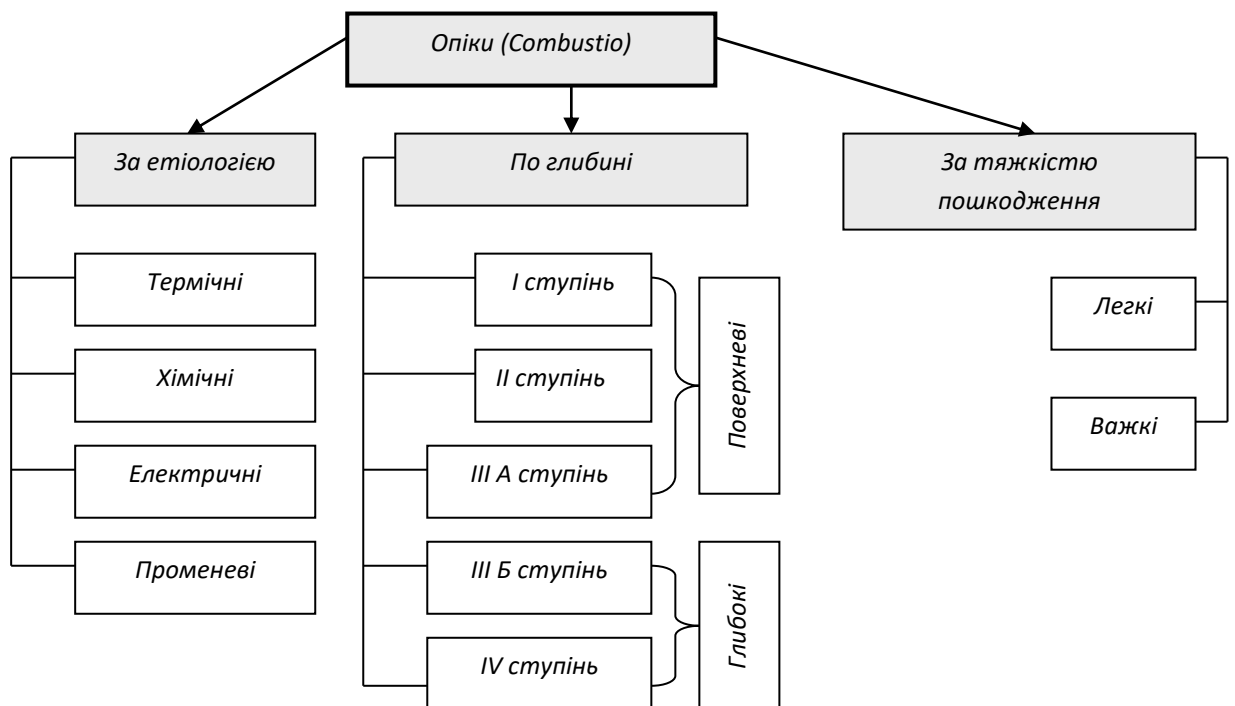
Електроопіки виникають в місці контакту тканин з джерелом електричного струму. Електрична енергія перетворюється на теплову, створюючи температуру до 3000-4000 °С. Разом з місцевими змінами порушуються функції різних органів і в першу чергу серцево-судинної системи і дихання. Навіть при короткочасній дії електричного струму може наступити зупинка дихання і фібриляція серцевого м'яза. Електротравма супроводжується судорожним скороченням м'язів без втрати або з втратою свідомості (I і II ступінь тяжкості відповідно), втратою свідомості і порушенням діяльності серця (III ступінь) і приводить до клінічної смерті (IV ступінь).

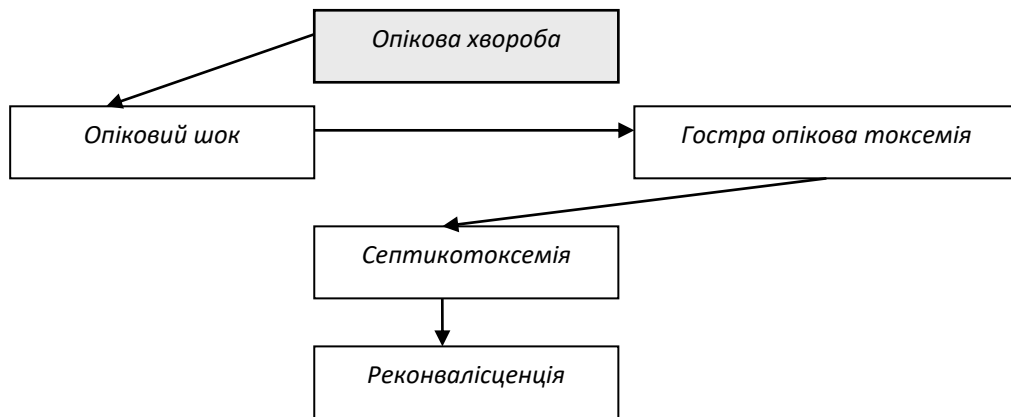
Якщо при ураженні електрострумом виникає опік, то тяжкість електротравми може бути не такою вираженою, оскільки тканини, що обвуглилися, стають ізолятором.

Атмосферна електрика (блискавка) володіє більшою силою і напругою і викликає важче ураження, чим звичайна електрика.

Електроопіки обличчя складають 1,3% від числа опікових ран. Вони відрізняються від звичайних термічних і залежно від площі контакту шкіри з джерелом електроенергії можуть бути точковими (у вигляді «міток і знаків струму») або мати значні розміри. «Знаки струму» представлені сухими блискучими, безболісними ділянками шкіри білувато-сірого або коричневого кольору. Вони добре контурують, підводячись над поверхнею неураженої шкіри. У подальшому ці ділянки перетворюються на щільний струп. При поразках блискавкою «знаки струму» мають вид червоних ліній гіллястої форми. Електроопіки частіше бувають глибокими з ураженням не тільки підшкірної жирової клітковини, але і м'язів і навіть кісток лицьового скелета. Особливістю їх є також те, що ураження шкіри може бути локальним, а підлеглих тканин - поширенішим по площі. Це пов'язано з неоднаковою електропровідністю різних тканин і розвитком порушень кровообігу. Відомо, що шкіра обличчя володіє найбільшим електричним опором. Раневий процес протікає так само, як і при термічних опіках. Проте із-за значного руйнування підлеглих тканин є ознаки вираженої інтоксикації. У разі приєднання гнійної інфекції можуть розвинути глибокі гнійники (абсцес, флегмона). Можливо ерозійна кровотеча з крупних судин через 2-4 тижня після електротравми. Опікова поверхня обличчя, що утворилася унаслідок контактної дії електричного струму, безболісна або малоболісна. Навколо опіку немає набряку тканин і гіперемії шкіри. Рана стійка до дії гнійної мікрофлори. Значні трофічні порушення зумовлюють уповільнення регенерації тканин.

Надання першої допомоги полягає перш за все в припиненні дії електричного струму на потерпілого будь-яким доступним способом, що виключає ураження того, хто надає допомогу. За відсутності самостійного дихання і серцевих скорочень слід проводити серцево-легеневу реанімацію (закритий масаж серця, штучне дихання по методу «з рота в рот» або «з рота в ніс»). Транспортувати потерпілого в стаціонар слід в горизонтальному положенні і незалежно від тяжкості електротравми госпіталізувати в реанімаційне відділення. Місцеве лікування електроопіків і глибоких термічних опіків не має істотних відмінностей і викладено вище.





Правильне написання діагнозу вимагає наступної послідовності:

- на першому місці ставлять слово „опік”;
- на другому місці ставлять етіологічний фактор – полум’ям, окропом, парою, кислотою та ін.;
- на третьому місці вказують глибину ураження римськими цифрами;
- на четвертому – площа загального і глибокого ураження у відсотках, при цьому площу глибокого опіку пишуть у дужках;
- на п’ятому місці перераховують уражені ділянки тіла;
- потім відмічають супутні опікам шкіри ураження, які пов’язані з дією термічного агента (опіки верхніх дихальних шляхів, термохімічні ураження дихальних шляхів, отруєння оксидом вуглецю і продуктами горіння, загальне перегрівіння);
- при обширних ураженнях відображають наявність опікового шоку з вказанням на ступінь важкості (або інший період опікової хвороби);
- вказується індекс важкості ураження;
- ускладнення;
- перераховують супутні травми і захворювання.

ВІДМОРОЖЕННЯ

Відмороження виникають унаслідок дії низької температури. На обличчі відмороженням частіше всього піддаються ніс, вуха, тканини виличної області, щоки. Від дії низької температури страждають хрящі навіть при невеликих пошкодженнях шкіри. Можуть розвиватися періхондрити, які протікають тривало і приводять до деформації вušних раковин або носа. Кістки лицьового скелета при відмороженнях вражаються у край рідко. Зустрічаються відмороження язика і губ (частіше у дітей) як наслідок контакту цих тканин з металом на морозі (спроба лизнути металевий предмет). У разі порушення природної і штучної терморегуляції можливі відмороження тканин в умовах високої вологості при помірно низькій температурі. При дії низької температури ураження розповсюджується в глиб тканин, а не по поверхні. Відмороження тканин обличчя рідко є показанням для госпіталізації. У поліклінічній практиці вони зустрічаються у половини хворих з відмороженнями. Під час Великої Вітчизняної війни одиночні відмороження обличчя були у 0,69% серед тих, що лікувалися з приводу відморожень в госпіталах. Тяжкі відмороження обличчя зустрічаються рідко, як наслідок тривалої контактної дії низької температури на тканини.

Розрізняють два періоди в розвитку патологічних змін в тканинах при відмороженні: а) дореактивний, або період тканинної гіпотермії, б) реактивний, що настає після зігрівання тканин. Саме другий період визначає характер клінічних проявів виниклих порушень, обумовлених спочатку спазмом, а потім тромбозом кровоносних судин.

У дореактивному періоді хворі відзначають колення, паління, больові відчуття у області ділянки обличчя, яка піддалася дії низької температури, потім анестезію в цих ділянках. Що постраждали частіше всього не помічають настання відмороження. Об’єктивно в цьому періоді можна відзначити різку блідість шкіри, зниження локальної температури на ділянці ураження, зникнення больової чутливості. Після зігрівання відморожених тканин з’являються значна болючість і інші об’єктивні ознаки, визначеність яких залежить від тяжкості травми.

Залежно від глибини пошкодження виділяють 4 ступені відморожень.

I ступінь. Омертвіння тканин не наступає, всі зміни оборотимі. Хворі скаржаться на свербіння, що колють, вираженій інтенсивності болю, паління, відчуття оніміння і повзання мурашок (парестезія). Шкіра гіперемована, з синюшним відтінком (мармурова). Виражений набряк тканин. Больова чутливість понижена. Вказані зміни ліквідуються протягом 3-7 днів, після чого якийсь час спостерігається лущення епідермісу.

II ступінь. Гине епідерміс. Скарги такі ж, як при відмороженні I ступеня, проте болі посилюються ночами і зберігаються протягом 2-3 днів. Пошкоджений епідерміс відшаровується і утворюються одиночні або множинні пухирі. Вони наповнені жовтою або геморагічною рідиною. Якщо покришку пухира зняти, то оголюється яскраво-рожева, різко болісна дерма. Рани при відмороженні II ступеня заживають через 10-15 днів шляхом епітелізації з епітеліальних придатків шкіри.

III ступінь. Гинуть всі прошарки шкіри і підлеглі м'які тканини. Хворі відзначають сильні і тривалі болі, парестезії. Утворюються пухирі, заповнені геморагічною рідиною. Дерма під пухирями темного кольору із-за крововиливів, може мати сіруватий відтінок. На місці пухирів виникає некротичний струп чорного кольору, межі якого чітко позначаються через 6-7 днів. Струп відторгається до кінця 3-4-го тижня, утворюючи гранулюючу раневу поверхню. Вона заживає з утворенням рубців з частковою краєвою епітелізацією.

IV ступінь. Гинуть м'які тканини з оголенням кісток, іноді їх пошкодженням. Скарги такі ж, як і при відмороженнях III ступеня. Спостерігається значний набряк, який розповсюджується за межі загиблених тканин. Утворюється струп, який поволі відторгається. Є ознаки інтоксикації і тяжкого загального стану хворого. Відрізнити відмороження III і IV ступеню можна не раніше ніж через 5-7 днів, коли визначаються межі некрозу. Результатом відмороження IV ступеня є втрата частини або всього органу, на ЩЛД частіше за все - ділянки носа, вух, щік, м'яких тканин виличної ділянки.

Особам, що перенесли пластичні відновні операції, особливо з використанням філатовського стебла, слід остерігатися холоду. Тканини філатовського стебла назавжди зберігають підвищену чутливість до холоду. Вони можуть піддатися тяжкому відмороженню при температурі повітря -5°C протягом 2-3 годин.

Правильно і своєчасно надана допомога (у дореактивному періоді) може зменшити поширеність змін (у тому числі і незворотних) при відмороженнях. Це залежить від швидкості відновлення кровопостачання в тканинах і зменшення періоду їх гіпотермії. Ефективним може бути легкий масаж теплою рукою або м'якою фланелевою чи шерстяною тканиною до тих пір, поки бліда шкіра ураженої ділянки не порожевіє і не потепліє. Потім шкіру протирають спиртом, або слабкою настоянкою йоду, змащують вазеліном або іншим жиром, якщо постраждалий знаходиться не в теплому приміщенні, слід накласти зігріваючу пов'язку. Не можна розтирати відморожені ділянки снігом, оскільки відбувається подальше охолодження тканин, а не зігрівання їх, унаслідок чого збільшується тяжкість ураження. Крім того, кристали снігу дряпають шкіру і створюються умови для інфікування уражених тканин. У спеціальному лікуванні хворі з відмороженнями I ступеня після надання першої допомоги не мають потреби.

При відмороженнях II ступеня необхідно намагатися зберегти цілісність пухиря, під яким відбуватиметься епітелізація рани. Пухирі видаляють, якщо вміст їх нагноюється. Тканини обличчя покривають мазями, емульсіями, до складу яких входять антибіотики або антисептики. Не слід застосовувати дублячі речовини. При відмороженнях III ступеня уражену поверхню змащують 5% настоянкою йоду і добиваються відторгнення струпа. Для профілактики нагноєння рани її періодично обробляють антисептичними розчинами. Після відторгнення струпа і формування гранулюючої поверхні рану слід вести під волого-висихаючою пов'язкою, тобто закритим способом, до загоєння. Для змочування пов'язки використовують розчини антисептиків. До цього моменту лікування відморожень обличчя проводять відкритим способом. Втрачені органи і тканини обличчя, унаслідок відморожень IV ступеня вимагають відновлення за допомогою реконструктивних оперативних втручань. Всім хворим з відмороженнями необхідно ввести протиправцеву сироватку.

Тканини, що піддалися відмороженню, набувають підвищеної чутливості до дії низької температури. Можливе повторне їх відмороження при нетривалій дії холоду.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

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

Основні завдання	Вказівки
Вивчити: Назвати основні причини виникнення опіків та відморожень обличчя мирного часу.	Звернути увагу на особливості виникнення опіків внаслідок дії різних етіологічних факторів (фізичні, хімічні), особливості дії низьких температур на обличчя.
Клініку опіків та відморожень обличчя мирного часу.	Скласти систему основних симптомокомплексів при опіках та відмороженнях обличчя мирного часу.
Основні принципи діагностики опіків та відморожень обличчя мирного часу.	Розробити схему діагностики опіків та відморожень обличчя мирного часу, особливу увагу звернути на визначення площі ураження та важкості стану потерпілих.
Перша (невідкладна) допомога при опіках та відмороженнях обличчя мирного часу.	Чітко орієнтуватися в питаннях припинення дії вражаючого фактору та протишокових заходах. Знати методи надання невідкладної допомоги та протишокових заходів.
Способи лікування опіків та відморожень обличчя мирного часу, показання та протипоказання до їх застосування.	Особливу увагу звернуть на показання та протипоказання до вибору способу лікування в залежності від клінічної ситуації та попередження ускладнень.
Методику накладання м'яких пов'язок на обличчя при опіках та відмороженнях.	Чітко орієнтуватися в питаннях десмурті в щелепно-лицьовій ділянці.

6.2. Види самостійної роботи студентів:

1. Визначити поняття «опік».
2. Класифікація опіків за походженням, глибиною та тяжкістю пошкодження.
3. Визначення площі опіку.
4. Визначення глибини та тяжкості опіків.
5. Особливості термічних опіків щелепно-лицевої ділянки.
6. Особливості хімічних опіків щелепно-лицевої ділянки.
7. Визначення та патогенез опікової хвороби.
8. Симптоматика періодів опікової хвороби.
9. Надання першої допомоги при опіках та відмороженнях щелепно-лицевої ділянки.
10. Лікування опіків та відморожень щелепно-лицевої ділянки мирного часу.

6.3. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю ($\alpha = \Pi$):

- 2.1. Які клітини кісткової тканини відносять до камбіальних:

- A. Остеобласти.
- B. Остеоцити.
- C. Опасисті клітини.
- D. Остеокласти.
- E. Усі відповіді вірні.

(Правильна відповідь: A).

- 2.2. Скільки розрізняють типів репаративної регенерації кісткової тканини:

- A. Один.
- B. Два.
- C. Три.
- D. Чотири.
- E. П'ять.

(Правильна відповідь: C).

2.3. Який вид рубцевої тканини залишається після опіків II ступеню:

- A. Нормотрофічний.
- Б. Атрофічний.
- С. Келоїдний.
- D. Гіпертрофічний.
- Е. Рубцева тканина не формується.

(Правильна відповідь: E).

6.4. Задачі для самоконтролю:

4.1. До лікаря хірурга-стоматолога звернувся пацієнт для встановлення дентальних імплантів на місце втрачених зубів 34, 35 та 36. Об'єктивно: візуалізується значна горизонтальна атрофія альвеолярного відростку нижньої щелепи в ділянці відсутніх зубів. Яке попереднє втручання повинен виконати лікар перед постановкою дентальних імплантів. (Відповідь: направлену горизонтальну регенерацію альвеолярного паростку нижньої щелепи).

4.2. У відділення стаціонару щелепно-лицевого відділення направлена пацієнтка зі скаргами на наявність утвору в правій підщелепній ділянці, що болить при подразненні та свербить. Із анамнезу відомо, що 8 місяців тому мав місце опік III А ступеня відповідної ділянки. Об'єктивно: в правій підщелепній ділянці візуалізується рубцевозмінена тканина полігональної форми, червоного кольору, щільна на дотик. Встановіть вірогідний діагноз. (Відповідь: післяопіковий келоїдний рубець правої підщелепної ділянки.)

4.3. Який наймовірніший наслідок відмороження вушної раковини 4 ступеня?

(Відповідь: тотальний некроз, втрата органу).

7. ЛІТЕРАТУРА.

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2т. – Т.2/В.О.Маланчук, І.П.Логвіненко, Т.О.Маланчук, О.Л.Ціленко – К.: ЛОГОС, 2011. – С. 91-105, 151-180.
2. Маланчук В.А. Озоно-кислородная терапия в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / В.А.Маланчук, А.В.Копчак. – К., 2004. – С.69-70.
3. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия: Руководство для врачей / Под ред. проф. В.Н.Балина и проф. Н.М.Александрова. 4-е изд., доп. и испр. – СПб.: СпецЛит, 2005. – С. 492-516.
4. Щелепно-лицева хірургія: підручник / О.О.Тімофєєв. – К.: ВСВ «Медицина», 2011. – С. 418-422, 441-442, 449-455.
5. Стоматологія 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.Демяник. – Харків: Горнадо, 2006. – С. 129-138, 147-161.
6. Травматологія і ортопедія: [підруч. Для студентів ВМНЗ III-IV рівнів акредитації] / Є.Т.Склярєнко. – К.: «Здоров'я», 2005. – С. 60-69.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
Сумський державний університет
Медичний інститут

«Затверджено»
на засіданні кафедри
стоматології

Завідувач кафедри
д.мед.н.Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	4
Змістовний модуль №	4
Тема заняття	Догляд та харчування постраждалих з травмою щелепно-лицевої ділянки. ЛФК та фізіотерапія при комплексному лікуванні постраждалих з ушкодженнями щелепно-лицевої ділянки.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Організація та здійснення лікарем догляду та харчування щелепно-лицевих поранених створюють умови для раціонального загоєння пошкоджень та скорішого одужання поранених та повернення їх до строю.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати методи реабілітації щелепно-лицевих поранених.
- 2.2. Пояснювати основні принципи догляду та харчування постраждалих з травмою щелепно-лицевої ділянки.
- 2.3. Запропонувати алгоритм фізіотерапевтичного лікування та ЛФК при комплексному лікуванні постраждалих з травмою щелепно-лицевої ділянки.
- 2.4. Класифікувати фізіотерапевтичні та методи ЛФК для постраждалих із травмою тканин щелепно-лицевої ділянки різного ступеню важкості.
- 2.5. Трактувати основні положення та принципи ЛФК для реабілітації тематичних пацієнтів.
- 2.6. Малювати графологічну схему теми.
- 2.7. Проаналізувати різні методики фізіотерапевтичного лікування під час лікування та реабілітації постраждалих з травмою щелепно-лицевої ділянки.
- 2.8. Скласти хронологічну схему досягнень вітчизняних вчених та співробітників кафедри стосовно наукових впроваджень відповідної теми.

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

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Фізіологія.	Описувати нормальні процеси функціонування організму.
2. Гігієна.	Визначити оптимальні продукти харчування та денний раціон для тематичних хворих.
3. Травматологія	Володіти основними методами іммобілізації та направленої регенерації кісткової тканини.
4. Фізіотерапія	Володіти основними навичками фізіотерапевтичного лікування.
5. Фармакологія.	Призначити схему медикаментозного стимулювання регенерації тканин.

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. Фізіотерапія.	Це складова фізичної реабілітації, область медицини, що вивчає фізіологічну дію природних та штучних фізичних факторів.
2. Фізична реабілітація.	Це застосування з лікувальною і профілактичною метою фізичних вправ і природних факторів у комплексному процесі відновлення здоров'я, фізичного стану та працездатності хворих.
3. Лікувальна фізична культура (ЛФК)	Це метод лікування, що полягає в застосуванні фізичних вправ і природних факторів природи до хворої людини з лікувально-профілактичними цілями.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Основні складові харчових продуктів та їх біологічна цінність.
2. Поняття та класифікація дистрофій.
3. Гіпо- та гіпервітамінози.
4. Особливості гомеостазу при травматичних пошкодженнях тканин щелепно-лицевої ділянки.
5. Загальна характеристика дієти № 15.
6. Особливості харчування хворих при травматичних пошкодженнях тканин щелепно-лицевої ділянки.
7. Принципи різних методів харчування тематичних хворих.
8. Особливості режиму годування хворих з травматичними пошкодженнями тканин щелепно-лицевої ділянки.
9. Обов'язки медичного персоналу для реабілітації тематичних хворих.

10. Методи фізіотерапевтичного лікування.

11. Основні показання та протипоказання до фізіотерапевтичного лікування.

12. Принципи ЛФК в травматології щелепно-лищевої ділянки.

4.3. Практичні роботи, які виконуються на занятті (не передбачені програмою).

5. ОСНОВНИЙ ЗМІСТ ТЕМИ: принципи лікувального харчування щелепно-лищевих поранених базуються на знаннях порушень обміну речовин, періодах та фазах раневого процесу. Механічна травма викликає відповідну реакцію організму, яка полягає в порушенні обміну речовин – білкового, вуглеводного, вітамінного, мінерального та інших. В загальній обмінній (метаболічній) реакції організму на травму відрізняють дві фази: першу – **катаболічну, фазу підсиленої втрати тканинних ресурсів**. Вона відбувається 7-10 діб і змінюється другою фазою – **анаболічною, фазою створення**, відновлення всіх видів обміну.

Порушення білкового обміну проявляються значним зменшенням загального білка крові – **гіпопротеїнемія**, підсиленні виділення азоту із сечею – **азотурія**, що свідчить про розпад білка та від'ємний азотистий баланс. Хворі при цьому, як правило, втрачають вагу. Критичне падіння ваги спостерігається на 3-4 добу після травми. Втрата ваги тіла у хворих з пошкодженнями обличчя та щелеп відбувається також і за рахунок часткового недоїдання, яке обумовлене специфікою травми. Наслідком білкової недостатності, яка виникає в результаті травми, є порушення роботи ферментних систем. Загальна гіпопротеїнемія різко **знижує імунобіологічні сили організму**, що погрожує виникненням бронхопульмональних та інших інфекційних ускладнень.

Порушення енергетичного обміну при травмі вже в перші часи виявляються виходом у кров глюкози з печінки та м'язів. В крові визначається підвищений вміст цукру – **гіперглікемія** та підвищене виділення його з сечею – **глюкозурія**.

При травмі здійснюється більш високий рівень обміну речовин, порівняно до норми, в якому активну участь приймають вітаміни – аскорбінова кислота, тіамін, рибофлавін, піридоксин та ніацин. Розвивається загальний **гіповітаміноз**.

Спостерігаються **порушення водно-солевого обміну** за рахунок підвищеної втрати води організмом при **дегідратації**. В першу добу при значній травмі організм може втрачати до 2000-3000 мл води, в тому числі в вивихненому повітрі – 150-300 мл, за рахунок потовиділення – до 500 мл, з сечею – 1000-1500 мл, з екскрементами – до 200 мл, а у хворих з травмою органів порожнини рота – також за рахунок значного слиновиділення. При дегідратації підвищується в'язкість крові, зменшується об'єм циркулюючої крові в судинах і швидкість кровотоку. Такий стан може сприяти кисневому голодуванню тканин та порушенню функції клітин. При травми відбувається порушення внутрішньо-клітинних ферментативних процесів, що призводить до переходу калію з клітин в позаклітинне середовище, внаслідок чого вміст його в сироватці крові підвищується. Для збереження ізотонії іони натрію переходять з позаклітинного середовища у середину клітин, чим обумовлюється його затримка в організмі в перші дні після травми.

Кислотно-лужна рівновага є найбільш суворою константою внутрішнього середовища. Це співвідношення концентрації іонів водню (H^+) до гідроксильних іонів (OH^-) в біологічних середовищах. В нормі рН крові і в тканинних рідинх складає 7,35-7,45. рН менше 6,8 та більше 7,8 несумісні із життям. Сталість рН в організмі забезпечується наявністю чотирьох так званих «буферних систем»: бікарбонатної, фосфатної, гемоглобінової та білкової. Остання – сама значна. Бікарбонатна система складається з вуглекислоти (H_2CO_3) та бікарбонатів, які знаходяться поза клітинами ($NaHCO_3$) та усередині клітин ($KHCO_3$). Саме бікарбонати попереджують зсув рН в кислий бік. Якщо відбувається зсув у кислий бік, то говорять про **ацидоз**. Протилежним станом є **алкалоз**, коли в організмі утворюється надлишок луг, тобто зміщення рН в лужний бік.

Регуляція всіх видів обміну знаходиться під контролем центральної нервової системи. Різноманітність дії гормонів на той чи інший вид обміну речовин здійснюється різними механізмами, головним чином шляхом безпосереднього впливу на клітину (гуморальний механізм), а також по нервовим зв'язкам.

Харчування хворих з травмами обличчя та щелеп є однією із значних проблем в загальному комплексі лікування та заходів по догляду.

Щелепно-лицева травма ускладнює відкушування їжі та її розжовування. Ускладнення при прийомі їжі та безпорадність хворого зростають по мірі важкості травми, при порушенні цілісності кісток лицевого скелету, особливо нижньої щелепи, або пошкодженнь язика, твердого

чи м'якого піднебіння, глотки, дна порожнини рота. Дуже важливо пам'ятати, що все це гнітюче впливає перш за все на самого хворого, тому що формує у нього уявлення про повну фізичну безпорадність. Порушенню психіки сприяє також травма головного мозку, яка супроводжується втратою свідомості. Пошкодження великих судин що живлять мозок при пораненні обличчя та щелеп може також бути однією з причин нестійкої психіки. Хворі стають замкнутими, неговіркими і часто відмовляються від їжі, спираючись на відсутність апетиту. До особливостей щелепно-лицевій травми належить також і те, що після надання спеціалізованої допомоги, яка складається найчастіше з іммобілізації щелеп за допомогою назубних шин і міжщелепної фіксації або тяги, прийом їжі через рот ускладнюється.

Хворі з щелепно-лицевою травмою потребують перед кожним годуванням спеціальної підготовки, а після їжі – спеціального догляду.

Види дієт для хворих з травмою обличчя та щелеп. Найбільш поширені в стоматологічному стаціонарі дієти: щелепна перша, щелепна друга та загальна. Ці дієти призначаються тим хворим з травмою обличчя і щелеп, котрі не мають супутніх захворювань шлунково-кишкового тракту, печінки, нирок, хвороб, що пов'язані з порушенням обміну речовин (діабет, сечокислий діатез), захворювань серцево-судинної системи (кардіосклероз, атеросклероз, пороки серця з явищами недостатності кровообігу) та ін. При наявності супутніх захворювань призначається відповідна дієта, з урахуванням можливостей її споживання щелепно-лицевим хворим.

Дієта щелепна перша, або зондова призначається хворим, у котрих внаслідок значної травми порушені всі компоненти акта прийому їжі – смокання, жування та ковтання, що звичайно буває при травмі, яка супроводжується пошкодженням язика, піднебіння, дна порожнини рота з вираженим набряком тканин. В цьому випадку введення їжі в рот не тільки недоцільне, а й небезпечне, тому що можлива її аспірація. Приготована їжа (стіл № 15) пропускається через м'ясорубку та густе сито, проціджується, щоб виключити наявність речовин, які важко подрібнюються (рослинна клітковина, прожилки м'яса та ін.). Вершкоподібна консистенція їжі сприяє її вільному проходженню безпосередньо в шлунок через шлунковий або дуоденальний зонд, введений через ніс або рот. При необхідності можна досягти ще більшого розведення їжі шляхом додавання бульйону, молока або кип'яченої води.

Дієта щелепна друга призначається хворим, у яких достатньо добре збережені функції ковтання та смокання. Їжа при цьому виді дієти доводиться до кашоподібного стану шляхом пропускання її через м'ясорубку, а для необхідного розведення додають бульйон, молоко або кип'ячену воду. Сметаноподібна їжа легко проходить крізь гумову трубку, яка надіта на носик поїльника.

Таким чином, метою щелепних дієт є забезпечення хворого повноцінним ентеральним харчуванням, коли в результаті травми порушується акт жування, але пероральний прийом їжі можливий за допомогою поїльника чи ложки (дієта щелепна друга), або коли порушуються всі компоненти акту годування, в тому числі і ковтання, і харчування через рот замінюється зондовим (дієта щелепна перша або зондова). Перевід з щелепної дієти на загальний стіл в посттравматичному періоді здійснюється на основі клінічних даних.

Загальна дієта або загальний стіл (№ 15) призначається хворим, які за своїм станом не потребують спеціального харчування. Це фізіологічно повноцінна дієта з використанням всього асортименту продуктів, які відповідають нормам лікарні. Отож, дозволяються всі продукти та блюда з використанням звичайної, різноманітної кулінарної обробки.

Методи годування хворих з травмою обличчя та щелеп

Пероральний метод харчування є в філогенетичному відношенні самим старим, самим природнім, самим фізіологічним. Більшість хворих з щелепно-лицевою травмою навіть після надання їм спеціалізованої допомоги з накладанням назубних шин і міжщелепної тяги та фіксації відламків можуть приймати рідку їжу із звичайної ложки, якщо в зубному ряду є хоча б невеликий дефект в зв'язку з раніше видаленими зубами. Якщо у хворого збереглися смоктальні рухи, зсюрбування їжі, то хворий може харчуватися рідкою їжею за допомогою звичайної ложки. В тих випадках, коли використання ложки неможливе, годують за допомогою поїльника Пирогова, що має гумову або полівінілову дренажну трубку довжиною 20-25 см, насажену на носик поїльника.

Методика годування за допомогою поїльника: хворому надають в ліжку сидяче або полусидяче положення. Важких хворих годують лежачи, припіднімають на подушці голову. Медична сестра або санітарка, які добре навчені методиці годування, сідає справа від хворого.

Тіло та груди накривають фартухом з клейонки для збереження білизни від забруднення та зволоження їжею. Приготовану належним чином їжу наливають в поїльник з насадженою на його носик гумовою трубкою. Годувальник бере в руки поїльник, пропонує хворому відкрити наскільки можливо рота та кінець гумової трубки підводить до кореня язика через ретромоларний простір або дефект зубного ряду. Щоб не влити їжу в рот передчасно, поїльник слід тримати нижче підборіддя. Потім перекривають середину гумової трубки пальцями та піднімають поїльник так, щоб він знаходився вище ротової щілини. Обережно розтискають пальці, які тримають трубку, вливають в рот оптимальну кількість їжі (приблизно 8-10 мл), необхідну для повного ковтка. Після цього трубку знов пережимають пальцями, хворому пропонують проковтнути їжу і зробити 1-2 вдихи та видихи. Потім введення їжі повторюється в тій же послідовності. Сполучають ковтальні рухи з дихальними паузами, повільно згодовують всю їжу. Для прискорення переходу їжі до кореня язика хворому потрібно сказати, щоб він її підсмоктував.

Під час годування за допомогою поїльника слід постійно стежити за температурою їжі, котра не повинна бути нижче, ніж 45-50⁰С. Якщо їжа дуже щільна, то її слід розводити підігрітим бульйоном, молоком або кип'яченою водою. Після годування поїльник та гумова трубка ретельно промиваються, прокип'ячуються та повертаються хворому для того, щоб він мав змогу користуватися ними для пиття.

Зондовий метод годування застосовується при значних пошкодженнях анатомічних структур щелепно-лицевої ділянки, які порушують не тільки функцію жування, а й ковтання. Це також ентеральний метод годування, тому що їжа вводиться за допомогою зонда в шлунково-кишковий тракт.

Техніка годування хворого через зонд. В цьому випадку необхідними інструментами є тонкий шлунковий зонд без оливи або прозора хлорвінілова трубка діаметром 5-6 мм, воринка об'ємом 200 мл або шприц типа Жане. На зонді роблять три мітки: перша на відстані 30-35 см для введення тільки в стравохід, 45 см – в шлунок, 50-55 см – в дванадцятипалу кишку. Всі перелічені інструменти та приладдя повинні бути прокип'ячені та охолоджені. Готується також 3-4 склянки їжі, підігрітої до 45-50⁰С.

Перш ніж вирішити питання про введення зонду через ніс, лікар повинен переконатися в тому, що носові ходи вільні. Поліпи, новоутворення в цій ділянці, значні викривлення носової перегородки є протипоказанням для цього способу годування. Закруглений кінець зонду, змочений гліцерином, вводять в нижній носовий хід, тримаючись напрямку, перпендикулярного до поверхні обличчя. Коли 15-17 см зонду ввійде в носоглотку, голову хворого злегка нахилиють вперед і пропонують хворому зробити ковтальні рухи. Під час кожного такою «ковтка» трубку просувають до шлунку, тобто до мітки 45 см.

На зовнішньому кінці зонда закріплюють воринку, опускають її нижче голови та вливають їжу, повільно піднімаючи та опускаючи з таким розрахунком, щоб при кожному русі воринки в зонд вливалася їжа в кількості не більше ковтка. Після прийому їжі таким же чином вводиться й пиття.

Після завершення годування і пиття воринку видаляють, а кінець зонда закріплюють на обличчі збоку за допомогою стрічки липкого пластиру так, щоб він не заважав хворому.

Гумовий зонд можна залишати в носовому ході лише на декілька днів, після чого його необхідно витягти, ретельно промити та прокип'ятити. Ця неприємна для хворого процедура значно спрощується при користуванні поліхлорвініловою трубкою, яка може бути залишена на увесь період зондового годування (3-4 тижня).

Замість воринки при зондовому годуванні можна користуватися також великим шприцом для промивання порожнин (типа Жане). Для цього кінець зонду щільно надівають на кінець шприца. Їжу, як і при годуванні з поїльника, вводять із шприца невеликими порціями, повільно витискають його вміст.

Ректальне годування застосовується в тих випадках, коли неможливі інші методи ентерального годування (рубцевий стеноз стравоходу, закриття прозору стравоходу пухлиною та ін.). Таке годування ще має назву годувальних клізм. Асортимент поживних речовин при такому методі годування обмежений: 0,85 % розчин повареної солі, 5 % розчин глюкози, 4-5 % розчин очищеного алкоголю, амінопептид (білковий препарат, який містить повний набір амінокислот). Вводити інші харчові речовини марно, тому що в товстому кишечнику відсутні травні ферменти.

Харчування хворих через штучно створений свищ в шлунку при травмах щелепно-лицевої ділянки застосовується рідко. Цим методом, як і ректальним, користуються при непрохідності стравоходу.

Парентеральне годування застосовується в тих випадках, коли з якихось причин необхідно ввести до організму поживні речовини поза шлунково-кишковим трактом. Крім того, парентеральне годування, яке в даний час дозволяє вводити в організм високоефективні білкові препарати, вуглеводи, жирові емульсії, вітаміни, солі, нерідко стає корисним в тих випадках, коли, незважаючи на всі зусилля, ентеральне годування не спроможне нормалізувати порушений хворобою обмін речовин. Разом з цим, парентеральне годування повинно розглядатись в якості лише додаткового метода годування і в ніякій мірі повністю не може замінити ентерального, найбільш фізіологічного, в також, як і речовини, які застосовуються для парентерального годування, не можуть замінити нормальне дієтичне харчування. Тому парентеральне годування застосовується лише на короткий час – не довше 10 діб.

Парентеральне годування передбачає окреме введення в організм хворих білкових, енергетичних речовин, вітамінів і солей, гормонів, а також в деяких випадках їх сумісне введення. Білкові речовини вводяться в організм тільки у вигляді готових сумішей амінокислот. До них належать препарати амінопептид, гідролізат казеїна, гідролізін Л-103, амінокровін та ін.

Енергетичні компоненти парентерального годування представлені в даний час 2,5 %, 5 %, 10 % розчинами глюкози. Крім того, для забезпечення енергетичних потреб використовуються також гіпертонічні розчини фруктози та інертного цукру (суміш глюкози та фруктози), а також сорбіт. Використовується для цієї ж мети 5 % етиловий алкоголь в суміші з 5 % розчином глюкози. Введення водорозчинних вітамінів (С і групи В) звичайно практикується разом з введенням вуглеводів.

Мінеральні речовини: солі натрію, кальцію, калію та ін. можуть також вводиться в організм парентерально у складі різних трансфузійних рідин.

Методи парентерального годування. Парентеральне годування може здійснюватися шляхом введення поживних речовин внутрішньовенне, внутрішньокістково, підшкірно, внутрішньом'язово.

Режим годування. Для хворих із щелепно-лицевою травмою в лікарні повинен бути встановлений режим з шестикратним годуванням на протязі доби. Добовий раціон по калорійності при чотириразовому годуванні повинен розподілятися наступним чином: сніданок – 30 %, обід – 40 %, вечеря – 20-25 %, друга вечеря – 5-8 %.

При шестиразовому годуванні: перший сніданок – 20-25 %, другий сніданок – 10 %, обід – 30-35 %, полудник – 10 %, перша вечеря – 20 %, друга вечеря – 5-10 %.

По завершенні кожного годування, особливо при наявності в ротовій порожнині назубних шин, повинен даватися чай для очищення порожнини рота від твердих часточок їжі, яка застряє в роті, а також проводиться іригація порожнини рота.

ДОГЛЯД ЗА ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВИМИ ПОРАНЕНИМИ

Задача догляду за хворими і пораненими – проведення заходів, що сприяють якнайшвидшому видужанню і полегшенню страждань. Предмет догляду – ретельне систематичне спостереження за хворими, чітке виконання призначень лікаря, культурне побутове обслуговування хворих.

Виділяють **загальний і спеціалізований догляд** за пораненими. Заходи щодо догляду можна розділити на ті, що здійснює лікар, середній або молодший медичний персонал.

З усіх різновидів роботи з догляду можна зазначити **основні обов'язки медичного персоналу:**

1. підтримка чистоти і тиши в палатах, турбота про особисту гігієну хворих і поранених, їх постель і білизну;
2. турбота про повноцінне харчування;
3. систематичне спостереження за станом хворих і поранених, своєчасна сигналізація лікарю про замічені зміни їхнього стани і вживання заходів швидкої помочі по життєвих показаннях;
4. проведення заходів щодо попередження ускладнень, внутригоспитальної інфекції і полегшенню страждань хворих і поранених;
5. своєчасне і чітке виконання лікарських призначень по обстеженню і лікуванню хворих і поранених;
6. виконання призначеного режиму;

7. оформлення документації, проведення санітарного опрацювання при надходженні хворих і поранених.

Усі поранені підрозділяються на дві основні групи: поранені, що у змозі себе обслуговувати, та поранені, що самі себе обслуговувати не можуть.

Це положення враховується при організації догляду і розміщенні хворих і поранених. Так, поранені з погрозою розвитку асфіксії, із важкими сполученими ушкодженнями, провідниками кровотечі повинні знаходитися в палаті інтенсивної терапії або поблизу від перев'язувальної або операційної. Таким поранений організується індивідуальний пост. Поранені з важкими ушкодженнями, сполученими травмами головного мозку повинні дотримувати суворого постільного режиму до 10-12 днів після травми. Таких поранених розміщують таким чином, щоб був можливий необмежений доступ медичного персоналу і можливість безперешкодного транспортування в перев'язувальну або операційну. Поранені 1 і 2 групи в залежності від ваги стана розміщуються по палатах рівномірно з тим, щоб до обслуговування тяжкопоранених можна було залучати легкопоранених і видужуючих.

Догляд за хворими, особливо в хірургічному відділенні, починається з дотримання правил особистої гігієни: спостереження за станом повітря в палаті, що досягається своєчасним провітрюванням не менше 4 разів у день - ранком перед сніданком, перед обідом, перед вечерею і за півгодини перед соном. Провітрювання триває 15-30 хв.; кварцування палат 2 рази в день; також зміна постільної і натільної білизни в плановому порядку - 1 разів у тиждень, так і в кожному випадку, коли білизна забруднюється блювотними масами, їжею, слиною, потом. Медичний персонал повинний стежити за голінням, стрижкою, гігієнічними ваннами і душем хворих.

Всім тяжкопораненим, особливо в перші 3-5 днів після травми, варто надавати полусидяче положення. Цим зменшується небезпека кровотечі й аспірації крові, слизу і гною, полегшує дихання. З метою профілактики легеневих ускладнень і кращої вентиляції легень, тяжкопоранених протягом доби необхідно декілька разів перевертати з боку на бік, проводити дихальну гімнастику - змушувати робити глибокі вдихи і видихи 5-6 разів у день. Груди пораненого повинні бути закриті нагрудником із клейонки, треба користуватися слиноприймачем. На прикроватьній тумбочці в пораненого повинно постійно знаходитися вода у поїльнику, декілька марлевих серветок. У поранених із порушеною мовою повинний бути олівець і папір для письмового спілкування з навколишніми. Цим забезпечується спочинок у рані, а самі поранені рятуються від переживань, пов'язаних із тимчасовим порушенням мови. При благосприятливому загоєнні рани переходять до усного спілкування з пораненим, щоб тренувати мову, поліпшити самоочищення порожнини рота, обмежити розвиток рубців.

До **спеціального догляду** за щелепно-лицевими пораненими відноситься гігієна порожнини рота, часта заміна пов'язок, лікувальні зрошення порожнини рота, зниження саливації.

Поява повторних кровотеч, ускладнень із боку органів подиху і шлунково-кишкового тракту в значній мірі також пов'язано з розвитком у рані і порожнині рота гнильної інфекції. Тому, якомога раніше, починаючи з медико-санітарного батальйону у військовий час, варто старанно очищати порожнину рота в поранених від згустків крові, слизу, раневого відділяемого, залишків їжі. Це досягається іригацією порожнини рота. Промивання порожнини рота провадиться з використанням гумових балонів, великого шприца або іригаційної кружки Есмарха. Особливо значні згустки крові, шматки тканин і осколки кісток або зубів витягають із порожнини рота і рани пінцетом. Промивання і зрошення порожнини рота проводять 8-10 разів у добу, використовують теплі розчини (37-38⁰С) марганцевокислого калію, фураціліну 1:5000, перекису водню, соди, «Ротокану», добавляють у розчин 3-5 крапель м'ятної настоянки. Процедуру промивання і зрошення порожнини рота проводить лікар, навчаючи хворого необхідним навичкам, потім – медична сестра.

Для проведення заходів гігієни порожнини рота, зрошення, полоскань у відділенні повинно бути обладнане спеціальне помешкання – іригаційна.

Крім очищення шин і зубів, іригації порожнини рота, до елементів спеціального догляду відносяться щоденні перев'язки або зміна пов'язок, що здійснює лікар або перев'язувальна медична сестра. У поранених із гнійними або гнильними ускладненнями травм перев'язки проводять двічі в день, при багатому промоканні пов'язки їх підбинтують. Під час зміни пов'язок проводять профілактику мацерації шкіри навколо рани і ротової щілини,

особливо при проникаючих пораненнях. Для цього шкіру навколо ран змащують цинковою маззю, покривають тонким прошарком вазеліну, тальку, присипки.

Поранений із підвищеним слиновиділенням, із витіканням слини з порожнини рота, що проникають пораненнями, ушкодженнями капсули і паренхимы слинних желез призначають щоденний прием 1-2 таблеток аерона або 5-8 капель настоянки беладони, або вводять підшкірно атропін по 1 мл 0,1% р-на. Введення атропіну проводять не більш 3-4 днів підряд, а потім роблять перерву.

Медична сестра здійснює постійне спостереження за станом головних фізіологічних систем травмованого хворого. Серед який особливої уваги потребує серцево-судинна система, система органів подиху, стравоварильна система, система сечовиділення, центральна нервова система.

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 (полупостільний), вільний (загальний)**.

Суворий постільний режим призначають у гострий період травми, а також у стадії декомпенсації діяльності основних систем життєзабезпечення. Ціль режиму - створення максимального фізичного і психічного спочинку хворому для мобілізації механізмів саногенеза. При цьому режимі хворий постійно перебуває в положенні лежачи на спині або полусидячи. Виключаються елементи самообслуговування, хворий потребує індивідуального спеціалізованого догляду. Для полегшення діяльності серцево-судинної системи, профілактики розвитку застійної пневмонії, атонії кишечника і тромбозів судин нижніх кінцівок обережно застосовують вправи для дрібних м'язових груп кінцівок і дихальної гімнастики, особливо диафрагмальне 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. У вихідних положеннях лежачи або сидячи хворі можуть виконувати активні вправи для дрібних і середніх м'язових груп із метою поступового підготування до устанання.

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. Рухові режими визначають призначення хворому лікувальної фізкультури.

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 з що общеукрепляють, багаторазово повторювати спеціальні вправи протягом дня. Тому, крім щоденних занять з інструктором ЛФК, хворий повинний не менше 10-12 разів у день самостійно виконувати спеціальні, індивідуально підібрані вправи.

Терміни призначення ЛФК залежать від характеру і ступеня ваги ушкодження. Протипоказання до призначення ЛФК носять тимчасовий характер, до них ставляться: загальний важкий стан хворого; висока температура тіла - вище 37⁰С; наявність гострого

запального процесу в області ушкодження, збільшена ШОЕ, септичний стан; болючий синдром при фізичних управах; небезпека повторної кровотечі через наявність стороннього тіла поблизу судин; недостатня іммобілізація отломков ушкодженої кістки.

Призначає хворому ЛФК лікар, що гоїть, після визначення показань він робить запис в історії хвороби з указівкою рухового режиму, періоду лікування і що рекомендуються форм ЛФК. На підставі цих призначень інструктор ЛФК проводить заняття і враховує їхню ефективність.

Методика лікувальної гімнастики при переломах щелеп будується з урахуванням періодів загоєння кістки, методу іммобілізації і клінічного стану хворого. У період формування первинної кісткової мозоли - 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 отломков і загоєння рани, профілактика ускладнень, пов'язаних із гіподинамією височно-нижньочелюстного суглоба, сприяння координированної роботи м'язів, що беруть участь у ковтанні, жуванні і промові.

Протягом перших 3-4 днів призначають палатний режим, потім вільний руховий режим. Заняття починають із 2-3 дня після іммобілізації відламків. Виключаються різкі прямування, повороти тулуба і голови, стрибки. Не застосовують управи для жувальної мускулатури через небезпеку зсуву отломков. Сприяють розслабленню м'язів - застосовують управи для м'язів мови, шиї, сидячи перед дзеркалом. Починають заняття з тривалістю 10-15 хв., до кінця I періоду - 20-25 хв.

Під час закінчення I зростаються кісткові відламки. Подальший розвиток процесу регенерації кісткової тканини пов'язано з просочуванням солями фосфору, калію і кальцію первинного кісткового мозолю і перетворенням його в кістку. До кінця 3-й тижня послаблюють 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, фіброзних анкілозів, зморщування суглобних капсул і низок, ригідності суглобів, рубців, що стягають, парезів нервів. Застосовують гумові розпирки, пробки, дерев'яні клини і причепки, апарати – рухомі ложки Лимберга, еспандер Балона Л.Р., жомові апарати, дощечки Ядрової, апарат Дарсіссака, апарат ММСІ. Тривалість виконання вправ на механотерапевтичних апаратах – 5-10 хв., повтор 6-10 разів у день. Контролюється ефективність механотерапії по показниках ступеня відкривання рота і сили жувальної мускулатури. Ступінь відкривання рота визначають за допомогою лінійки, окклюзійного вимірювача, або введенням пальців хворого між центральними різцями щелеп. «Робоче» відкривання рота - 2-2,5 см, максимальне - біля 4 см. Силу жувальної мускулатури визначають гнатодинамометром або міотометром, за допомогою жувальних проб по І.С. Рубінову.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Завдання для самоконтролю:

1. Визначити поняття реабілітація щелепно-лицевого пораненого.
2. Основні принципи лікувального харчування тематичних хворих.
3. Оприділити основні протипоказання до фізіотерапевтичного лікування.

Б. Задачі для самоконтролю:

4.1. Підберіть лікарські засоби потерпілому з пошкодженням слиних залоз для зменшення слиновиділення.

(Відповідь: щоденне вживання 1-2 таблеток аерону, підшкірно 1мл, 0,1% розчину атропіну до 4 днів).

4.2. Хворий П., 57 років, госпіталізований до реанімаційного відділення обласної лікарні. Встановлено діагноз: рубцевий стеноз стравоходу. Вкажіть можливий метод годування даного хворого.

(Відповідь: ректальне годування).

4.3. Пацієнт В., 32 років, госпіталізований у відділення щелепно-лицевої хірургії. Після визначення скарг, анамнезу, об'єктивного статусу та місцевих змін було встановлено клінічний діагноз: ЗЧМТ, струс головного мозку, ангулярний перелом нижньої щелепи в ділянці зуба 38, забій м'яких тканин підборідної ділянки. Встановіть руховий режим даному хворому.

(Відповідь: суровий ліжковий режим).

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю ($\alpha=2$):

2.1. Критичне падіння маси тіла спостерігається на:

A. 1-3 добу.

B. 3-4 добу.

C. 5-7 добу.

D. через тиждень.

E. Відразу після травми.

(Правильна відповідь: B)

2.2. Який стіл використовується для щелепної дієти ?

A. № 1.

B. № 5.

C. № 7.

D. № 10.

E. № 15.

(Правильна відповідь: E)

2.3. Яка тривалість виконання вправ для механотерапії ?

A. 3-5 хв., до 5 повторів у день.

B. 5-10 хв., до 5 повторів у день.

C. 5-10 хв., повтор 6-10 разів у день.

D. 10-15 хв., до 5 повторів у день.

E. 10-15 хв., повтор 6-10 разів у день.

(Правильна відповідь: C)

Г. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з множинними вибором:

3.1. Чим небезпечне порушення водно-сольового обміну за рахунок підвищеної втрати води організмом ?

A. Підвищенням в'язкості крові.

B. Зменшенням об'єму циркулюючої крові.

C. Збільшенням часу кровотечі.

D. Критичним підвищенням тиску.

E. Гіпоксичним станом.

(Правильна відповідь: A, B, E)

3.2. Для ліквідації фіброзних анкілозів та постімобілізаційних контрактур застосовують:

A. Рухомі ложки Лімберга.

B. Експандер Балона Л.Р.

C. Апарат Ю. Є. Брагіна.

D. Апарат Дарсіссака.

E. Апарат П.В. Ходоровіча та В.О. Маланчука.

(Правильна відповідь: A, B, D)

3.3. До основних протипоказань для призначення ЛФК відносять:

A. Збільшення температури тіла вище 37 °С.

B. Період формування кісткової мозолі.

C. Наявність рубцевих контрактур.

D. Наявність стороннього тіла поблизу судин.

Е. Загальний важкий стан хворого.

(Правильна відповідь: А, Д, Е)

Д. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. Хворий 38 років звернувся зі скаргами на обмежене відкривання рота. З анамнезу відомо, що місяць тому він знаходився на стаціонарному лікуванні у відділення щелепно-лицевої хірургії з приводу одонтогенної флегмони скроневої ділянки та крилоподібно-піднебінного простору. Який вид лікування під час знаходження хворого в стаціонарі слід було призначити для запобігання цього ускладнення?

(Відповідь: фізіотерапевтичне лікування та курс ЛФК).

2. В який термін призначається фізіотерапевтичне лікування при гострому невриті лицевого нерва?

(Відповідь: з перших днів захворювання).

3. Вкажіть ділянки масажу для покращення місцевого крово- та лімфообігу.

(Відповідь: масаж шиї, коміркової, потиличної та завушної ділянки).

7.ЛІТЕРАТУРА:

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2т. – Т.2/В.О.Маланчук, І.П.Логвіненко, Т.О.Маланчук, О.Л.Ціленко – К.: ЛОГОС, 2011. – С. 147-151.

2. Невогнепальні пошкодження щелепно-лицевої ділянки: навч. посіб. для студ. стомат. факульт. вищих мед. навч. закладів IV рівнів акрид. та інтернів-стоматологів / під загальною ред. Рибалова О.В. – Полтава: ТОВ «Фірма Техсервіс», 2012. – С. 139-150.

3. Щелепно-лицева хірургія: підручник / О.О.Тимофєєв. – К.: ВСВ «Медицина», 2011. – С. 422.

4. Стоматологія 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.Демяник. – Харків: Торнадо, 2006. – С. 171-179.

5. Ускладнення травматичних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки: навч.-метод. посіб. для студ. стомат. факульт. вищих мед. навч. закладів IV рівнів акредитації та інтернів-стоматологів / Рибалов О.В., Ахмеров В.Д. – Полтава: ТОВ «Фірма «Техсервіс»», 2011. – С. 123-135.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
Сумський державний університет
Медичний інститут

«Затверджено»
на засіданні кафедри
стоматології

Завідувач кафедри
д.мед.н.Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	4
Змістовний модуль №	4
Тема заняття	Об'єм та порядок надання допомоги щелепно-лицевим пораненим на етапах медичної евакуації. Військово-лікарська експертиза та експертиза непрацездатності при пораненнях та захворювання щелепно-лицевої ділянки мирного і військового часу.
Курс	IV
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Знання принципів медичного сортування, об'єму медичної допомоги на етапах медичної евакуації поранених дозволить лікарю-стоматологу раціонально організувати надання медичної допомоги щелепно-лицевим пораненим.

Важливим компонентом повсякденної роботи лікаря хірурга-стоматолога є знання основ та принципів експертизи непрацездатності щелепно-лицевих поранених та допомагає правильно організувати лікування та реабілітацію хворих. Знання принципів та положень військово-лікарської експертизи дозволяє лікарю орієнтуватись у наслідках щелепно-лицевих пошкоджень, раціонально організувати надання кваліфікованої та спеціалізованої допомоги щелепно-лицевим пораненим.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 3.1. Аналізувати клінічні прояви щелепно-лицевих поранених на етапах медичної евакуації.
- 3.2. Пояснювати ознаки непрацездатності щелепно-лицевих поранених в мирний та військовий час.
- 3.3. Запропонувати методи оформлення медичної документації, що засвідчує непрацездатність пораненого.
- 3.4. Класифікувати об'єм та порядок надання допомоги щелепно-лицевим пораненим на етапах медичної евакуації.
- 3.5. Трактувати принципи організації військово-лікарської експертизи щелепно-лицевих поранених.
- 3.6. Малювати графологічну схему заняття.
- 3.7. Проаналізувати критерії обмеження природності до військової служби щелепно-лицевих поранених.
- 3.8. Скласти схему оформлення медичних документів військово-лікарської експертизи поранених у щелепно-лицеву ділянку.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Спеціальна військова підготовка.	Оформлювати первинну медичну картку пораненого та хворого, здійснювати медичне сортування поранених та хворих на кожному етапі медичної евакуації.
2. Медицина катастроф.	Організувати надання першої медичної, долікарської та першої лікарської допомоги пораненим на етапах медичної евакуації.
3. Загальна хірургія та військово-польова хірургія.	Визначити характер вогнепального поранення, 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. Медичне сортування.	Це розподіл поранених та хворих на групи за ознаками потреби в однорідних лікувально-евакуаційних і профілактичних заходах відповідно до медичних показань, обсягу медичної допомоги і прийнятого порядку евакуації.
2. Об'єм медичної допомоги.	Сукупність лікувально-профілактичних заходів, що надаються пораненим і хворим на кожному етапі медичної евакуації відповідно до бойової і медичної обстановки.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Поняття “медичне сортування”.
2. Принципи медичного сортування щелепно-лицевих поранених.
3. Організація медичного сортування поранених на етапах медичної евакуації.
4. Поняття “етап медичної евакуації”.
5. Порядок надання медичної допомоги щелепно-лицевим пораненим на кожному етапі медичної евакуації.

6. Порядок евакуації щелепно-лицевого пораненого з етапу медичної допомоги.
7. Порядок заповнення первинної медичної картки пораненого чи хворого.
8. Визначення обсягу та порядку надання медичної допомоги щелепно-лицевому пораненому на етапі кваліфікованої медичної допомоги.
9. Визначення обсягу та порядку надання медичної допомоги щелепно-лицевому пораненому на етапі спеціалізованої медичної допомоги.
10. Мета та завдання військово-лікарської експертизи.
11. Особливості огляду щелепно-лицевих поранених та хворих під час військово-лікарської експертизи.
12. Критерії визначення придатності до військової служби та боєздатності щелепно-лицевих поранених та хворих.
13. Розклад захворювань, яким користуються під час військово-лікарської експертизи.
14. Медична документація військово-лікарської експертизи.
15. Визначення поняття – непрацездатність.
16. Види втрати працездатності.
17. Суб'єктивні критерії непрацездатності стоматологічних хворих та поранених.
18. Об'єктивні критерії непрацездатності стоматологічних хворих та поранених.

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

1. Закріпити навички оформлення медичної документації хірурга-стоматолога та медичної документації експертизи непрацездатності хворого.
2. Накласти підборідну пращоподібну пов'язку.
3. Виконати пальцеве притиснення загальної сонної артерії.

5. ЗМІСТ ТЕМИ:

Медичне сортування – це розподіл поранених та хворих на групи за ознаками потреби в однорідних лікувально-евакуаційних і профілактичних заходах відповідно до медичних показань, обсягу медичної допомоги і прийнятого порядку евакуації.

Медичне сортування поранених здійснюється лікарями сортувально-евакуаційного відділення (СЕВ) медичної роти бригади. Основна мета медичного сортування в СЕВ – виділення із загального потоку поранених і хворих, які потребують медичної допомоги в МедР, і в першу чергу – невідкладної лікарської та кваліфікованої медичної допомоги та санітарної обробки, а також поранених і хворих, яким кваліфікована медична допомога може бути відстрочена і які в даних умовах підлягають подальшій евакуації в тил без направлення їх в інші функціональні підрозділи МедР.

Медичне сортування поранених в СЕВ медичної роти може бути організоване таким чином: санітарний інструктор-дозиметрист сортувального посту (СП), який обладнується на в'їзді на площадку МедР, зупиняє транспорт з пораненими, оповіщає особовий склад СЕВ, відкриває шлагбаум, пропускає через нього 3-4 автомашини і розміщує їх на заздалегідь відведених місцях. Потім починається попереднє медичне сортування. Для цієї мети організується сортувальна бригада у складі 1 лікаря, 1 фельдшера (або 1 медсестра), 1 санітар-реєстратора і 2 санітарів-носіїв. Сортувальна бригада на даних опитування і огляду поранених і хворих, а також результатів дозиметричного контролю направляє:

- тих поранених, які підлягають ізоляції (інфекційні хворі та хворі з підозрою на заразні захворювання, особи з гострими реактивними станами) в ізолятор для інфекційних хворих або в психоізолятор;
- тих поранених, які потребують спеціальної обробки – у відділення спеціальної обробки;
- легкопоранених і хворих, які не потребують спеціальної обробки і не підлягають ізоляції – в сортувальну для легкопоранених і хворих;
- тяжкопоранених і поранених середнього ступеню тяжкості (тих, що на ношах), які не підлягають ізоляції і не потребують спеціальної обробки – на сортувальну площадку;

Далі поранені і хворі потрапляють до сортувальних площадок (СПл), які обладнуються на ділянці місцевості перед сортувальними наметами для роботи сортувальних бригад. СПл обладнуються підставками для розміщення поранених на ношах – “рядами Пірогова” та лавами для легкопоранених. На СПл поранені і хворі вивантажуються із транспортних засобів, розміщуються на ношах рядами і негайно оглядаються лікарем, який здійснює вибіркове сортування – насамперед виявляються особи, які потребують надання невідкладної медичної допомоги. Вони одразу ж направляються у операційну, протишокову палату або у перев'язувальну для тяжкопоранених.

Якщо на МПП надходить багато поранених, то в сортувально-евакуаційному відділенні може бути створено дві бригади, одну з яких очолює лікар, а другу – найбільш досвідчений фельдшер (медсестра).

Поранені в щелепно-лицеву ділянку поділяються на такі групи:

I. Виходячи з потреби у санітарній обробці і необхідності в ізоляції:

мають потребу в частковій санітарній обробці;

підлягають ізоляції;

не мають потреби в санітарній обробці і ізоляції.

II. Виходячи з потреби у медичній допомозі, місця і черзі її подання:

потребують медичну допомогу у перев'язочній;

не мають потреби у медичній допомозі або потребують медичну допомогу, яка може бути надана у приймально-сортувальній. Для поранених і хворих, які підлягають направленню у перев'язочну, призначається черга – у першу чергу, у другу чергу.

III. Поранені і хворі, які не мають потреби у медичній допомозі на МПП, а також ті, що отримали її, розподіляються на наступні групи:

- підлягають евакуації;

- підлягають поверненню у свої підрозділи.

Для поранених і хворих, що підлягають евакуації, додатково установлюється **черга** – у першу чи другу чергу, **вид транспорту** – санітарний автомобіль, пристосований автомобіль, санітарний літак, вертоліт і ін., спосіб транспортування (лежачи, сидячи), а при необхідності установлюється і місце у транспортному засобі (верхній, середній, нижній ярус). У процесі медичного сортування, що проводиться на сортувальному майданчику, усіх поранених та хворих ділять на групи:

До першої групи зараховують поранених, що потребують невідкладних заходів першої лікарської допомоги (поранені з кровотечею, асфіксією, шоком та ін.). Їх направляють безпосередньо у перев'язочну.

До другої групи відносять поранених, яким медична допомога може бути надана в приймально-сортувальній (наприклад, травмовані із закритим переломом верхньої щелепи при задовільному загальному стані, які потребують дачу пиття за допомогою поїлки, з надітою на її носик гумової трубки). Після виконання вказаних вище простих заходів ця група поранених підлягає направленню в ОМедБ чи ОМЗ.

До третьої групи належать ті поранені, котрі без надання допомоги на МПП відправляються на наступний етап медичної евакуації (наприклад потерпілий із закритим переломом вилицевої дуги і кісток носа при відсутності кровотечі).

До четвертої групи відносять легкопоранених, що підлягають поверненню в частини після надання медичної допомоги (наприклад, потерпілий з пораненням м'яких тканин обличчя без вираженої гематоми).

До п'ятої групи відносять тих поранених та хворих, що знаходяться в агонії, чи мають травми несумісні з життям (наприклад, поранення обличчя та шиї з розривом внутрішньої сонної артерії та некомпенсованою крововтратою).

До одягу пораненого чи хворого, який пройшов медичне сортування, прикріплюють сортувальну марку, в якій вказується, до якого функціонального підрозділу треба його направити. Сортувальна марка є основним орієнтиром для санітарів-носітьників та медичного персоналу.

ЕТАП МЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ – ЦЕ СИЛИ І ЗАСОБИ МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ, РОЗГОРНУТІ НА ШЛЯХАХ МЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ ДЛЯ ПРИЙОМУ ТА СОРТУВАННЯ ПОРАНЕНИХ І ХВОРИХ, НАДАННЯ ЇМ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ, ЛІКУВАННЯ ТА ПІДГОТОВКИ ЗА ПОКАЗАННЯМИ ДО ПОДАЛЬШОЇ ЕВАКУАЦІЇ.

Під **видом медичної допомоги** на етапі медичної евакуації розуміють визначений перелік лікувально-профілактичних заходів, що здійснюються при пораненнях та захворюваннях особовим складом військ та медичної служби на полі бою (катастрофи) та інших етапах медичної евакуації. Вид медичної допомоги визначається місцем її надання, підготовкою осіб, що надають допомогу і наявністю необхідного оснащення.

Об'єм медичної допомоги – сукупність лікувально-профілактичних заходів, що надаються пораненим і хворим на кожному етапі медичної евакуації відповідно до бойової і медичної обстановки.

У переліку лікувально-профілактичних заходів, визначених для даного виду медичної допомоги, по терміновості виконання відрізняють дві основні групи заходів: невідкладні заходи щодо життєвих показань, виконання яких провадиться в будь-яких обставинах; заходи, виконання яких може бути відстрочено.

ОБ'ЄМ ТА ПОРЯДОК НАДАННЯ ДОПОМОГИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВИМ ПОРАНЕНИМ НА ЕТАПАХ МЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ:

На **полі бою** стрільцями-санітарами та санітарними інструкторами, особовим складом підрозділів, які проводять рятувальні роботи здійснюється перша медична допомога у вигляді само- та взаємодопомоги індивідуальними засобами профілактики та надання медичної допомоги: тимчасова зупинка кровотечі, боротьба з асфіксією та її профілактика, перші протишокові заходи (введення наркотичних аналгетиків з АІ), накладання тимчасових пов'язок, одягнення протигазу, вивід та винесення поранених з поля бою. Треба відмітити, що самопомога серед поранених у щелепно-лицеву область надається дуже рідко із-за складності визначити локалізацію та розмір пошкодження і неспроможності накладання пов'язки на обличчя самим потерпілим.

На **МПБ** надається долікарська допомога, яка включає у себе слідуючі заходи щодо лікування та попередження ускладнень щелепно-лицевих травм: боротьба з асфіксією; тимчасова зупинка зовнішньої кровотечі (накладання пов'язки, джгута, затискача на судину); прийом пораненим антибіотиків (з метою профілактики раневої інфекції); прийом пораненим протиблювотних засобів (по показанням); введення знеболюючих засобів; зігрівання поранених, які знаходяться у шоківому стані, усунення спраги; можливе виконання транспортної іммобілізації за допомогою стандартних шин; контроль пов'язок, що були накладені раніше.

На **МПП** лікар-стоматолог надає першу лікарську допомогу: протишокова терапія; усунення асфіксії усіх видів; зупинка зовнішньої кровотечі; проведення новокаїнових блокад при переломах щелеп; виконання транспортної іммобілізації за допомогою стандартної шини Ентіна; усунення спраги; введення специфічного анатоксину проти правця при відкритих пошкодженнях ЩЛД (0,5 мл); введення антибіотиків, серцевих та знеболюючих ліків; контроль пов'язок, що були накладені раніше; заповнення первинної медичної картки, підготовка до евакуації.

В **ОМедБ** або **ОМЗ** лікарем-стоматологом надається кваліфікована медична допомога щодо попередження і лікування ускладнень при щелепно-лицевій травмі, що передбачає виконання наступних заходів: усунення асфіксії; остаточна зупинка кровотечі; попередження та боротьба з травматичним шоком; хірургічна обробка ран обличчя та щелеп, опіків обличчя; накладання лігатурних пов'язок; харчування поранених; лікування легкопоранених (строк лікування до 10 діб); підготовка до подальшої евакуації.

В першу чергу надається невідкладна хірургічна допомога – операції по усуненню асфіксії, кровотечі, боротьба з шоком.

При переломах щелеп із зміщенням відламків необхідна тимчасова фіксація відламків за допомогою лігатурного зв'язування зубів. Протипоказання до цього виду фіксації: переломи обох щелеп та їх альвеолярних відростків; рухомість опірних зубів; набряк язика; загроза виникнення блювання; евакуація повітряним або морським транспортом.

В спеціалізованих шпиталях для поранених у голову, шию та хребет, в шпиталях для лікування легкопоранених, а також в стоматологічних відділеннях інших шпиталів надається спеціалізована медична допомога щодо попередження та лікування ускладнень при щелепно-лицевій травмі. Допомога передбачає: надання невідкладної допомоги по життєвим показанням пораненим, у яких виникли ускладнення при транспортуванні; профілактика і лікування виниклих ускладнень; проведення нескладних операцій по лікуванню контрактур щелеп, несправжніх суглобів; вичерпну хірургічну обробку ран кісткових та м'яких тканин з постійною іммобілізацією відламків щелеп; наступне лікування за допомогою ліків, дієти; надання терапевтичної та ортопедичної стоматологічної допомоги.

Поранені у щелепно-лицеву ділянку, що потребують довготривалого лікування, евакуюються в спеціалізовані шпиталі внутрішнього району країни, де виконуються складні оперативні втручання по лікуванню опіків обличчя та вогнепальних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки, що спрямовані на відновлення не тільки форми, але й функції органів щелепно-лицевої ділянки. Це операції по видаленню чужорідних тіл із важкодоступних

ділянок, ангіопластика, ліквідація несправжніх суглобів, стійких контрактур і анкілозів СНЩС, лікування хронічних остеомиєлітів та пластичне усунення деформацій і дефектів обличчя.

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ, ЩО ВЕДЕТЬСЯ СТОМАТОЛОГОМ НА МПП У ВІЙСЬКОВИЙ ЧАС, ТА ПОРЯДОК ЇЇ ЗАПОВНЕННЯ

Однією з важливих функцій МПП є ведення документації і в першу чергу заповнення первинних медичних карток (ПМК).

Первинна медична картка є документом персонального медичного обліку, призначеним для забезпечення послідовності в наданні медичної допомоги пораненим та хворим на етапах медичної евакуації. Заповнена медична картка має юридичне значення – вона засвідчує факт поранення (хвороби) і дає право пораненому (хворому) на евакуацію в тил.

Первинні медичні картки заповнюються всім пораненим і хворим, які входять в групу санітарних втрат. Усіх поранених і хворих, які отримали медичну допомогу в МПП, реєструють у "Книзі обліку поранених", що ведеться в сортувально-евакуаційному відділенні.

В первинній медичній картці відображають:

- загальні дані про пораненого чи хворого ;
- діагноз поранення (хвороби);
- дата, час поранення (хвороби);
- час, обсяг та місце надання допомоги;
- способи евакуації.

ПМК заповнюється на усіх підлеглих евакуації поранених та хворих як у МПП, так і в ОМедБ при наданні першої лікарської допомоги. Її заповнюють також у шпиталях на поранених та хворих, які потрапили без первинної картки та підлягають подальшій евакуації в спеціалізовані шпиталі. У випадку лікування пораненого чи хворого у даному шпиталі ПМК не заповнюється, а оформлюється історія хвороби.

Усі записи слід робити чітко чорнилами або простим олівцем (не хімічним). Записи слід робити стисло, щоб залишалось місце для заповнення ПМК на наступних етапах евакуації. Діагноз поранення або захворювання вписується в відповідних вільних рядках. При визначенні діагнозу поранення необхідно вписувати: найменування раневого снаряду, характер поранення, точне позначення анатомічної ділянки.

Спосіб евакуації пораненого або хворого позначають підкресленням відповідного запису на картці (лежачи, сидячи). У випадку, коли слід змінити вид транспортування, попередня позначка закреслюється та підкреслюється потрібна. Зміни або уточнення діагнозу на наступних етапах евакуації вказують у рядку "Уточнений діагноз" та вписують найменування лікувального закладу, де було уточнено діагноз.

На зворотній сторінці картки записи здійснюють тільки до етапу, на якому заведена історія хвороби. Наслідок відмічають в таких випадках, коли він наступив до заповнення історії хвороби. Під записами повинні бути вписані звання та прізвища лікарів, що надали медичну допомогу, № військової частини.

ПМК на поранених або хворих, у яких на даному етапі медичної евакуації визначився кінцевий ісход поранення або захворювання, залишаються на даному етапі евакуації. При цьому на зворотній сторінці ПМК записують один з варіантів: повернене у військову частину, направлене у батальйон видужуючих, звільнене у відпустку, звільнене зовсім. У випадку смерті – вписують слово "вмер" та вказують точне місце поховання. На повернутих у частину, направлених у батальйон видужуючих та звільнених вказують адресу, куди направлене пораненого.

ПМК на вмерлих у шляху між етапами евакуації передаються у заклад, що прийняв труп.

ПМК на поранених або хворих, що поміщене у стаціонар на лікування, прикріплюються до історій хвороби.

ПМК має кольорові відривні смуги (червону, чорну, жовту та синю), які призначені для сигналізації наступному етапу медичної евакуації про необхідність надання пораненому (хворому) невідкладної допомоги чи термінового виділення із загального потоку.

Червона смуга – сигналізує про необхідність надання термінової (позачергової) допомоги. Її відривають на тому етапі медичної евакуації, на якому надана ця допомога.

Чорна смуга – свідчить про наявність інфекційного чи психічного захворювання, внаслідок якого хворий повинен бути ізольований. Картка з чорною смугою слідує до кінцевого етапу (видужання хворого);

Синя смуга – вказує на необхідність проведення спецзаходів при радіаційному ураженні, дані про радіаційне ураження заносяться в історію хвороби.

Жовта смуга – позначає ураження ОР, котре потребує санітарної обробки.

При заповненні ПМК зберігаються смуги, які позначають медичну допомогу, яку в першу чергу потребує поранений чи хворий на наступному етапі медичної евакуації. Інші смуги відриваються. Після надання відповідної медичної допомоги смуга теж відривається.

При комбінованих пораненнях слід залишати дві або усі смуги в залежності від поранення або захворювання. Наприклад, у разі необхідності термінової хірургічної допомоги інфекційному хворому на його ПМК залишають червону та чорну смугу. Червону смугу відривають на тому етапі, де хірургічна допомога була надана, а чорна смуга залишається.

Одночасно з карткою заповнюється і корінець. Після заповнення ПМК підписує лікар, ставиться печатка частини. Оформлену ПМК прикріплюють до пов'язки або кладуть у ліву кишеню обмундирування пораненого або хворого у евакуаційному конверті, де вказують паспортні дані, № жетону, військове звання, діагноз, місце направлення, спеціальні указівки, спосіб евакуації за підписом лікаря. На евакуаційному конверті роблять відмітки про проміжні етапи евакуації.

Корінці відриваються на етапі медичної евакуації та зберігаються для статистичної обробки відомостей та обліку санітарних втрат, складання медичних рапортів.

ПМК на усіх вибулих (померлих), що не мають історії хвороби, відправляють у Військово-медичний музей в слідуєчи терміни після смерті пораненого або хворого:

- з МПП, ОМедБ через дивізійного лікаря не пізніше місяця;
- з ОМЗ, ОМедБ армії через начальника медичного відділу армії, з шпиталів через відповідні евакуаційні пункти один раз у два місяці;
- з шпиталів тилу через місцеві евакуаційні пункти не пізніше чотирьох місяців.

Корінці ПМК у МПП після занесення даних до "Книзі обліку поранених або хворих" та складання медичних рапортів спалюються.

Основи організації військово-лікарської експертизи

З 1994 року військово-лікарська експертиза Збройних Сил України здійснюється згідно з "Положенням про військово-лікарську експертизу та медичний огляд у Збройних Силах України", яке затверджено наказом Міністра оборони України № 2 від 4 січня 1994 року та зареєстровано в Міністерстві юстиції України 29 липня 1994р. за № 177/386, а також наказом Міністра оборони України № 207 от 12.07.1999 р. "Про внесення змін та доповнень до наказу МО України № 2 от 04.01.1994 р."

Загальні положення:

1. Положення про військово-лікарську експертизу та медичний огляд визначає організацію військово-лікарської експертизи на мирний та воєнний час у Збройних Силах України.

2. Положення установлює порядок медичного огляду призовників, військовослужбовців, членів їхніх сімей (крім членів сімей військовослужбовців строкової служби); військовозобов'язаних, громадян, які бажають вступити до військово-навчальних закладів Збройних Сил України, учнів військових ліцеїв; колишніх військовослужбовців з проходженням військової служби; працівників Збройних Сил України, які залучаються до роботи з радіоактивними речовинами (РР), джерелами іонізуючого випромінювання (ДІВ), компонентами ракетного палива (КРП) та іншими високотоксичними речовинами, радіотехнічними засобами, які утворюють електромагнітні поля (ЕМП).

Основними завданнями військово-лікарської експертизи є:

- відбір громадян, придатних за станом здоров'я до військової служби для укомплектування Збройних Сил України, медичний огляд призовників, військовослужбовців, військовозобов'язаних з метою визначення придатності до військової служби, служби за військовим фахом, аналіз результатів медичного огляду та розробки заходів щодо виконання цієї роботи з метою покращання комплектування Збройних Сил України;
- контроль за організацією і станом лікувально-оздоровчої роботи серед призовників, огляд призовників, кандидатів, які вступають до військових закладів, військовозобов'язаних, аналіз результатів і розробка пропозицій щодо удосконалення цієї роботи;
- контроль за організацією, проведенням і результатами лікувально-діагностичної роботи у військових лікувально-профілактичних закладах та військових частинах, надання методичної та практичної допомоги з питань військово-лікарської експертизи військово-лікарськими

комісіями (надалі ВЛК) та лікувально-профілактичними установами, визначення причинного зв'язку захворювань, поранень, контузій, травм та каліцтва (надалі захворювання, поранення) у військовослужбовців, військовозобов'язаних, які призвані на збори, і колишніх військовослужбовців, а також причинного зв'язку захворювань, поранень, які заподіяли військовослужбовцям смерть;

- розроблення спільно з головними медичними спеціалістами Міністерства охорони здоров'я і Міністерства оборони України вимог, щодо стану здоров'я призовників, кандидатів, які вступають до ВУЗів, військовослужбовців, а також показань для найдоцільнішого використання їх на військовій службі за станом здоров'я;
- організація огляду військовослужбовців та інших контингентів у військових частинах, закладах, ВУЗах, на підприємствах і в організаціях Міністерства оборони України (у подальшому військова частина);
- проведення наукової роботи з питань діяльності військово-лікарської експертизи;
- підготовка кадрів для військово-лікарських комісій (ВЛК).

Органи військово-лікарської експертизи

Військово-лікарська експертиза у Збройних Силах України здійснюється штатними та позаштатними (постійно і тимчасово діючими) ВЛК. Органи військово-лікарської експертизи у своїй роботі керуються Положенням про військово-лікарську експертизу, іншими керівними документами, які стосуються питань військово-лікарської експертизи, а також вказівками Головного військово-медичного управління Міністерства оборони України, Центральної військово-лікарської комісії Міністерства оборони України.

Штатні ВЛК є військово-медичними установами спеціального призначення. Вони мають гербову печатку та кутовий штамп. Штатні ВЛК комплектуються лікарями з клінічної підготовкою за однією з лікарських спеціальностей (терапія, хірургія, неврологія, психіатрія, отоларингологія, офтальмологія, стоматологія та іншими) та досвідом роботи у військах і цивільних лікувально-профілактичних закладах. Позаштатні ВЛК призначаються у складі голови, заступника голови (одного із членів комісії), членів комісії (у гарнізонних, госпітальних ВЛК не менше трьох лікарів, в останніх ВЛК – терапевта, хірурга, невропатолога, окуліста, стоматолога, отоларинголога, психіатра) і секретаря. При необхідності до складу ВЛК можуть призначатися лікарі інших спеціальностей. До складу ВЛК, що створюється у військовому комісаріаті, лікарі і секретар комісії залучаються з місцевих лікувально-профілактичних закладів рішенням Голови місцевої державної адміністрації. Штатні і позаштатні ВЛК з питань військово-лікарської експертизи підпорядковуються вищим штатним ВЛК. У прийнятті висновків, рішень, постанов (надалі – постанова) вони незалежні і у своїй роботі керуються Положенням про військово-лікарську експертизу та іншими документами, що стосуються питань військово-лікарської експертизи. При необхідності до участі у роботі штатних та позаштатних ВЛК на правах членів комісії можуть залучатися головні (провідні) медичні фахівці та інші лікарі спеціалісти лікувально-профілактичних закладів, лікарі військових частин, представники командування (керівництва) та військові спеціалісти. Постанови ВЛК приймаються колегіально, більшістю голосів. У разі незгоди голови або членів комісії з думкою інших членів, їх окрема думка заноситься до протоколу засідання ВЛК. Члени ВЛК зобов'язані дотримуватися вимог Положення.

До штатних ВЛК належать:

- центральна військово-лікарська комісія Міністерства оборони України;
- лікарська льотна комісія ЦВЛК МО України;
- (надалі ВЛК військового округу);
- ВЛК Військово-Морських Сил;
- ВЛК евакуаційного пункту, місцевого евакуаційного пункту на воєнний час;
- ВЛК управління госпітальної бази.

Позаштатні постійно-діючі військово-лікарські (лікарсько-льотні) комісії:

- госпітальні ВЛК;
- гарнізонні ВЛК;
- лікарсько-льотні комісії;
- ВЛК з'єднання аеромобільних військ;
- ВЛК для медичного огляду особового складу підводних човнів з атомним енергетичним устаткуванням;
- ВЛК військових комісаріатів.

Позаштатні тимчасово діючі військово-лікарські комісії:

- ВЛК військово-навчальних закладів МО України;
- військово-лікарська підкомісія приймально-технічної комісії Військово-Морських Сил;
- ВЛК для медичного огляду особового складу дизель-електричних підводних човнів;
- ВЛК для медичного огляду водолазів;
- ВЛК для медичного огляду військовослужбовців, які залучаються до підводного керування танками чи іншими машинами;
- ВЛК військової частини аеромобільних військ;
- ВЛК для медичного огляду поповнення Збройних Сил України.

ПОРЯДОК МЕДИЧНОГО ОГЛЯДУ У ЗБРОЙНИХ СИЛАХ УКРАЇНИ

Медичний огляд у Збройних Силах України проводиться з метою виявлення:

- придатності до військової служби призовників, військовозобов'язаних та показань для правильного розподілу їх за видами Збройних Сил України, родами військ і за військовою спеціальністю згідно зі станом здоров'я і фізичним розвитком;
- придатності до військової служби за військовою спеціальністю військовослужбовців;
- придатності кандидатів для вступу до військових навчальних закладів;
- придатності військовослужбовців, військовозобов'язаних, працівників Збройних Сил для роботи з РР, ДІВ, КРП, джерелами ЕМП;
- можливості проходження військової служби офіцерами, прапорщиками, мічманами, військовослужбовцями-жінками і проживання членів їх сімей за кордоном, а також необхідності у тривалому спеціалізованому лікуванні і медичному спостереженні членів їх сімей, транспортабельності їх за станом здоров'я.

Постанови ВЛК приймаються на підставі розгляду хвороб і фізичних вад, що визначають ступінь придатності до військової служби і таблиці додаткових вимог до стану здоров'я призовників, військовослужбовців, а також вступників до військово-навчальних закладів.

Кількість оглянутих за робочий день не повинна перевищувати в мирний час 50 чоловік, у воєнний час – 100 чоловік.

У воєнний час військовослужбовці, військовозобов'язані, працівники Збройних Сил, крім комісій, які працюють в мирний час, проходять медичний огляд також у ВЛК евакуаційних пунктів, управлінь госпітальних баз.

При медичному огляді офіцерів, прапорщиків, мічманів і військовослужбовців-жінок метод індивідуальної оцінки придатності їх до військової служби повинен застосовуватись у кожному випадку. ВЛК враховує їх військовий фах, підготовку, досвід, освіту, вік, фактичну працездатність, спрямованість до військової служби, думки командування і лікаря, військової частини і можливість використання їх на посаді, яка найбільше відповідає стану здоров'я,

Постанова ВЛК про надання військовослужбовцям відпустки за станом здоров'я приймається після закінчення стаціонарного лікування і випадках, коли для повного відновлення функції і працездатності необхідний термін не менше одного місяця. В інших випадках приймається постанова про потребу у звільненні від службових обов'язків (занять), а під час війни – про направлення в батальйон (команду) одужуючих.

У випадках, якщо є наявні, незаперечні дані, що здатність до несення військової служби не відновиться, постанова ВЛК про потребу військовослужбовців у відпустці за станом здоров'я не приймається, а вирішується питання про придатність їх до військової служби.

Направлення на медичний огляд здійснюється:

а) військовослужбовців строкової служби – командирами військових частин, начальниками гарнізонів, штатних ВЛК, військових лікувально-профілактичних закладів, військовими комендантами гарнізонів, військовими комісарами, органами військової прокуратури або військовими судами, а осіб, які перебувають на обстеженні та лікуванні у цивільному лікувально-профілактичному закладі, крім того, головними лікарями цих закладів;

б) офіцерів, прапорщиків, мічманів та військовослужбовців-жінок – прямими начальниками від командира окремої частини, йому рівних та вище, органами військової прокуратури або військовими судами, начальниками гарнізонів, штатних ВЛК, військових лікувально-профілактичних закладів, військовими комендантами гарнізонів та військовими комісарами.

Направлення на огляд може бути підписане начальником штабу (від начальника штабу полку та вище) або начальником кадрового органу (від начальника відділу кадрів об'єднання та вище) із посилання на рішення відповідного командира (начальника).

У воєнний час лікування військовослужбовців, як правило, має бути закінчене у військовому лікувально-профілактичному закладі; солдатів, матросів, сержантів і старшин – у батальйонах (командах) видужуючих. У виняткових випадках військовослужбовцям може бути надана відпустка за станом здоров'я на 30 діб. Після закінчення цього строку, при необхідності, за постановою ВЛК відпустка за станом здоров'я може бути продовжена на такий же строк, а при відповідних медичних показаннях – продовжена ще на 30 діб. Постанова ВЛК про продовження відпустки за станом здоров'я записується у книгу протоколів засідань військово-лікарської комісії та довідку, на підставі якої була надана відпустка за станом здоров'я (додаток № 2) і підписується головою та членами комісії (не менше двох), секретарем комісії та завіряється гербовою печаткою.

Якщо після продовження відпустки за станом здоров'я військовослужбовець не може приступити до виконання службових обов'язків, то він оглядається ВЛК для визначення придатності до військової служби.

Головним завданням військово-лікарської експертизи під час огляду поранених, які закінчили лікування, є вірне визначення їх боєздатності. Досвід Другої світової війни показав, що найбільш частими причинами непридатності до військової служби після закінчення лікування поранених у щелепно-лицеву область були: спотворення обличчя; порушення прикусу; порушення мови; хронічний вогнепальний остеомієліт; контрактури та анкілози скронево-нижньощелепного суглобу; параліч лицевого нерву; відсутність зрощення переломів щелеп, несправжній суглоб; слинна нориця (фістула).

Поняття придатності до військової служби не є постійним, воно змінюється від сукупності цілої низки умов: технічного оснащення військ; потреби військ у поповненні; досягнень медичної науки тощо.

Наслідок лікування та повернення щелепно-лицевих поранених до строю значно залежить від стану медичної науки, розвитку медичної техніки та організації спеціалізованої допомоги, що наочно підтверджують статистичні дані колишніх війн:

Російсько-турецька війна	1877-1878 р.р.	– 9,7%,
Перша світова війна	1914-1917 р.р.	– 21,7%,
Велика вітчизняна війна	1941-1945 р.р.	– 85,1%.

Всі хірургічні втручання щодо наслідків поранень, які мають косметичну мету, якщо немає значного спотворення лиця, повинні бути відкладені на післявоєнний час. Особи з такими наслідками поранень, якщо ці дефекти не викликають великих розладів функцій та значного спотворення обличчя, повинні повертатися до строю. Особи, що отримали поранення в щелепно-лицеву область і знаходяться на лікуванні в шпиталях, але не потребують спеціалізованого лікування, для яких достатньо лише періодичного лікарського спостереження, направляються до команд (підрозділів) одужуючих.

Пошкодження нижньої щелепи

При переломах нижньої щелепи без дефектів або з невеликим дефектом кістки питання щодо придатності до військової служби таких поранених вирішується тільки після протезування та встановлення ступеню втрати жувальної функції. Разом з тим, потрібно прагнути, щоб відновити безперервність щелепи вже на етапі спеціалізованого лікування. Це стосується також сповільненої консолідації перелому або навіть відсутності зрощення (несправжній суглоб). При великих дефектах щелепи після закінчення лікування в шпиталі такі поранені звичайно непридатні до військової служби.

Поранення верхньої щелепи

Рішення про придатність до військової служби цієї категорії поранених після закінчення лікування в шпиталі залежить від характеру та розмірів анатомічних руйнувань щелепи і суміжних областей. Поранених з значними спотвореннями середнього відділу обличчя, з великими дефектами піднебіння і стінок гайморових пазух, з пошкодженням гілок лицевого нерву подають до військово-лікарських комісій для прийняття експертного рішення щодо придатності до військової служби.

Однією з причин непридатності до військової служби в період минулих війн були вогнепальний остеомієліт та гайморит. На сучасному етапі рішення про придатність таких

поранених повинно прийматися тільки після додаткових хірургічних втручань з метою ліквідації остеомієліту та гаймориту, а втім це стосується також інших кісток лицевого кістяка.

Пошкодження альвеолярних відростків щелеп

У минулих війнах дуже часто спостерігались ізольовані або поєднанні пошкодження альвеолярних відростків щелеп з втратою великої кількості зубів. Лікування таких поранених повинно закінчуватися відновленням втрачених зубів протезами.

В залежності від кількості та функціональної цінності зубів, що були втрачені, а також характеру протеза, питання щодо придатності до військової служби вирішується індивідуально з врахуванням військового фаху, віку потерпілого, його військового звання тощо.

Стійкі контрактури та анкілози нижньої щелепи

Майже кожне поранення нижньої щелепи, яке локалізується в задніх ділянках тіла, кута та гілки щелепи супроводжується зведенням щелеп. Зведення щелеп може бути тимчасовим і нестійким або тривалим і стійким. Стійкі зведення щелеп зумовлено контрактурою або анкілозом скронево-нижньощелепного суглобу. Експертне рішення щодо придатності до військової служби може бути прийнято тільки після хірургічного втручання і його результату.

Поранення язика

Якщо в результаті поранення язика виникають утруднення щодо приймання їжі, є нерозбірливість мови, то питання щодо придатності до військової служби вирішується індивідуально в залежності від характеру дефекту або деформації язика.

Пошкодження лицевого нерва

За своїми наслідками пошкодження основних гілок лицевого нерва потрібно розглядати як тяжке тому, що окрім спотворення обличчя, при цьому спостерігається ряд функціональних розладів: витікання слини, рідкої страви; утруднення при розжовуванні їжі; не заплющуються очі.

Тому стійкий повний параліч м'язів, як наслідок пошкодження стовбура або основних гілок лицевого нерва є підставою для прийняття експертного рішення щодо непридатності осіб рядового та сержантського складу до військової служби. Питання щодо придатності до військової служби офіцерів вирішується індивідуально.

Слинні фістули (нориці)

При пораненнях привушної слинної залози або її вивідного протоку можуть виникати стійкі слинні фістули. В теперішній час розроблені такі методи хірургічного лікування таких фістул, які дозволяють надійно ліквідувати ці наслідки поранення.

Множинні та поєднанні поранення

При множинних та поєднаних пораненнях лица та інших областей тіла експертне рішення приймається в залежності від переваги тяжкості поранення тієї чи іншої області тіла з залученням до консультації інших спеціалістів.

Статті “Розкладу хвороб і фізичних вад, що визначають ступінь придатності до військової служби в Збройних Силах України”:

Стаття 8.	Злоякісні новоутворення
Стаття 51.	Порушення розвитку і прорізування зубів
Стаття 52.	Хвороби твердих тканин зуба, пульпи і періапикальних тканин ясен і пародонта, слинних залоз; м'яких тканин органів порожнини рота, хвороби та інші стани язика
Стаття 53.	Щелепно-лицеві аномалії (крім вроджених вад розвитку), інші хвороби та стани зубів і їх опорного апарату, хвороби щелеп
Стаття 58.	Тимчасові функціональні розлади після гострих захворювань або хірургічного лікування
Стаття 76.	Переломи кісток черепа без ознак органічного ураження центральної нервової системи (переломи лицевих кісток у тому числі нижньої та верхньої щелепи).
Стаття 80.	Віддалені наслідки травм шкіри та підшкірної клітковини.
Стаття 81.	Травми нервів.
Стаття 83.	Тимчасові функціональні розлади після (у тому числі хірургічних) гострих захворювань кістково-м'язевої системи, з'єднувальної тканини, поранень, травм, отруєнь

Оформлення постанов військово-лікарських комісій

Дані про тих, хто пройшов медичний огляд (прізвище, ім'я та по батькові, рік народження, військове звання, військова частина, місяць та рік призову на військову службу і т.п.), стан їх здоров'я та постанова ВЛК записується в книгу протоколів засідань військово-лікарської комісії. Крім того, дані про стан здоров'я та постанови ВЛК записуються для військовослужбовців – у медичну книжку, за необхідністю – у довідку. При медичному огляді осіб, які знаходяться на стаціонарному лікуванні, подання на ВЛК та її постанова записуються до історії хвороби. Подання повинно мати дані, необхідні для заповнення усіх граф книги протоколів засідань військово-лікарської комісії або свідоцтво про хворобу і довідки.

Книга протоколів засідань військово-лікарської комісії ведеться у всіх ВЛК секретарями цих комісій. Протоколи засідань ВЛК підписуються головою, членами комісії (не менше двох), які брали участь у засіданні та секретарем комісії у день її засідання. При медичному огляді військовослужбовців у протокол записується постанова ВЛК про причинний зв'язок захворювань (поранень), а в книзі протоколів засідань шпитальної ВЛК, крім того, у графі «скарги та анамнез» вказується номер історії хвороби того, хто пройшов медичний огляд.

Постанови ВЛК, які не підлягають затвердженню (розгляду, контролю) штатною ВЛК, оформляються у день медичного огляду і видаються на руки тим, хто пройшов медичний огляд або у встановленому порядку направляються у військову частину. Свідоцтво про хворобу, довідка з постановою, які підлягають затвердженню штатною ВЛК, направляються на затвердження (розгляд, контроль) не пізніше 5 днів після медичного огляду. Свідоцтво про хворобу, довідка з затверженою постановою не пізніше двох днів після їх затвердження (одержання їх штатною ВЛК) висилаються командирі військової частини, у якій проходить службу той, хто пройшов медичний огляд, або начальнику, який направив його на медичний огляд, а при звільненні службовця строкової служби безпосередньо з військового лікувально-профілактичного закладу видається йому на руки для подання у районний військовий комісаріат за місцем проживання.

Свідоцтво про хворобу у воєнний час складається:

- на всіх військовослужбовців, визнаних непридатними до військової служби зі зняттям з військового обліку, непридатними до військової служби з переглядом через 6-12 місяців;
- на офіцерів запасу, визнаних непридатними до військової служби зі зняттям з військового обліку.

У всіх інших випадках у воєнний час постанова ВЛК оформляється довідкою. У воєнний час довідка на контроль у штатну ВЛК не направляється.

Постанова ВЛК, яка не підлягає затвердженню штатною ВЛК, записується у книгу протоколів засідань військово-лікарської комісії, медичну книгу того, хто пройшов медичний огляд, а за необхідності оформляється довідкою. Свідоцтво про хворобу, довідка підлягає розгляду, а постанова ВЛК затвердженню у воєнний час:

- на генералів, адміралів, а також на усіх тих, які оглянуті у військових лікувально-профілактичних закладах, підпорядкованих безпосередньо Військово-медичному управлінню Міністерства оборони України – ЦВЛК Міністерства оборони України;

- на офіцерів, прапорщиків, мічманів, військовослужбовців-жінок, солдатів, матросів, сержантів і старшин усіх видів Збройних Сил і родів військ, курсантів, військовозобов'язаних – ВЛК військового округу, евакуаційного пункту фронту (місцевого ЕП, шпитальної бази).

У воєнний час свідоцтво про хворобу, довідка на всіх тих, кого доглянуто, складається у двох примірниках.

Методи дослідження ротової порожнини і щелеп при військово-лікарській експертизи

Дослідження ротової порожнини і щелеп складається з виявлення скарг, оцінки їх характеру, збору анамнезу, клінічних і функціональних досліджень. Збираються дані про перенесені хворим захворювання, травми і операції щелепно-лицевої області.

Об'єктивне дослідження починається з оцінки постави, положення тулуба, голови і ніг по відношенню до вертикальної площини. Потім приступають до зовнішнього огляду обличчя з метою визначення можливих дефектів, деформацій, рубців, нориць, асиметрії. Дослідження лімфатичних вузлів голови та шиї проводиться пальпаторно при трохи нахиленій голові, а також шляхом дотику до їх в положенні лікаря позаду хворого. Функція і стан скронево-нижньощелепного суглобу досліджується пальпацією, а при необхідності – з застосуванням рентгенологічних і функціональних методів.

При медичному огляді досліджуються також основні функції органів зубощелепної системи: дихання, мови, ковтання, жування. Порушення функції ковтання виражається в зміні фаз жування, нерівномірному розподілі жувального тиску, збільшенні кількості жувальних рухів і збільшенні часу для пережовування їжі. В потрібних випадках встановлюється ступінь втрати жувальної ефективності за допомогою умовних коефіцієнтів за М.І. Агаповим. При цьому жувальна ефективність усіх зубів приймається за 100 відсотків, в тому числі ефективність кожного зуба виражається наступними цифровими позначеннями: бічний різець – 1 %, центральний різець – 2 %, клик – 3 %, премоляри – 4 %, перший моляр – 6 %, другий моляр – 5 %. Ступінь збереженої жувальної ефективності при частковій втраті зубів встановлюється шляхом віднімання із 100 % суми коефіцієнта відсутніх зубів і їх антагоністів. Зуби «мудрості» в розрахунок не беруться.

З метою оцінки жувальної ефективності після операцій, травм і складного протезування застосовуються методи С.Е. Гельмана, І.С. Рубінова.

Об'єктивне дослідження порожнини рота і зубів складається з огляду, пальпації і перкусії. При необхідності використовують електро-одонтодіагностику, дослідження зубів і пародонта в денному світлі, аплікаційні проби Писарева-Шилера і інших.

Змикання зубних рядів в центральній оклюзії (прикус) визначається в трьох взаємоперпендикулярних площинах – сагітальній, вертикальній, горизонтальній. При аномаліях прикусу встановлюють вид і ступінь аномалії за допомогою лінійних вимірів зсуву зубних рядів. До аномалій прикусу першої ступені належать випадки зсуву зубних рядів до 5 мм, другого ступеня – від 5 до 10 мм, третього ступеня – більше 10 мм. Ця величина в міліметрах вказується в дужках після ступеню аномалії.

ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТТЯ ТИМЧАСОВОЇ ВТРАТИ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

Втрата працездатності констатується у випадку неможливості виконувати суспільно-корисну працю без збитку для здоров'я й ефективності виробництва. Виділяють **два види втрати працездатності** (по характеру) – **тимчасова і постійна**, що розподіляються на **повну і часткову** (по ступеню).

Тимчасова непрацездатність настає у випадку, коли порушення функцій, що перешкоджають фаховій праці, носять зворотній характер під впливом лікувальних заходів.

Повна тимчасова втрата працездатності має місце у випадках, коли хворий не може виконувати ніякої роботи і підлягає лікуванню відповідно до режиму, призначеному лікарем.

Часткова тимчасова непрацездатність констатується у випадках, коли хворий не в змозі виконувати роботу з свого фаху, але може виконувати без збитку для здоров'я іншу роботу, при якій забезпечується спокій або припустиме навантаження на уражений орган. Експертне обстеження хворого варто починати з установаження правильного діагнозу, що допомагає визначити трудовий прогноз.

Основним диференціальним критерієм тимчасової непрацездатності є сприятливий клінічний і трудовий прогноз, що характеризується повним або значним відновленням порушень функцій щелепно-лицевої ділянки і відновленням працездатності в порівняно короткий термін.

При рішенні питання про терміни тимчасової непрацездатності необхідно враховувати не тільки медичний, але і соціальний чинник – професію хворого, характер і вид роботи, умови праці і побуту.

На підставі характеру захворювання або травми, клінічного перебігу та ускладнень, що наступили, лікарю-стоматологу необхідно передбачати (хоча б орієнтовно) тривалість тимчасової втрати працездатності хворого і скласти правильний трудовий прогноз, що є критерієм для установаження факту тимчасової або стійкої непрацездатності.

Трудовий прогноз може бути сприятливим, несприятливим і сумнівним. **Сприятливий трудовий прогноз** означає можливість відновлення працездатності, коли хворий після лікування повертається до старої або рівноцінної роботи. **Несприятливий трудовий прогноз** встановлюється в тих випадках, коли хворий у результаті захворювання, травми або їх ускладнень не може виконувати стару роботу і виникає необхідність переведу його на іншу роботу, що відповідає стану здоров'я, або хворий не в змозі виконувати будь-яку роботу. **Сумнівний трудовий прогноз** означає, що в момент експертизи немає даних, достатніх для рішення питання про наслідки захворювання або травми, можливості

відновлення працездатності. **Трудовий прогноз знаходиться в тісному зв'язку з клінічним прогнозом і залежить від нього, але не завжди з ним збігається.**

Основним диференційним критерієм тимчасової втрати працездатності є сприятливий клінічний і трудовий прогноз, що характеризується повним або значним відновленням порушених функцій щелеп у результаті травми і відновлення працездатності в порівняно короткий термін.

Для визначення непрацездатності та її термінів необхідно:

- повне обстеження хворого;
- з'ясування причини травми (виробнича, невиробнича, у стані алкогольного сп'яніння);
- з'ясування анатомо-фізіологічних змін і функціональних порушень;
- проведення комплексу лікувальних заходів;
- знання умов праці і побуту хворого;
- віддаленість житла хворого від лікувального закладу.

Відновлення працездатності при переломах щелеп характеризується:

- ступенем відновлення функції ушкодженої щелепи, що констатується при наявності гарної консолідації відламків у правильному положенні;
- наявністю нормального прикусу зубів;
- достатньою рухливістю у скронево-нижньощелепних суглобах;
- відсутністю виражених розладів крово- і лімфообігу;
- відсутністю болю або інших ускладнень, пов'язаних з ушкодженням периферичних нервів щелепно-лицевої ділянки.

Тимчасова втрата працездатності при травмах щелепно-лицевої ділянки може бути обумовлена трудовим каліцтвом і побутовою травмою. Визначення причини тимчасової втрати працездатності є однією з важливих задач лікаря-стоматолога, тому що при цьому припадає вирішувати як медичні, так і юридичні питання.

Для експертизи непрацездатності при травмах щелепно-лицевої ділянки визначають вид і причину травм, що можуть бути виробничими і невиробничими (побутова, транспортна, вулична, спортивна). Термін непрацездатності залежить від виду травми.

ТЕРМІНИ НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ ПРИ РІЗНОМАНІТНИХ ВИДАХ ТРАВМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

Перелом нижньої щелепи складає 60-90% усіх переломів кісток лица. Клінічний і трудовий прогноз залежать від характеру перелому, плинності періоду регенерації, наявності запальних ускладнень, віку хворого. При не ускладнених переломах нижньої щелепи в осіб середнього віку формування первинної кісткової мозоли настає через 2-3 тижні, а вторинної кісткової мозоли - через 6-8 тижнів. Терміни зрощення переломів нижньої щелепи в ділянці гільки коротше, чим інших відділів щелепи. Коли не усунутий зсув відломків, то терміни іммобілізації збільшуються на 1 тиждень, при розвитку травматичного остеомієліту – на 2 тижні. Терміни непрацездатності постраждалих:

не ускладнені одиночні переломи нижньої щелепи	25-28 днів
в осіб важкої фізичної праці	40-43 днів
подвійні переломи нижньої щелепи	29-32 днів
в осіб важкої фізичної праці	44-47 днів
множинні переломи нижньої щелепи	30-50 днів
при ускладнених переломах терміни збільшуються на	12-16 днів

Переломи верхньої щелепи – найбільше важка травма лица. Клінічний і трудовий прогноз у постраждалих серйозний. Можливі запальні і внутрішньочерепні ускладнення. Терміни непрацездатності постраждалих:

при переломі альвеолярного відростка	7 днів
при ускладненні	(до 10 днів)
– тіла щелепи	- 36-60 днів
– по Ле Фор I	- 56 днів
– по Ле Фор II	- 65 днів
– по Ле Фор III	- 75 днів
- ускладнені переломи досягають термінів	-120-130 днів

При ускладнених і сполучених переломах верхньої щелепи непрацездатність встановлюється разом із неврологом, ЛОР, офтальмологом і травматологом. Терміни

непрацездатності залежать від виду фіксації відламків: при оперативному методі фіксації - до 76 доби.

Переломи вилицевої кістки і дуги. Клінічний і трудовий прогноз сприятливий. Після репозиції відламків показане амбулаторне лікування. Стаціонарному лікуванню підлягають постраждалі, котрим показане проведення оперативних методів фіксації відламків або гайморотомія з фіксацією відламків (при проникаючих ушкодженнях). Терміни непрацездатності постраждалих:

- при консервативних методах фіксації відламків	- 8-10 днів
- при оперативних методах фіксації відламків	- 15-20 днів
- при застосуванні гайморотомії	- 18-22 днів

Переломи кісток носа. Прогноз сприятливий. При деформації носа необхідно відновлювальне лікування (пластичні операції). Термін непрацездатності - 8-10 днів, в окремих випадках – 3-4 дні (до моменту відновлення носового подиху, зменшення набряку).

Вивихи скронево-нижньощелепного суглоба. Гострі вивихи. Прогноз сприятливий. Терміни непрацездатності 7-8 днів, у залежності від професії хворого (мовне навантаження) - до 14-21 дня.

Хронічні вивихи. Непрацездатність виникає при загостренні процесу, і терміни відповідають термінам гострого процесу з урахуванням мовного навантаження хворого.

Травми м'яких тканин. При забитих місцях і гематомах непрацездатність визначається професією хворого, обумовлена ступенем порушення зовнішнього вигляду і функцій (рухів нижньої щелепи, мова, ковтання, подих). Непрацездатність зберігається до відновлення функцій зубощелепної системи хворого, у середньому - до 7 днів.

При ранах, що гояться первинним натягом, термін непрацездатності постраждалих залежить від локалізації рани й її протяжності, що обумовлює функціональні і косметичні порушення (порушення зовнішнього вигляду, порушення відкривання рота, прийому їжі, промови, подиху, зору), від трудових рекомендацій (запобігання переохолодження, фізичних навантажень, зовнішнього забруднення рани при роботі пацієнта), і від терміна зняття швів - 5-6 днів. Хворим, чия праця пов'язана зі значними фізичними навантаженнями, несприятливими метеорологічними чинниками, забрудненням робочого місця, після зняття швів рекомендують полегшену працю протягом місяця до закінчення відновлювального періоду.

При інфікованих ранах, що гояться вторинним натягом, або з накладенням вторинних ранніх або пізніх швів, термін непрацездатності постраждалого залежить від тяжкості і поширення запального процесу:

I - легкий ступінь	- 11-13 днів
II - середній ступінь	- 29-31 день
III - важкий ступінь	- 30-77 днів

ОРГАНІЗАЦІЯ ЕКСПЕРТИЗИ ТИМЧАСОВОЇ НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ ГРОМАДЯН

Головною особою в експертній оцінці тимчасовий непрацездатності пацієнтів є лікуючий лікар, якому надані відповідні права і покладені відповідальні обов'язки. Поряд із діагностикою, хірургічним і медикаментозним лікуванням, призначенням режиму і відбудовного лікування, лікар вирішує питання про необхідність повного або часткового звільнення хворого від роботи й оформляє медичні документи.

Перший медичний документ у визначенні непрацездатності стоматологічного хворого – медична карта стоматологічного хворого (форма № 043у) або історія хвороби стаціонарного хворого (форма № 310), що несуть інформацію про захворювання або травму хворого, що дозволяє зробити обґрунтований висновок про вид, характер патологічного процесу, ступень ваги, порушення функцій систем і органів, терміни і методи лікування. Записи в медичній карті повинні бути підтверджені записами про звернення хворого до лікаря в листку щоденного обліку роботи лікаря-стоматолога (форма № 037у), а історія хвороби стаціонарного хворого – у стаціонарному журналі відділення і реєстраційному журналі прийомного відділення.

Документом, що підтверджує тимчасову непрацездатність хворого під час його лікування в амбулаторних або стаціонарних умовах, і оформляється на підставі записів у медичній карті або історії хвороби, є листок непрацездатності.

Листок непрацездатності є єдиним офіційним документом, що встановлює тимчасову повну або часткову непрацездатність та дає право невиходу на роботу, а також документом, по якому органи соціального страхування здійснюють виплати захворілим або постраждалим.

Листок непрацездатності – це документ фінансовий, юридичний і медико-статистичний. Ніякі інші документи, зокрема довідки лікувальних закладів, до оплати не приймаються. Коли, по чинних правилах, лікарняний лист не підлягає оплаті, він служить тільки документом, що засвідчує право на звільнення від роботи з тимчасової непрацездатності.

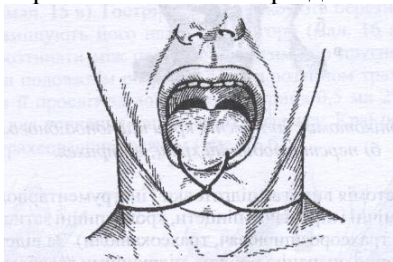
Раніше порядок видачі документів по тимчасовій непрацездатності регулювався Інструкцією ВЦСПС і Наркомздрава СРСР “Про порядок видачі застрахованим листків непрацездатності” від 14.08.1937 р. за № 1382 із доповненнями і змінами від 13.11.1984 р.

Нині діє наказ Міністерства Охорони здоров'я України № 455 від 13.11.2001 р. “Про затвердження інструкції “Про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян”.

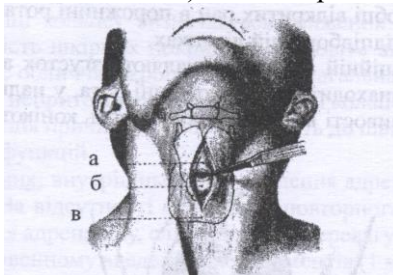
6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

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

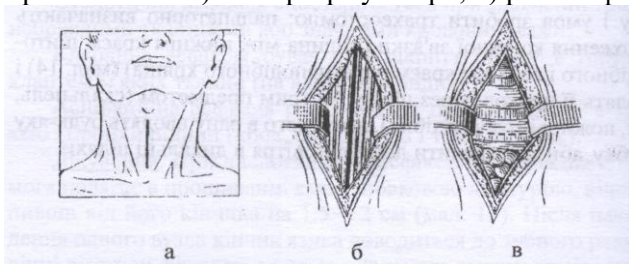
Прошивання язика при дислокаційній асфіксії.



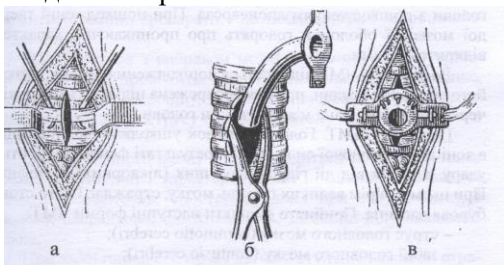
Конікотомія: а) нижній край щитоподібного хряща; б) перстнеподібний хрящ; в) трахея.



Трахеостомія: а) лінія розрізу шкіри; б) розтин фасції; в) щитовидна залоза зміщена донизу.



Трахеостомія: а) фіксація трахеї; б) введення трахеотомічної канюлі; в) трахеотомічна канюля введена в трахею.



Б. Задачі для самоконтролю:

1. Військовослужбовець отримав вогнепальне поранення в ділянку верхньої щелепи і доставлений в ОМедБ. Які спеціалісти будуть притягнуті до огляду пораненого? (Відповідь: щелепно-лицевий хірург, оторіноларінголог, окуліст, нейрохірург)

2. В сортувально-евакуаційному відділенні МПП потерпілому з вогнепальним пораненням м'яких та кісткових тканин нижньої щелепи видана первинна медична картка. В картці збережена червона смуга. Що це означає? (Відповідь: сигналізує про необхідність надання термінової (позачергової) допомоги)

3. В сортувально-евакуаційному відділенні МПП потерпілому з комбінованими ураженням щелепно-лищевої ділянки видана первинна медична картка. В картці збережена жовта смуга. Що це означає? (Відповідь: позначає ураження отруйними речовинами, котре потребує санітарної обробки).

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю ($\alpha = 2$):

1. Види медичної допомоги в військовий час:

- A. Взаємодопомога, перша лікарська допомога, спеціалізована допомога.
- B. Перша медична допомога, долікарська допомога, лікарська допомога, кваліфікована медична допомога.
- C. Фельдшерська допомога, лікарська допомога, кваліфікована медична допомога, реабілітація.
- D. Перша медична допомога, лікарська допомога, хірургічна допомога, спеціалізована допомога.
- E. Перша медична допомога, долікарська медична допомога, перша лікарська допомога, кваліфікована медична допомога, спеціалізована медична допомога.

(Правильна відповідь: E)

2. Де надається перша медична допомога:

- A. На полі бою.
- B. На медичному пункті полку.
- C. На медичному пункті полку.
- D. В окремому медичному батальйоні.
- E. В окремому медичному загоні.

(Правильна відповідь: A)

3. Першу медичну допомогу на полі бою надає:

- A. Лікар.
- B. Фельдшер.
- C. Санітарний інструктор.
- D. Епідеміологічна служба.
- E. Служба медичної розвідки полку.

(Правильна відповідь: C)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. Хвора 25 років звернулась зі скаргами на обмежене відкривання роту. Захворювання зв'язує з травмою. При огляді відмічається незначний набряк м'яких тканин скроневої ділянки зліва, відкривання рота на 2,0-2,5 см. Незначна біль при пальпації суглобового відростку нижньої щелепи зліва, при навантаженні на підборіддя – біль в лівому вусі. Повного змикання щелеп не визначається.

Визначте додаткові обстеження для кінцевого діагнозу. (Відповідь: оглядова рентгенографія кісток лицевого скелету, рентгенографія СНЩС по Шюллеру).

2. Хвора 22 років, скаржиться на сплюснення обличчя в нижній третині зліва. Відкривання рота вільне, не болоче. Функція м'язів не порушена. З анамнезу відомо, що хвора в дитячому віці перенесла лівобічний остеомієліт нижньої щелепи.

Який вид лікування показаний даній хворій для відновлення її працездатності? (Відповідь: контурна пластика).

3. У хворого 40 років після кульового поранення визначається лівосторонній перелом тіла нижньої щелепи з різким зміщенням уламків та дефектом кістки, відсутні моляри і премоляри в даній ділянці.

Який метод лікування ви оберете для повноцінного відновлення працездатності хворого? (Відповідь: апаратний метод лікування).

7. ЛІТЕРАТУРА:

- 1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2т. – Т.2/В.О.Маланчук, І.П.Логвіненко, Т.О.Маланчук, О.Л.Ціленко – К.: ЛОГОС, 2011. – С. 136-142, 144-147.
- 2. Стоматологія 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.Демяник. – Харків: Горнадо, 2006. – С. 99-162, 206-222.
- 8. Неотложная диагностика и лечебная тактика в ургентной хирургии: учебное пособие для студ. мед. ВУЗов и врачей-интернов / под ред. В.Д.Шейко – Полтава, 2007. – С. 34-38, 43-44.

9. Ускладнення травматичних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки: навч.-метод. посіб. для студ. стомат. факульт. вищих мед. навч. закладів IV рівнів акредитації та інтернів-стоматологів / Рибалов О.В., Ахмеров В.Д. – Полтава: ТОВ «Фірма «Техсервіс»», 2011. – С. 111-115.

СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ
Кафедра стоматології

Затверджено
на засіданні кафедри стоматології
протокол № 1 від 28.08.2017 р.
Завідувач кафедри
_____ д.мед.н. Лахтін Ю.В.

**Методичні рекомендації
для самостійної роботи студентів
з дисципліни «Хірургічна стоматологія» 5 курс
Модуль 5**

Суми 2017

Методичні вказівки складено:
асистент Черненко В.М.

З М І С Т

1. Написання академічної історії хвороби.
2. Анатомія скронево-нижньощелепного суглобу (СНЩС). Сучасні методи діагностики захворювань СНЩС. Артроскопія, її можливості в діагностиці та лікуванні захворювань СНЩС.
3. Вивихи нижньої щелепи: етіологія, клініка, діагностика, лікування.
4. Артрити, артрити-артрози, артрози скронево-нижньощелепного суглобу. Етіологія, класифікація, клініка, диференційна діагностика, лікування, профілактика.
5. Контрактура нижньої щелепи: етіологія, класифікація, клініка, диференційна діагностика, лікування, профілактика.
6. Анкілози скронево-нижньощелепного суглоба: етіологія, патогенез, класифікація, клініка, діагностика, лікування.
7. Дисфункції скронево-нижньощелепного суглобу. Синдром больової дисфункції скронево-нижньощелепного суглобу.
8. Підсумкове заняття: «Сучасні методи діагностики та лікування захворювань скронево-нижньощелепного суглобу».
9. Принципи і прийоми планування місцевопластичних операцій, показання та протипоказання.
10. Набуті дефекти і деформації губ, щік, носа, підборіддя; заміщення дефектів, усунення деформацій місцевими тканинами, зокрема, клаптем на ніжці.
11. Філатовське стебло. Показання до використання філатовського стебла. Методи заготовки стебла, міграції.
12. Дефекти шкіри, слизової оболонки, закриття їх вільним клаптем. Вільна пересадка шкіри та слизової оболонки.
13. Вроджені та набуті черепно-щелепно-лицеві деформації. Спеціальні методи обстеження тематичних хворих.
14. Регенерація кісткової тканини щелеп. Osteогенна та osteoіндуктивна терапія. Трансплантація органів і тканин. Головний комплекс гістосумісності, РТПГ та РТПТ. Основні методи попередження відторгнення трансплантатів.
15. Біологічні принципи та методи трансплантації кісткових, хрящових тканин. Принципи та методи імплантації штучних конструкцій. Результати, ускладнення.
16. Деформації нижньої щелепи: етіологія, патогенез, класифікація, клініка, діагностика, лікування.
17. Дефекти нижньої щелепи: етіологія, клініка, діагностика, методи кісткової пластики і показання до них.
18. Деформації верхньої щелепи: етіологія, патогенез, класифікація, клініка, діагностика, лікування.
19. Дефекти верхньої щелепи: етіологія, класифікація, клініка, діагностика, суть методів лікування і показання до них.

20. Дистракційно-компресійні методи лікування дефектів і деформацій кісток лицевого черепу.
21. Підсумкове заняття: «Методи стимуляції регенерації та трансплантації кісткової тканини. Сучасні методи хірургічного лікування дефектів та деформацій кісток лицевого скелету».
22. Хірургічна підготовка порожнини рота до ортопедичного лікування. Пластика вуздечок губ та язика. Методики виконання. Показання та протипоказання.
23. Біологічні основи дентальної імплантації. Види імплантів. Показання, протипоказання, забезпечення.
24. Показання та обстеження хворих перед хірургічним етапом дентальної імплантації. Підготовка альвеолярного відростка до імплантації. Техніка виконання.
25. Результати, ускладнення дентальної імплантації та їх лікування.
26. Пародонтальна хірургія, хірургічне лікування захворювань тканин пародонту: показання, техніка виконання, кістково-пластичні матеріали. Ускладнення ендодонтичних втручань та їх хірургічне лікування.
27. Хірургічне лікування больових синдромів: невралгії, неврити щелепно-лицевої ділянки.
28. Параліч мимічної мускулатури : етіологія, діагностика, клініка, результати.
29. Ректорський контроль: захворювання скронево-нижньощелепного суглобу, трансплантація кісткової та хрящової тканини, пародонтальна та періодонтальна хірургія, хірургічний етап дентальної імплантації, больові симптоми обличчя.
30. Підсумковий модульний контроль.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
Сумський державний університет
Медичний інститут

«Затверджено»
на засіданні кафедри
стоматології

Завідувач кафедри
д.мед.н.Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО
(СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	5
Змістовний модуль №	5
Тема заняття	Написання академічної історії хвороби.
Курс	V
Факультет	Стоматологічний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ: підготовка студентів у вищому медичному навчальному закладі по конкретній дисципліні логічно завершується написанням академічної історії хвороби. Академічна історія хвороби відображає уміння студента спілкуватися з пацієнтом, ставити вірний діагноз і призначати адекватне лікування. Все це передбачає написання академічної історії хвороби, в якій студент має можливість використовувати **знання, отримані** при вивченні фундаментальних і прикладних дисциплін, продемонструвати отримані практичні навички.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

2.1 Запропонувати загальну схему обстеження пацієнта в клініці хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії.

2.2. Пояснювати особливості обстеження пацієнта в клініці хірургічної стоматології і та щелепно-лицевої хірургії.

2.3. Запропонувати методи діагностики, необхідні для встановлення остаточного діагнозу в клініці хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії.

2.4. Класифікувати додаткові методи обстеження, що використовуються в клініці хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії.

2.5. Скласти план диференціальної діагностики пацієнта із захворюваннями щелепно-лицевої ділянки.

2.6. Скласти план лікування пацієнта із захворюваннями щелепно-лицевої ділянки та їх ускладненнями.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, УМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (МІЖДИСЦИПЛІНАРНА ІНТЕГРАЦІЯ)

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Внутрішня медицина	Застосовувати знання по клінічних проявах патології внутрішніх органів. Демонструвати навички обстеження пацієнта по органах і системах. Описувати загальний статус пацієнта, враховуючи супутню патологію. Демонструвати навички по інтерпретації даних додаткових методів обстеження. Скласти план лікування пацієнта з патологією щелепно-лицевої ділянки.
2. Хірургія	Описувати історію хвороби пацієнта з хірургічними захворюваннями щелепно-лицевої локалізації. Демонструвати навички по проведенню хірургічних втручань при захворюваннях щелепно-лицевої ділянки та шиї. Визначати стан, в якому знаходиться пацієнт із захворюванням щелепно-лицевої ділянки (шок, кома і ін.). Визначати характер пошкодження, оглядати та обстежувати пацієнта, визначати план надання медичної допомоги.
3. Загальна хірургія (з оперативною хірургією та топографічною анатомією)	Застосовувати знання по хірургічній анатомії голови та шиї. Зобразити схематично методику оперативного втручання при наданні допомоги пацієнтам з патологією щелепно-лицевої ділянки та шиї. Демонструвати навички по накладанню різних видів швів при проведенні оперативних втручань у пацієнтів з патологією щелепно-лицевої локалізації.

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. Пацієнт (лат. <i>patiens</i> – той, що терпить, страждаючий)орювання.	людина або інша жива істота, одержуючий(-ча) медичну допомогу, такий, що піддається медичному спостереженню і/або лікуванню з приводу якого-небудь захворювання, патологічного стану або іншого порушення здоров'я і життєдіяльності, а також що

	користується медичними послугами незалежно від наявності у нього захворювання.
2. Анамнез(від грец. ἀνάμνησις – спогад)	сукупність відомостей, що отримуються при медичному обстеженні шляхом розпитування самого обстежуваного і/або осіб, що знають його. Вивчення анамнезу, як і розпитування в цілому, не просто перелік питань і відповідей на них. Від стилю бесіди лікаря і хворого залежить та психологічна сумісність, яка багато в чому визначає кінцеву мету – полегшення стану пацієнта.
3. Анамнез хвороби (лат. Anamnesis morbi)	Початок захворювання, динаміка симптомів з моменту початку захворювання до моменту звернення, з якими чинниками пацієнт зв'язує дане захворювання, які дослідження і яке лікування проводилося і які результати та ін.
4. Анамнез життя (новолат. Anamnesis vitae)	Перенесені раніше захворювання, існуюча хронічна патологія з боку різних органів і систем органів, операції, травми і тому подібне А також де проживає і в яких умовах
5. Сімейний анамнез	Наявність подібних симптомів у кровних родичів, спадкові захворювання і тому подібне
6.Алергологічний анамнез	Алергічні реакції, зокрема на лікарські засоби, вакцини, харчові продукти, рослини і тому подібне Характер проявів при розвитку алергії
7. Діагноз (грец. Διάγνωσις – розпізнавання)	висновок про суть хвороби і стані пацієнта, виражене в прийнятій медичній термінології і засноване на всесторонньому систематичному вивченні пацієнта.
8. Епікриз (від грец. ἐπίκρίσις (epikrisis) – думка, рішення)	думка про стан хворого, про діагноз, причини виникнення і розвиток хвороби, про обґрунтування і результати лікування, сформульоване після закінчення лікування або на певному його етапі. Епікриз є обов'язковою складовою частиною медичних облікових документів. Залежно від особливостей перебігу і результату хвороби епікриз може включати думку про прогноз хворого, висновок про необхідність подальшого спостереження за ним, лікувально-трудова рекомендації. У разі летального результату в епікризі вказується причина смерті. Зміст епікризу доступний тільки пацієнтові і медпрацівникам, і на нього розповсюджуються правила дотримання професійної таємниці.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Послідовність обстеження загального і місцевого статусу тематичного хворого.
2. Які інструменти **необхідні** для обстеження хворого?
3. Що таке істотні ознаки захворювання?
4. Чи може розходитися (не **співпадати**) діагноз під час госпіталізації і після обстеження хворого (клінічний діагноз)?
5. Як правильно вимірювати температуру тіла хворого ?
6. Які параметри **відображає** клінічний загальний аналіз крові, **сечі**. Назвіть їх нормальні показники.
7. Як визначити "причинний" зуб одонтогенного **запального** захворювання ?
8. Назвіть ознаки інтоксикації організму.
9. Назвіть послідовність комплексного лікування пацієнта із запальними захворюваннями щелепно-лицевої локалізації.
10. Назвіть послідовність комплексного лікування пацієнта з травматичними пошкодженнями щелепно-лицевої локалізації.
11. Назвіть послідовність комплексного лікування пацієнта з пухлинними і пухлиноподібними процесами щелепно-лицевої локалізації.
12. Назвіть послідовність комплексного лікування пацієнта з диспластичними захворюваннями щелепно-лицевої локалізації.
13. Назвіть послідовність комплексного лікування пацієнта з природженою патологією щелепно-лицевої локалізації.

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

1. Провести опитування пацієнта з патологією щелепно-лицевої ділянки.
2. Провести обстеження пацієнта з патологією щелепно-лицевої ділянки.
3. Встановити попередній діагноз.
4. Скласти план обстеження пацієнта з патологією щелепно-лицевої ділянки.
5. Інтерпретувати результати додаткових методів обстеження (лабораторних, клінічних, біохімічних, спеціальних).
6. Встановити клінічний діагноз.
7. Провести диференціальну діагностику.
8. Встановити остаточний діагноз.
9. Визначити етіологію і патогенез основного захворювання.
10. Визначити основні принципи лікування пацієнта.
11. Скласти план лікування пацієнта.
12. Оформити медичну документацію.
13. Підібрати інструментарій, необхідний для проведення оперативного втручання (по академічній історії хвороби).
14. Намалювати схему оперативного втручання (по академічній історії хвороби).

5. ЗМІСТ ТЕМИ:

1. Суб'єктивне обстеження пацієнта

1. Скарги пацієнта. Необхідно з'ясувати з якими скаргами пацієнт звернувся до медичної установи. Під час опитування слід оцінити нервово-психічний стан пацієнта, рівень його інтелекту і на цій підставі проаналізувати скарги і розвиток даного захворювання.

Біль. Слід встановити характер, локалізацію, тривалість, інтенсивність болю, зв'язок з вживанням їжі, розмовою, диханням, зміною положення тіла, часом доби і року, забарвлення, зв'язок з дією подразнюючих чинників.

Симетрія обличчя. Встановити причину порушення симетрії (набряк, інфільтрат, пухлина, дефект).

Підвищення температури тіла.

Обмеження відкриття рота. Встановити причину, ступінь обмеження.

Порушення слиновиділення. Встановити причину, ступінь порушення, наявність солоного присмаку та ін.

Онїміння і парестезії окремих зон обличчя. Встановити причину, ступінь порушення чутливості.

Кровотеча з порожнини рота, носа. Встановити причину, тривалість.

2. Анамнез захворювання.

Уточнити динаміку захворювання:

- коли з'явилися перші симптоми;
- хто їх спостерігав (пацієнт, оточуючи, лікар);
- куди пацієнт звертався за допомогою (вид і результат лікування);
- наявність документації по проведених раніше обстеженнях;
- проведене лікування та його ефективність.

Якщо захворювання хронічне – динаміку захворювання уточнюють в хронологічному порядку: періоди загострення, їх частота, причини; клінічні прояви, результати додаткових методів обстеження, методи лікування та їх ефективність, вплив захворювання на працездатність пацієнта.

3. Анамнез життя.

Слід зібрати інформацію про всі етапи життя пацієнта, починаючи з народження, вказавши соціальну приналежність, матеріальні умови проживання. Наявність професійних шкідливостей і шкідливих звичок, сімейний стан. Необхідно з'ясувати, які захворювання переніс пацієнт, як вони перебігали, яке лікування проводилося та його результат. У хронологічному порядку відзначають травми, оперативні втручання (відзначають вид знеболення), гемотрансфузії та ін. Особливу увагу слід приділити таким захворюванням як: туберкульоз, гепатити, венеричні захворювання, злоякісні пухлини, можливі контакти з ВІЛ-інфікованими, психічні захворювання, алергічні реакції, імунодефіцитні стани.

У деяких ситуаціях слід збирати сімейний анамнез не тільки у пацієнта, але й у найближчих родичів.

У випадку, якщо пацієнт знаходиться в несвідомому стані, слід зібрати анамнез життя у родичів або супроводжуючих осіб.

2. Об'єктивне обстеження пацієнта.

1. Зовнішній огляд пацієнта:

- загальний стан (задовільний, середнього ступеню тяжкості, важкий, край важкий, агонія);
- стан свідомості (ясна, сплутана, ступор, сопор, кома, без свідомості, іритативні порушення (галюцинації, нав'язливі ідеї і стани);
- положення (активне, пасивне, вимушене (стоячи, сидячи, лежачи – описати детально);
- постава (визначається при ходінні) – звичайна (пряма, струнка), сутулість, сколіоз і ін.
- вираз обличчя (спокійний, бадьорий, збуджений, страждальний, байдужий, маскоподібний та ін.);
- зріст (середній – для чоловіків 160-180 см, для жінок 155-170 см; високий, низький, карликовість (до 135 см), гігантський (вище 200 см для чоловіків і 190 см – для жінок);
- маса тіла (кг). Вгодваність: задовільна, надмірна, ожиріння (індекс Брока: I – 110-125% II – 125-150% III – 150-200% IV – більше 200%), понижена (індекс Брока нижче 90%), виснаження (кахексія);
- конституціональний тип (нормостеничний, астеничний, гіперстеничний);
- температура тіла (у градусах за Цельсієм).

2. Обстеження шкіри:

- колір (блідий, блідо-рожевий, червоний, жовтяничний, землистий, бронзовий, синюшний та ін., ділянки пігментації й гіперпігментації, локалізація змінених ділянок);
- чистота і цілісність, наявність патологічних елементів;
- вологість (звичайна, помірно волога, волога, суха);
- еластичність і тургор (збережені, понижені);
- стан волосяного покриву (оволосіння чоловічого або жіночого типу; колір, блиск, розвиток волосся; облісіння);
- нігті (форма, колір, прозорість, стан і товщина нігтьових пластинок, наявність трофічних змін, відсутність нігтів).

3. Обстеження підшкірно-жирової клітковини

- ступінь розвитку (помірна, слабка, надмірна, виснаження);
- розподіл (рівномірне, нерівномірне);
- пастозність, набряки (вказати локалізацію, консистенцію, колір і температуру шкіри);
- консистенція.

4. Обстеження видимих слизових оболонок

- колір, вологість, чистота, наявність нальоту і патологічних елементів.

5. Обстеження лімфатичних вузлів

- локалізація, кількість, форма, стан поверхні, консистенція, розмір, болісність, рухливість, зв'язок один з одним і навколишніми тканинами;
- стан шкіри над лімфатичними вузлами (колір, наявність рубців, виразок, нориць).

6. Обстеження кістково-м'язової системи

- огляд (ступінь розвитку м'язів, наявність судомних посмикувань, болісність, тонус);
- пальпація (болісність, наявність тремору);
- обстеження хребта:
 - огляд (фізіологічні вигини, профільний контур, патологічні викривлення, активні рухи);
 - пальпація (стан остистих відростків, навантаження хребта);
 - симетричність (плечей, лопаток, гребенів клубових кісток, сідниць, нижніх кінцівок, об'єм рухів голови і хребта);
- обстеження кінцівок:
 - огляд (положення, форма, симетрія, припухлість, цілісність, наявність нориць, рубців, атрофії та ін.);
 - пальпація (місцева температура, болісність при натисканні на виступаючі кісткові точки, крепітація, стан вен, визначення пульсації на доступних пальпації артеріях в симетричних місцях);
 - кістки (болісність при пальпації і постукуванні по груднині, ключицям, ребрам, гребеням клубових кісток, довгим трубчастим кісткам);
- суглоби (конфігурація, розміри, об'єм активних і пасивних рухів, стан шкіри над суглобами, наявність хибних суглобів, патологічних змін конфігурації суглобів, результати аускультативної суглобів);
- кисті і стопи (розміри, форма, порушення рухів, стан шкіри і м'язів, болісність, порушення чутливості, стан суглобів й ін.).

7. Обстеження грудної клітки і органів дихання

- форма (правильна, патологічна, наявність асиметрії або деформації, стан над- і підключичних ямок, міжреберних проміжків, положення лопаток, надчеревний кут);
- динамічний огляд (рівномірність руху обох половин грудної клітки, участь в акті дихання основних і допоміжних м'язів; тип, частота, глибина і ритм дихання);
- пальпація грудної клітки (наявність пастозності, характер поверхні ребер, хворобливість, резистентність, голосове тремтіння);
- перкусія ребер (топографічна, визначення нижньої межі легенів);
- аускультация (характеристика дихання, наявність хрипів, крепітації, шуму тертя плеври, бронхофонія).

8. Обстеження серцево-судинної системи

- обстеження поверхневих судин (огляд судин голови та шиї, тулуба і кінцівок; характеристика пульсу на променевих артеріях, вимірювання артеріального тиску на обох плечових артеріях);
- огляд ділянки серця (наявність серцевого горба, систолічного втягнення, серцевого і верхівкового поштовху, пульсація висхідної частини аорти, надчеревна пульсація);
- пальпація серцевої області (верхівковий поштовх, пульсація висхідної частини аорти);
- перкусія серця (межі серцевої тупості, вимірювання поперечника серця, ширина судинного пучка);
- аускультация серця (описати ритм серцевої діяльності, визначити частоту серцевих скорочень, описати тони серця, шуми).

9. Обстеження системи органів травлення

- огляд (форма живота, розмір, наявність гриж, стан пупка, видима перистальтика і пульсація);
- перкусія (визначення вільної рідини);
- поверхнева пальпація (болісність, напруження черевної стінки);
- глибока пальпація кишечника;
- пальпація шлунку;
- перкусія і пальпація печінки і жовчного міхура;
- пальпація підшлункової залози;
- перкусія і пальпація селезінки;
- аускультация (кишкові шуми, шум тертя очеревини, черевної аорти і брижових артерій);
- обстеження живота у вертикальному положенні:
 - огляд;
 - пальпація надчеревної ділянки та бічних ділянок живота;
 - перкуторне визначення вільної рідини в черевній порожнині;
 - обхват живота;
 - обстеження анальної області та прямої кишки.

10. Обстеження органів сечостатевої системи

- огляд і пальпація поперекової ділянки (симптом поколочування, пальпація нирок);
- огляд і пальпація надлобкової ділянки;
- перкусія сечового міхура;
- огляд зовнішніх статевих органів, характер оволосіння.

11. Обстеження нервово-психічної системи

- інтелект (нормальний, ослаблений, природжені відхилення та їх ступінь);
- мислення (звичайне, сповільнене, прискорене, неправильне);
- контакт (активний, пасивний, відповіді на питання по суті, непродуктивний);
- орієнтація (у часі, місці, в навколишньому оточенні, у власній особистості);
- пам'ять (гіпомнезія, гіпермнезія, амнезія, помилкова пам'ять);
- настрої (рівний, ейфорія, пригнічений, тривожний, апатія, «емоційна тупість»);
- чутливість (пальпація болісних точок, симптоми натягнення нервових стовбурів і корінців, поверхневі види чутливості);
- рухова сфера (хода, порушення екстрапірамідної функції, стан нервово-м'язової збудливості, судоми);
- рефлексорна сфера.

12. Обстеження ендокринної системи

- наявність надмірної маси тіла (адіпозо-генітальна дистрофія, хвороба Іценко — Кушинга);
- схуднення (хвороба Симмондса, нецукровий діабет);

- зміни росту (гігантизм, карликовість), акромегалія (ознаки ураження гіпофіза);
- очні симптоми і зоб (при тиреотоксикозі);
- місяцеподібне обличчя (при хворобі Іценко — Кушинга);
- потовщення носа, язика, губ (при акромегалії);
- катаракта, піорея, стоматит (при цукровому діабеті);
- порушення окостеніння, порядку прорізання зубів (при гіперпаратиреозі, гіпопитуїтаризмі та ін.);
- пальпація ендокринних залоз може дати уявлення про величину, форму, консистенцію щитоподібної залози, крупних пухлин наднирників, підшлункової залози, про стан яєчників і яєчок (пухлини, аплазія і ін.).

13. Характеристика місцевого статусу.

- огляд (визначення симетрії і рельєфу обличчя, рівень розвитку підшкірного жирового шару, стан хрящового відділу носа, очних і ротової щілин, вушних раковин і шкіри, та ін.);
- пальпація (поверхнева, глибока, позаротова, внутрішньоротова, порівняльна, больових точок, лімфатичних вузлів);
- визначення чутливості і рухової функції трійчастого, лицевого, язикоглоткового та під'язикового нервів;
- обстеження порожнини рота (ступінь відкривання рота, огляд присінку порожнини рота, власне порожнини рота, стан ясенних сосочків і кишень, прикус, функція слинних залоз тощо);
- опис locus morbi.

Порядок опису місцевого статусу:

1. дані огляду обличчя.
2. характер і ступінь відкривання рота, функція СНЩС, характер руху нижньої щелепи.
3. дані пальпації щелеп, слинних залоз, лімфатичних вузлів, точок виходу гілок трійчастого нерва на поверхню лицевого черепа.
4. дані огляду губ, присінку порожнини рота, зубів, ясен, слизової оболонки альвеолярних відростків, піднебіння, щік, під'язикової ділянки, крилощелепних складок, піднебінних дужок, мигдаликів, зіву.
5. дані перкусії і зондування зубів, стан тканин пародонту.
6. зубна формула (клінічна або по ВООЗ).
7. стан прикусу.
8. дані огляду усть вивідних проток слинних залоз, визначення функції слинних залоз.
9. характеристика язика.
10. результати додаткових методів обстеження.

При описі патологічного осередку необхідно відзначити розміри і межі ураження, характерні зміни тканин, обумовлені патологічним процесом (болісність, консистенцію, спаяність з навколишніми тканинами та ступінь їх зсуву, температуру тканин).

3. Попередній діагноз

ставиться на підставі скарг пацієнта (перерахувати основні скарги), даних анамнезу захворювання, анамнезу життя (якщо їх враховують при постановці діагнозу), даних об'єктивного обстеження (описати основні симптоми захворювання).

4. План обстеження хворого

1. Лабораторні обстеження

- клінічний аналіз крові;
- клінічний аналіз сечі;
- аналіз крові на антитіла до ВІЛ, Нвс – антиген, гепатитів, КСР;
- аналіз сечі на цукор (добовий діурез);
- біохімічний аналіз крові;
- кислотно-лужна рівновага;
- показники згортання крові і фібринолізу;
- аналіз крові на цукор;
- біохімічний аналіз сечі;
- група крові і резус-чинник;
- аналіз калу;
- імунограма;
- кількісний і якісний склад ротової рідини і слини.

2. Інструментальні дослідження:

- рентгенологічне дослідження:
 - внутрішньоротова рентгенографія зубів, альвеолярних відростків, піднебінних відростків, органів дна порожнини рота;
 - позаротова рентгенографія нижньої і верхньої щелеп, виличних, піднебінних, лобної, носових, скроневих кісток і кісток основи черепа, придаткових пазух носа, скронево-нижньощелепного суглоба, великих слинних залоз. Проекції – пряма, напіваксіальна, аксіальна, коса контактна, тангенціальна.
 - рентгенографія з контрастуванням (сіалографія, синусографія, фістулографія), комп'ютерна томографія;
 - електроодонтометрія;
 - естезіометрія;
 - реографія;
 - полярографія;
 - ехоостеометрія;
 - люмінесцентна діагностика;
 - електроміографія;
 - визначення біоелектричних і електрохімічних потенціалів в порожнині рота;
 - радіоізотопні дослідження.
3. Морфологічні дослідження:
- цитологічний метод (відбитки, перебитки, соскоби, пункційний матеріал);
 - гістологічний метод (аспіраційна, пункційна, інцизійна біопсія).

4. Бактеріологічне дослідження (визначення виду збудника, його вірулентності, чутливості до антибіотиків).

5. Імунобіологічні й алергологічні дослідження.

5. Результати лабораторних, клінічних, біохімічних і спеціальних методів дослідження

Результати додаткових методів обстеження наводяться в історії хвороби згідно з планом обстеження з обов'язковою вказівкою дати проведення обстеження.

6. Клінічний діагноз.

На підставі скарг, даних анамнезу захворювання і анамнезу життя пацієнта, даних об'єктивного обстеження, результатів додаткових методів обстеження встановлюють клінічний діагноз з указанням основного захворювання і ускладнень, супроводжуваних захворювання.

Указуються тільки ті дані, які відображають етіологію, патогенез, клінічну картину основного захворювання, його ускладнення й супутні захворювання.

7. Диференціальний діагноз.

Диференціальний діагноз встановлюється на підставі порівняння конкретної клінічної картини з низки схожих абстрактних хвороб з метою ідентифікації з однією з них і виключенням інших. Порівняння повинне проводитися по певних правилах:

- загальна орієнтовна оцінка клінічної картини захворювання у пацієнта;
- визначення класу хвороб, до якого це захворювання належить;
- визначення провідного симптому або синдрому в клінічній картині захворювання у конкретного пацієнта;
- визначення всіх нозологічних форм, у яких є цей симптом або синдром;
- порівняння з позицій динамічного розвитку всіх ознак конкретної клінічної картини з ознаками абстрактної клінічної картини послідовно з кожним з передбачуваних захворювань;
- виключення всіх видів хвороби, окрім найбільш вірогідної в даному конкретному випадку.

Виключення проводиться на підставі одного з принципів диференціації:

- принцип істотної розбіжності;
- принцип виключення через протилежність;
- принцип розбіжності ознак.

При диференціальній діагностиці проводять позасиндромну й внутрішньосиндромну діагностику.

Позасиндромна диференціальна діагностика проводиться з основними групами патологічних процесів щелепно-лицевої локалізації – природженою патологією, дистрофічними порушеннями, пухлинами і пухлиноподібними захворюваннями, травмами м'яких тканин і кісток лицевого

скелета, запальними процесами. Порівняння схожих ознак захворювання починають з групи захворювань, що мають найменш схожі симптоми із захворюванням у пацієнта.

Внутрішньосиндромна диференціальна діагностика проводиться в середині групи однотипних патологічних процесів з окремими схожими по етіології, патогенезу і клінічній картині захворюваннями. Порівняння подібних ознак можна проводити двома методами – порівнювати паралельно окремі симптоми передбачуваного захворювання і симптоми захворювання пацієнта, дійшовши до остаточного виключення або підтвердження захворювання, потім визначити відмінні ознаки і також виключити передбачуване захворювання або поставити остаточний діагноз.

8. Остаточний діагноз

Ставлять на підставі аналізу основних скарг, анамнезу життя і захворювання пацієнта, результатів додаткових методів дослідження і проведеної диференціальної діагностики з указанням основного, супутнього захворювання і ускладнень захворювання.

9. Етіологія і патогенез основного захворювання

Вивчення етіології і опис етіології основного захворювання полягає у визначенні причин виникнення і розвитку захворювання. Для цього використовують фактичні дані, отримані при уточненні скарг, анамнезу життя і захворювання хворого, його об'єктивного обстеження, підтверджуючого причинний чинник захворювання.

Необхідно враховувати цілісність організму пацієнта, особливості його життєдіяльності, єдність організму і навколишнього середовища. Враховуються природжені і придбані особливості конституції і функцій організму, що викликали розвиток захворювання, тому етіологічні чинники пов'язують з особливостями навчання і професії пацієнта, з сімейними і перенесеними захворюваннями.

Описують механізм розвитку захворювання – запалення, дистрофія, травма, пухлинне зростання, порушення ембріогенезу. Указують можливі результати і ускладнення захворювання.

10. Основні принципи лікування

Після постановки діагнозу необхідно викласти основні принципи лікування захворювання пацієнта, розробити план лікування даного пацієнта (хірургічну тактику зокрема), план комплексного лікування і реабілітації пацієнта. Комплекс лікувальних заходів проводять в такій послідовності:

- режим пацієнта (суворий постільний, постільний, палатний, вільний);
- дієта (загальний стіл, щелепна дієта № 1 і №2, при супутніх захворюваннях відповідна дієта);
- підготовка до проведення оперативного втручання;
- передопераційний епікриз;
- протокол операції;
- післяопераційне ведення хворого;
- медикаментозна терапія;
- фізіотерапевтичне лікування;
- лікувальна фізкультура.

При оформленні протоколу операції слід відобразити такі етапи:

1. Обробка операційного поля.
2. Вид знеболення з указанням використаних лікарських препаратів і їх доз.
3. Оперативний доступ.
4. Розріз шкіри або слизової оболонки (локалізація, форма, довжина, глибина).
5. Дані огляду і ревізії операційного поля, органів і патологічних змін в них.
6. Послідовність етапів операції і особливості їх проведення.
7. Ускладнення під час проведення оперативного втручання.
8. Закінчення оперативного втручання, загальний стан пацієнта на момент закінчення операції.
9. Опис макропрепарату.

Обов'язковим елементом історії хвороби є температурний лист і лист лікарських призначень з відміткою про їх виконання.

11. Щоденник з відображенням динаміки захворювання і корекції лікарських призначень.

У щоденнику обов'язково відзначають скарги пацієнта, загальний об'єктивний стан, сон, апетит, фізіологічні відправлення, артеріальний тиск, пульс, частоту дихальних рухів, а також детально описується місце захворювання, оцінюється ефективність лікування.

12. Епікриз

Короткий виклад історії захворювання пацієнта. Історія хвороби може містити передопераційний, етапний, перевідний, виписний та посмертний епікриз.

Передопераційний епікриз оформляють при плануванні оперативного втручання. У нім указують скарги, дані анамнезу захворювання і життя, дані об'єктивного і додаткових методів обстеження, остаточний діагноз, свідчення до оперативного втручання, обґрунтування вибору методу знеболення, оперативного доступу і об'єму втручання, оперуюча бригада.

Перевідний епікриз оформляють при переводі пацієнта в інше відділення або лікувальну установу, де проводитиметься подальше лікування або реабілітація пацієнта.

Обов'язково слід вказати причину переводу хворого, дають рекомендації по подальшому лікуванню і реабілітації хворого.

Етапний епікриз оформляють кожні 10-12 днів перебування пацієнта в стаціонарі, в якому указують основну інформацію про перебіг захворювання, обґрунтовують необхідність подальшого обстеження і лікування.

Виписний епікриз - це завершальний розділ історії хвороби де коротко і логічно узагальнюються всі дані спостереження за хворим, наведені основні дані анамнезу, об'єктивного обстеження, додаткових методів дослідження, остаточний діагноз, проведене лікування і його ефективність, проведене оперативне лікування, ускладнення і результат захворювання. Закінчується рекомендаціями для амбулаторного лікування.

Посмертний епікриз оформляється у разі смерті пацієнта. Обґрунтовують основний діагноз і його ускладнення, указують безпосередню причину смерті пацієнта, патологоанатомічний діагноз.

13. Прогноз захворювання. Реабілітація пацієнта. Рекомендації пацієнтові.

Прогноз захворювання визначають на підставі клінічного діагнозу основного захворювання, наявних ускладнень і супутніх захворювань. При цьому враховують дані щоденника спостереження за хворим і ефективність проведеного лікування.

Указують прогноз для:

- життя (чи загрожує захворювання життю пацієнта в даний момент та чому);
- одужання (можливість одужання пацієнта або поліпшення його стану при хронічному захворюванні);
- відновлення функцій і працездатності (вказати втрату працездатності – тимчасова, тривала або постійна).

Реабілітаційні заходи (якщо необхідно) проводяться в поліклініці за місцем проживання і можуть полягати в консультаціях психотерапевта, проведенні ФТЛ і ЛФК тощо.

14. Результат захворювання

Указується в епікризі і на титульному листі історії хвороби:

- одужання;
- поліпшення стану;
- без змін;
- погіршення стану;
- смерть.

15. Список використаної літератури.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Завдання для самоконтролю:

1. Заповнити графи:

Ознака	Набряк	Інфільтрат
Колір шкірних покривів	Не змінений	
Щільність тканин	М'які	
Температура	Не змінена	
Пальпація	Безболісна	
Порушення функції	Немає	

2. Заповните графи:

Ознака	Гострий одонтогенний остеомієліт	Хронічний одонтогенний остеомієліт
Муфтоподібний інфільтрат		
Наявність секвестрів		
Множинний періодонтит		
Наявність свищів		
Симптом Венсана		

3. Заповніть графи:

Шини Тігерштедта	Лабораторні шини
Гладка шина-скоба	
Гладка шина-скоба з розпірковим вигином	

Б. Задачі для самоконтролю:

1. У приймальне відділення обласної лікарні поступив пацієнт після ДТП. Попередній діагноз: двосторонній ангулярний перелом нижньої щелепи, закрита черепно-мозкова травма. Стан хворого середньої тяжкості. Була короткочасна втрата свідомості. Яких фахівців необхідно запросити на консультацію?

(Відповідь: щелепно-лицевого хірурга, нейрохірурга)

2. У щелепно-лицеве відділення госпіталізована пацієнтка 45 років з попереднім діагнозом «Хвороба Шегрена». Які додаткові методи обстеження слід провести для уточнення діагнозу?

(Відповідь: сіалографія, гістологічний)

3. У приймальне відділення доставлено двоє постраждалих з ДТП. У одного – різано-рвані рани на обличчі, шиї, кінцівках, у іншого – підозра на клапанну асфіксію. Якому з пацієнтів допомога буде надана в першу чергу?

(Відповідь: пацієнтові з підозрою на клапанну асфіксію).

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з однією правильною відповіддю (α=II):

1. Чим виявляється місцева реакція організму на запалення:

- A. формуванням в навколишніх тканинах вогнища запалення.
- B. набряком тканин ;
- C. формуванням зони некрозу;
- D. спазмом і тромбозом судин;
- E. зміною рН тканин.

(Правильна відповідь: B).

2. Принципи лікування пацієнтів з переломами щелеп:

- A. своєчасне надання медичної допомоги;
- B. репозиція відламків;
- C. репозиція і фіксація відламків;
- D. репозиція, фіксація і імобілізація відламків;
- E. репозиція, фіксація, імобілізація відламків і ЛФК.

(Правильна відповідь: D).

3. Який епікриз відображає динаміку лікування пацієнта в стаціонарі:

- A. передопераційний ;
- B. посмертний ;
- C. виписний;
- D. перевідний;
- E. етапний.

(Правильна відповідь: E).

Г. Навчальні завдання 3-го рівня (нетипові завдання):

1. Пацієнтка, 27 років, звернулася в клініку зі скаргами на біль, що посилюється при накушуванні і рухливість зуба 21. З анамнезу з'ясовано, що близько 3 днів тому удома, спіткнувшись, вдарилася верхніми зубами об твердий предмет. У зв'язку з рухливістю зуба 21, робила теплі содові ванночки. З перенесених захворювань указує на хворобу Боткіна, оперована по приводу радикалярної кістки верхньої щелепи в області зубів 22, 23 близько восьми місяців тому. Місцево визначається незначна припухлість верхньої губи зліва; рухливість зуба 21 I- II ступеня; зуб в кольорі не змінений, перкусія безболісна, слизова оболонка ясенного краю дещо гиперемірована, набрякла, синюшна в області зубів 21, 22. Слизова оболонка в області зубів 21, 22, 23 рубцово змінена, блідо-рожевого кольору, безболісна при пальпації; зуби 22, 23 нерухомі. При рентгенологічному дослідженні даних за перелом зуба 21 немає, періодонтальна щілина зуба 21 розширена, а в області верхівок коренів зубів 22, 23 спостерігається процес регенерації кісткової тканини.

1. Проведіть обґрунтування діагнозу.

2. Поставте діагноз.

3. Складіть план лікування.

4. Чи має значення для складання плану лікування попередня операція по приводу радикальної кисти верхньої щелепи в області зубів 22, 23.

(Відповідь: 1. Біль в зубі 21, що посилюється при накушуванні й перкусії, рухливість, розширення періодонтальної щілини, що виникло після травми.

2. Неповний вивих зуба 21.

3. Якщо лунка зуба не пошкоджена, необхідно прагнути до його збереження. Після ручного вправлення, проведеного під місцевим знеболенням, слід забезпечити іммобілізацію зуба за допомогою лігатурного скріплення або назубної шини.

4. Для складання плану лікування операція, яка проведена на верхній щелепі з приводу радикальної кисти значення не має).

2. Хворий, 38 років, звернувся з приводу червоної плями в ділянці носа, яка з'явилася три дні тому і почала розповсюджуватися на праву щічну ділянку. Одночасно пацієнтка відзначає загальну слабкість, нежить, озноб, втрату працездатності. Температура тіла 38,5°C. По загальному статусу патології не виявлено. На межі хрящового і кісткового відділів носа, його бічних поверхнях і правому крилі, а також правій щічній ділянці шкіра різко гіперемована, набрякла, виблискує, напружена, потовщена і піднята над навколишніми ділянками здорової шкіри. Краї гіперемованої ділянки шкіри мають фестончасті контури. Пальпація осередку злегка болісна. Порожнина рота санована. У лівій піднижньощелепній ділянці виявлена фіброма 0,8x0,8см.

1. Проведіть обґрунтування діагнозу.

2. Поставте діагноз.

3. Складіть план лікування.

4. Визначте ознаки, нехарактерні для даного захворювання.

5. У якій лікувальній установі необхідно лікувати пацієнтку?

(Відповідь: 1. Характерна клінічна картина бешихового запалення: гіперемія і потовщення шкіри з нерівними контурами.

2. Бешихове запалення шкіри носа і правої щічної ділянки.

3. Лікування: загальне – антибіотикотерапії, при непереносимості антибіотиків – сульфаниламідні препарати нітрофуранового ряду. Дезінтоксикаційна терапія. Гіпосенсибілізуючі засоби, біогенні стимулятори. Місцево: пов'язки з розчинами антисептиків, УФ-опромінення.

4. Фіброма лівої піднижньощелепної ділянки.

5. У інфекційному відділенні).

3. Хворий, 44 років, звернувся зі скаргами на наявність новоутворення в правій привушно-жувальній області. Вперше виявив його близько 3 років тому. Утвір поволі збільшувався в розмірі, безболісний. У правій привушно-жувальній області визначається утвір діаметром близько 2,0 см, безболісний. Шкіра над ним в кольорі не змінена. Регіонарні лімфатичні вузли не збільшені в розмірі, безболісні, рухомі.

1. Яких даних не дістає для постановки попереднього діагнозу?

2. Складіть план обстеження.

3. Які захворювання Ви можете припустити для проведення диференціальної діагностики?

(Відповідь: 1. У анамнезі не вистачає даних про появу в процесі зростання новоутворення ознак запалення (біль, гіперемія шкірних покривів, збільшення розмірів), спостереженні виділення прозорій рідини з правого вуха; не вистачає клінічних даних про характер поверхні новоутворення (гладка, горбиста), консистенції, рухливості. Немає даних про характер слиновидільної функції і додаткові методи обстеження.

2. Необхідно провести цитологічне дослідження пунктата новоутворення.

3. Епітеліальні доброякісні пухлини слинних залоз, природжена правостороння передвушна кіста, ліпома, епідермальна кіста, хронічний гіперпластичний лімфаденіт.)

7. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2т. – Т.2/ В.О.Маланчук, І.П.Логвіненко, Т.О.Маланчук, О.Л. Ціленко – К.: ЛОГОС, 2011. – 606с.

2.Щелепно-лицева хірургія: підручник /О.О.Тимофеев. – К.: ВСВ «Медицина», 2011. –

Додаткова література:

1. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство / под ред. А.А.Кулакова, Т.Г.Робустовой, А.И.Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. –

2. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области. – Киев: Вища школа, 1999. – 389с.
3. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. – М., 2003. – 504 с.

При підготовці академічної історії хвороби по окремим нозологічним групам захворювань щелепно-лицевої ділянки слід використовувати літературні покажчики, наведені у методичних рекомендаціях для 3, 4 та 5 модулів.

№ 2. Анатомія скронево-нижньощелепного суглобу (СНЩС). Сучасні методи діагностики захворювань СНЩС. Артроскопія, її можливості в діагностиці та лікуванні захворювань СНЩС.

1.АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Скронево-нижньощелепний суглоб є одним з найбільш активно працюючих суглобів людини. Рухи нижньої щелепи відбуваються майже постійно – під час функції жування, мови і т.д. Тому знання функціональної анатомії скронево-нижньощелепного суглоба необхідне для розуміння взаємовідносин між різними структурними елементами жувального апарату та дозволяє діагностувати патологічні зміни зубощелепної системи.

2.КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1.Аналізувати знати статистику, захворювань С.Н.Щ.С.;
- 2.2. Пояснювати методи діагностики захворювань С.Н.Щ.С.;
- 2.3.Запропонувати обстежити хворих з захворюваннями С.Н.Щ.С.;
- 2.4. Класифікувати захворювання С.Н.Щ.С.;
- 2.5.Трактувати теоретичні та клінічні дослідження захворювань С.Н.Щ.С.;
- 2.6. Малювати схеми, графіки
- 2.7. Проаналізувати план лікування хворих з захворюваннями С.Н.Щ.С.;
- 2.8. Скласти план лікування хворих з захворюваннями С.Н.Щ.С.;

3.БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Анатомія	Вивчити анатомо-топографічну будову скронево-нижньощелепного суглоба.
2. Фізіологія	Знати просторове співвідношення складових скронево-нижньощелепного суглоба.
3.Біофізика	Визначати функціональну навантаженість на суглоб .
4. Хірургічна стоматологія	Скласти методи лікування хворих з С.Н.Щ.С.

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. СНЩС	Це скронево – нижньощелепний суглоб
2. Конгруентність	Відповідність суглобової поверхні один одному
3. Інконгруентність	Не відповідність суглобової поверхні один одному

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Класифікація скронево-нижньощелепного суглоба за типами будови.
2. Класифікація скронево-нижньощелепного суглоба за періодами постнатального розвитку СНЩС.
3. Особливості будови СНЩС у віковому аспекті.
4. Вплив скорочень жувальних м'язів на рухи в суглобі.
5. Іннервація та кровопостачання СНЩС.
6. Біомеханіка СНЩС в залежності від виду прикусу.

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

1. За допомогою демонстрування стендів з різновидами суглобів у тварин: хижаків, гризунів, приматів з поясненням превальювання тих чи інших рухів нижньої щелепи у студентів формується уявлення про будову та рухи в СНЩС.
- 2.Студенти на черепі людини вказують співвідношення суглобової голівки до суглобової ямки, розташування суглобового горбика та інших кісткових утворень, які входять до складу СНЩС.

5. ЗМІСТ ТЕМИ:

Скронево-нижньощелепний суглоб є одним з найбільш активно працюючих суглобів людини. Рухи нижньої щелепи відбуваються майже постійно – під час функції жування, мови і т.д. Формування СНЩС в філогенезі невідривно пов'язане з видами діяльності людини, характером харчування, тобто залежить від особливостей рухів нижньої щелепи. У хижаків в СНЩС відбуваються лише вертикальні рухи, які дозволяють відривати їжу, тому він має шарнірну будову. Головки нижньої щелепи розташовані глибоко в ямках та повністю заповнюють їх. Суглоб приматів має внутрішньосуглобовий диск, головка нижньої щелепи не займає повністю ямку, за рахунок чого рухи в з'єднанні ускладнюються та виконують комбіновану дію. СНЩС людини більш досконалий, відрізняється різноманітністю рухів, але він менш тривкий. За будовою його відносять до діартрозних або сінювільних суглобів, він складається з цілого комплексу утворень, які забезпечують рухи нижньої щелепи. До цього комплексу входять кісткові та хрящові структури суглобових поверхонь, зв'язки та м'язи. До кісткових структур відносяться: головка нижньої щелепи, суглобова ямка та суглобовий горбик скроневої кістки. Суглобова ямка скроневої кістки має форму еліпса та є опуклою в передній частині (суглобовий горбик) та увігнуту – в дистальному відділі. Суглобовий горбик – щільне кісткове утворення, яке забезпечує сприймання жувального навантаження. В задній (увігнутій) частині знаходиться головка суглобового паростку в спокої. Це ж місце займає вона при положенні зубів в центральній оклюзії. Суглобовий відросток нижньої щелепи закінчується головкою еліпсоподібної форми. За будовою вона має в основному губчасту тканину, облямовану тонким шаром компактної речовини. На передній її поверхні є крилоподібна ямка – місце прикріплення нижнього пучка латерального крилоподібного м'яза. Розміри суглобової ямки та головки суглобового відростка відрізняються один від одного, відмічається їх інконгруентність та можливість різноманітного положення головки в ямці – в залежності від стану інших складових комплексу тканин, які забезпечують рухи в суглобі. Суглобові поверхні суглобової голівки та суглобової впадини мають фіброзно-хрящеве покриття, яке представлене загалом колагеновими волокнами. При ембріональному розвитку з мезенхіми формується сполучнотканинні структури, які утворюють диск, капсулу та клиноподібно-нижньощелепну зв'язку. В цьому ж періоді формується 2 поверхи порожнини суглоба. Між голівкою суглобового відростка та суглобовою ямкою розташований суглобовий диск двояко увігнутої овальної форми. Нижня його частина повторює форму голівки, верхня – суглобової ямки. Наявність диска дозволяє уникнути інконгруентності кісткових утворень суглобу, а також нижня його поверхня утворює ямку для обертання суглобової голівки. Диск складається з щільної фіброзної сполучної тканини з включеннями хрящових клітин. Його задній відділ продовжується в сполучнотканинну біламінарну зону, яка пов'язує задній відділ ямки та задню частину суглобової площини голівки. Суглоб ділиться диском на два поверхи. Об'єм верхнього поверху – 1,2 мл, нижнього – 0,9 мл. Всі згадані структури оточені суглобовою капсулою, яка являє собою сполучнотканинну оболонку. Зверху капсула кріпиться до скроневої кістки, знизу – до шийки суглобового відростка. З'єднання капсули з диском зміцнюється внутрішньосуглобовими зв'язками, які кріпляться до диску та кістковим структурам суглобової ямки та голівки суглобового відростка. Капсула та задні дискові відділи утворюють паралельні вісі, які макроскопічно зливаються з диском. Це так звані придискові виступи, які складаються з двох частин: задньої – між диском та капсулою та передньою, яка виходить назовні від капсули та вплітається в зв'язки і м'язи. Волокна цих виступів утворюють складки, а їх кісткові прикріплення дозволяють контролювати рухи диску. Передньодисковий край переддискового шару – це місце прикріплення капсулодискальної голівки до жувального м'яза. Шар цього м'яза (довжиною 20-30 мм та товщиною 10 мм) іде доверху та назад і прикріплюється до цього виступу. Зв'язочна частина вказаного пучка прикріплюється в центрі мандибулярної ямки на зовнішній стороні. До середньої та передньої частинам виступу прикріплюється капсула суглоба, яка сходить з задньої третини скроневого м'яза. Волокна скроневого м'яза ідуть вниз, назад та косо від луски скроневої кістки, а капсулодискальна частина латерального крилоподібного м'яза переходить в сухожильну частину передньої головки цього м'яза. Таким чином, не тільки латеральний крилоподібний м'яз, але й власне жувальний та скроневий мають відношення до рухів диску. Від верхньої поверхні диска до суглобової ямки йдуть еластичні пучки зв'язок, а від нижньої – товста фіброзна сполучна тканина. Верхні еластичні зв'язки обертають диск назад при передньому його переміщенні, а нижні, грубі, допомагають утримувати його від переднього зміщення. З боків диск підвішений до полюсів голівки та відділений від капсули. Будова суглобової капсули подана двома шарами: зовнішнім (фіброзним) та внутрішнім (епітеліальним). В задньому відділі суглоба між капсулою та заднім

полюсом диска є рихла сполучна тканина, яка має назву “задискова подушка”, або біламінарна зона. Внутрішній шар капсули та біламінарна зона є місцем вироблення синовіальної рідини, яка зменшує тертя поверхонь при рухах та є імунобіологічною середою, яка захищає суглоб від інфекції. Суглобова капсула укріплюється позасуглобовими зв'язками, які протидіють її розтягуванню. До цих зв'язок відносяться: скронево-щелепна, шилощелепна та клиноподібно-щелепна. Зв'язки утворені нееластичною сполучною тканиною, тому в разі перерозтягування вони не відновлюють первісний розмір.

Кровопостачання СНЩС відбувається з басейну зовнішньої сонної артерії за допомогою поверхневої скроневої, глибокої вушної, передньої барабанної, середньої артерії, твердої мозкової оболонки та крилоподібної артерії. Анастомози між артеріями виражені слабо. Найбільш виражена судинна сітка по периферії диска, в біламінарній зоні та капсулі суглобу, звідки судини проникають до періосту голівки. Венозна сітка добре виражена, широко анастомозує з венами середнього вуха, зовнішнього слухового проходу, слухової труб та венами крилоподібного венозного сплетіння. Венозна сітка утворює широкі сплетіння навколо капсули та в ній. Відтікання венотної крові здійснюється в басейн лицевої вени. Крім хрящових та м'якотканинних компонентів СНЩС в ділянці нижньої щелепи прикріплюється велика кількість м'язів, які приймають безпосередню участь в здійсненні її функцій. Латеральний крилоподібний м'яз умовно складається з двох м'язів. Верхня його частина починається від підскроневої поверхні великого крила основної кістки та підскроневого гребеня та, йдучи горизонтально та назовні, прикріплюється до капсули та переднього краю суглобового диска. Нижня голівка починається від зовнішньої пластинки крилоподібного відростка клиноподібної кістки та частково – горба верхньої щелепи та прикріплюється до нижньої щелепи у крилоподібній ямці. Функція цього м'яза в притісненні нижньої щелепи до верхньої. Скорочення м'язів відбувається строго під контролем центральної нервової системи. СНЩС іннервують самостійні нервові гілки, основним джерелом яких є вушно-скроневиий нерв, але також в іннервації приймають участь гілки лицевого, заднього глибокого скроневого, а також третя гілка трійчастого нерва. Останні здійснюють іннервацію внутрішньої, зовнішньої та задньої поверхні капсули суглоба. Рухи у СНЩС виконуються за рахунок скорочення м'язів, які прикріплюються до нижньої щелепи, їх іннервація відбувається руховою порцією третьої гілки трійчастого нерва. Рухові нерви, іннервуючи ті чи інші м'язи носять відповідні назви. За даними різних авторів, інформація від суглоба, пародонта, зв'язок, м'язів через сенсорні закінчення надходять у коркові центри ЦНС, а також через чутливе ядро трійчастого нерва в моторне ядро. За рахунок отриманої інформації відбувається регуляція тону, напруги та активності того чи іншого м'яза. Локалізація моторного та чутливого ядер в гассеровому вузлі та вихід через овальний отвір чутливої та рухової гілок трійчастого нерва підкреслюють їх тісний взаємозв'язок. Звідси зрозумілим стає роль інформації від тканин пародонту для нормального функціонування нижньої щелепи та СНЩС.

За даними Н.А. Рабухіної (1966) виділяють три типи СНЩС:

1. Помірно-увігнутий суглоб, який характеризується середньою опуклістю суглобової поверхні голівки та суглобового горбика; середньою шириною та глибиною суглобової впадини та невеликим нахилом шийки суглобового відростка вперед по відношенню до горизонтальної площини.
2. Поверхневий, площинний суглоб, який характеризується сплющеною голівкою, невисоким плоским суглобовим горбиком, неглибокою суглобовою ямкою та майже вертикальною будовою шийки суглобового відростка.
3. Підкреслено опукло-увігнутий суглоб, який характеризується глибокою та вузькою суглобовою впадиною, високим та опуклим суглобовим горбиком, великим кутом нахилу голівки суглобового відростка до шийки з опуклою суглобовою поверхнею голівки.

Перший тип зчленування, який відповідає ортогнатичному прикусу, є прикладом найбільш гармонійного співвідношення елементів СНЩС та забезпечує сполучення шарнірних та ковзаючих рухів.

При другому типі зчленування переважають ковзаючі рухи, а шарнірні зведені до мінімуму. В той же час при такій будові хрящ, який зазвичай вкриває тільки задній скат горбика, вкриває увесь горбик з виходом на передній його край.

Третій тип зчленування характеризується переважанням шарнірних рухів.

СНЩС в процесі життя та розвитку людини зазнає вікові та інволютивні зміни.

Ю.А. Петросов (1982, 1985) провів динамічне спостереження гістоструктури СНЩС у віковому аспекті та виділив 4 періоди постнатального розвитку:

1. від народження до 2-3 років – період анатомічного становлення суглобу як органа;
2. підлітковий (до 12-14 років) – період, коли закінчується анатомічне формування суглоба відносно його функції;
3. період активної діяльності – з 14 до 50 років;
4. похилий та старечій – від 50 років до глибокої старості.

Звісно, СНЩС - це орган цілісного організму, як й всі його складові, перетерплює періоди формування, становлення й інволюційних змін, виконуючі одну з важливіших функцій рухів нижньої щелепи. Вже після народження дитини виникають погоджені рухи скронево-нижньощелепного комплексу під час смоктання, ковтання, крику. При прорізуванні зубів, коли дитина здобуває можливість пережовувати їжу, розвитку мови характер рухів нижньої щелепи ускладнюється. За механікою СНЩС – складний суглоб. Під час відкривання рота всі системи суглоба функціонують послідовно. Спочатку – верхньопередня частина: голівка і зв'язки з диском. Відбувається ротація голівки навколо поперечної вісі, яка закінчується в нижньому поверсі суглоба. Потім комплекс диск-голівка рухається донизу до верхівки суглобового горбика, тобто рух здійснюється та закінчується у верхньому поверсі суглоба. Ротаційні рухи відбуваються в нижньому поверсі, впадиною є нижня поверхня диска, а вісь обертання йде поперек через центр суглобової головки. Верхній полюс головки при ротації переміщується вентрально; під час ротації змінює своє положення та диск – починає рухатись по задньонижній поверхні суглобового горбика. Це не прямий шлях, а вигнутий, і його вісь лежить в центрі суглобового горбика при закінченні відкривання рота. При вказаному зміщенні спочатку подразнюються та натягуються нижні фіброзні пучки зв'язки, потім – еластичні верхні, викликаючи сенсорну активність рецепторів, розташованих між ними. Рефлекс по ЦНС передається м'язовим волокнам, які стабілізують положення голівки. Цей механізм захищає та стабілізує суглоб. При переході із фізіологічного спокою в оклюзію відмічається лише невелика ротація суглобової головки. Під час жування рухи в суглобах набагато складніші, тому що з'являються робоча та балансуєча сторони нижньої щелепи. При бічних рухах на робочій стороні ротації не має, а на балансуєчій відбувається туберкулярная ротація, але не навколо поперечної, а навколо прямої вертикальної вісі, яка йде від центра горбика з балансуєчої сорони до центра голівки робочої сторони. При цьому перед першим зубним контактом реєструється максимальний розвиток сили м'язів. При появі зубного контакту відбувається збудження м'язів, і суглоб розвантажується. У 60% людей в нормі під час жування перший зубний контакт настає на боці, протилежному жуванню. Тому фізіологічне навантаження суглобів ніколи не перевищує можливих меж. Таким чином, СНЩС – дуже складне анатомічне утворення, у формуванні якого беруть участь кісткові ті м'якотканинні структури. Рухи нижньої щелепи здійснюються за допомогою м'язів при переміщенні складових суглоба, які координуються ЦНС, яка отримує інформацію від рецепторного апарата капсули, зв'язок та пародонта.

Артроскопія насамперед використовується, щоб точно діагностувати проблеми суглобів. Ця процедура, зазвичай пов'язана з ушкодженнями коліна і плеча, вона дозволяє дати точну експертизу і діагноз пошкоджених зв'язок і суглобів, поверхонь, та інших з'єднують структур. Визначення артроскопія - детальне обстеження зв'язок з внутрішньої сторони. Процедура здійснюється за допомогою вставляння спеціально розробленого пристрій з джерелом світла в суглоб через маленький розріз. Цей інструмент називають артроскоп. Процедура артроскопії, перш за все, пов'язана з процесом діагностування. Однак коли за допомогою неї проводять операцію, вона вже називається артроскопічна хірургія. Мета: артроскопія використовується, насамперед, докторами, які спеціалізуються в лікуванні хвороб кісток і сполучних тканин (ортопедія). Раніше артроскопію застосовували тільки для спортсменів при їх численних травмах і пошкодженнях, але тепер артроскопія - звичайна процедура, проведена ортопедами для лікування пацієнтів різного віку. Ця процедура зазвичай використовується, щоб діагностувати хвороби коліна і плеча, проте лікті, стегна, зап'ястя, і щиколотки можуть також бути досліджені за допомогою артроскопа. Більшість артроскопічних процедур робляться в звичайних центрах хірургії, куди пацієнт приходить безпосередньо перед хірургією. Через кілька годин після процедури пацієнту дозволяють повернутися додому, хоча зазвичай тільки при супроводі родичів. Залежно від типу використовуваної анестезії, пацієнту потрібно не їсти протягом декількох годин перед процедурою. Перед процедурою анестезіолог зазвичай запитує, чи є у пацієнта алергія на місцеві або загальні анестезуючі засоби. Повітряна обструкція завжди можлива у будь-якого пацієнта, якому роблять загальну анестезію. Через це, повинні бути доступні: киснева маска і апарат всмоктування. Серцеві показники пацієнта повинні завжди перевірятися, якщо виникають

будь-які серцеві відхилення під час артроскопії. Артроскоп - інструмент, який використовується, щоб безпосередньо вивчити суглоб. Він містить збільшувальні лінзи, вкриті волокном, які посилають концентрований світло в суглоб. Камера, приєднана до артроскопії, дозволяє хірургові чітко бачити сам суглоб зсередини. Це зображення передається на монітор комп'ютера в режимі реального часу. Ця відео технологія дуже важлива для документації артроскопічної процедури. Наприклад, якщо хірург вирішить після експертизи, що повинен використовуватися звичайний підхід хірургічним шляхом, такий як - відкриття суглоба (артротомія), то хороший фото-звіт сприятиме хірургу при роботі. Процедура вимагає, щоб хірург зробив кілька маленьких розрізів на поверхні шкіри до суглоба. Через одне або два отвори вставляють 2 порожнистих голки, приєднаних до трубки. Суглоб роздувається нешкідливим сольовим розчином, щоб розширити його і гарантувати виразне зображення. Часто, після недавньої травми суглоба, природна рідина зв'язок і суглобів може сама огортати суглоб, роблячи внутрішнє розгляд суглоба важко досяжним. За такої умови, необхідний постійний потік сольового розчину. Цей потік сольового розчину може протікати через одну трубку артроскопа, а висмоктувати через іншу трубку. Перш, ніж буде зроблена артроскопія, хірург повинен провести повну медичну оцінку. Важливо, що для точності цієї діагностичної процедури, медична оцінка може виявити інші проблеми з суглобами і зв'язками, доводячи непотрібність самої процедури. Це завжди важливий попередній крок, тому що біль може часто виходити з суглоба, а джерелом її приходиться зовсім інший орган. Лікар і його асистенти повинні зробити все, щоб запобігти забрудненню від інструментів, що використовуються при артроскопії: камери, тонких шнурів і трубок. Загальна або місцева анестезія може використовуватися під час артроскопії. Місцева анестезія зазвичай використовується, тому що вона зменшує ризик легеневого і серцевого ускладнень і дозволяє пацієнтові швидше відновитися. Місцевий анестезуючий засіб може бути введено в маленьких кількостях в різні місця та об'єднані тканини шкіри. В інших випадках, анестезуючий засіб вводиться в спинний мозок або головний нерв пошкодженої порожнини. Цей процес називають "блокуванням", так як він блокує всі відчуття нижче головного стовбура нерва. Наприклад, стегнове блокування знеболює ногу від стегна до стопи. Багатьом пацієнтам зручно, коли шкіра, м'язи та інші тканини навколо суглоба онемевають через анестезуючого засобу, а проте, деяким пацієнтам також дають заспокійливий засіб, якщо вони висловлюють занепокоєння про процедуру. Для пацієнта важливо залишатися у свідомості протягом артроскопічної експертизи. Загальна анестезія, при якій пацієнт знаходиться без свідомості, може використовуватися, якщо процедура дуже ускладнена або болюча. Наприклад, людям, у яких "щодо напружені" суглоби і зв'язки, необхідно робити загальну анестезію, хоча після операції можуть виникнути інші проблеми, але вже менш небезпечні. Догляд після операції. Пацієнт недовго перебуває в палаті відновлення після артроскопії. Більшість пацієнтів може піти додому приблизно через годину після процедури. Болезаспокійливі можна приймати протягом декількох днів після процедури, а проте, багато пацієнтів рідко вдаються до сильнодіючих препаратів і обходяться звичайними знеболюючими. Після хірургічної процедури, пацієнт повинен знати про ознаки інфекції, які включають червоність, теплоту, надмірну біль, і пухлина. Ризик інфекції збільшується, якщо розрізи почати мочити занадто рано після процедури. Тому слід покривати хворе місце плівкою або поліетиленовим пакетом, при водних процедурах після артроскопії. Використання милиць є звичайною практикою після артроскопії, потім пацієнт поступово переходить на звичайну ходу. Взагалі, програма відновлення, контрольована фізіотерапевтом, слід незабаром після артроскопії, щоб допомогти пацієнтові відновити рухливість і силу порушеного суглоба. Сфера дії ускладнень низька в порівнянні з високим числом артроскопічних процедур, що виконуються щороку. Можливі ускладнення включають інфекцію, пухлина, пошкодження тканин в суглобі, кров'яні згустки у венах ніг (тромбофлебіт), гематоми, кров'яні згустки, які переміщуються в легені і легке ушкодження нервових тканин навколо суглоба. Мета артроскопії полягає в тому, щоб діагностувати причину болю в суглобах і зв'язках, а так само проблеми нефункціонування цих частин організму. Наприклад, артроскопія може бути корисним інструментом у знаходженні дірки в сполучному суставе коліна або знаходженні порваній зв'язки плеча. Артроскопічна експертиза часто супроводжується артроскопічної хірургією, яка виконується, щоб позбутися від проблеми в суглобі або зв'язці. Остаточний результат полягає в тому, щоб зменшити біль, поліпшити рухливість суглоба, і таким чином поліпшити якість щоденних дій пацієнта.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Завдання для самоконтролю:

1. Знати анатомо-топографічні особливості будови СНЩС;

2. Пояснювати зв'язок функцій СНЩС при артикуляційних рухах нижньої щелепи;

3. Аналізувати зміни в суглобі під час функції жування.

Б. Задачі для самоконтролю:

1. Пацієнт, 26 років, звернувся в клініку зі скаргами на біль в правому СНЩС, що посилюється при відкриванні рота. Об'єктивно: асиметрія за рахунок набряку на ділянці правого СНЩС, почервоніння шкіри над даною ділянкою, температура тіла до 38,2⁰ С. Поставте попередній діагноз.

(Відповідь: Гострий артрит СНЩС)

2. Пацієнтка, 78 років. Скарги на хрускіт та періодичний біль в лівому СНЩС. Вторинна адентія, протезування зубів не проводилося. Відкривання рота до 2,5 см. Що можна запідозрити в цьому випадку?

(Відповідь: Артрозоартрит лівого СНЩС.)

3. У хворого, 39 років, після перенесеного не лікованого гострого артрити правого СНЩС, встановлено діагноз: кістковий анкілоз правого СНЩС. Який метод лікування необхідно вибрати?

(Відповідь: Хірургічний.)

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (α=II):

1. Глибока та вузька форма суглобової ямки розвивається при:

А. Ортогнатичному прикусі.

В. Прямому прикусі.

С. Глибокому прикусі.

Д. Перехресному прикусі.

Е. Відкритому прикусі.

(Правильна відповідь: Е)

2. Глибока та вузька форма суглобової ямки розвивається при:

А. Ортогнатичному прикусі.

В. Прямому прикусі.

С. Глибокому прикусі.

Д. Перехресному прикусі.

Е. Відкритому прикусі.

(Правильна відповідь: Е)

3. Суглобова сумка становить собою:

А. Активно-рухому слизову оболонку.

В. Рихлу сполучну тканину з підлеглими м'язами.

С. Пасивно-рухому слизову оболонку.

Д. Фіброзну нееластичну сполучну тканину.

Е. Піддатливу сполучнотканинну оболонку.

(Правильна відповідь: Е)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. Хворий 25 років звернувся до хірурга стоматолога зі скаргами на біль в вухові яка посилюється при відкриванні рота. При огляді хірургом стоматологом було відмічено що з вуха виділяються незнані гнійні виділення, суглоби при пальпації безболісні. Відкривання рота в повному об'ємі. Тактика лікаря?

(Відповідь: направити на консультацію до ЛОР лікаря).

2. Хвора 35 років звернулася до хірурга стоматолога зі скаргами на біль в зубі на верхній щелепі справа яка віддає в скроню та правий суглоб. Біль посилюється від температурних подразників. При огляді зубів хірургом стоматологом було відмічено в 18 зубі глибоку каріозну порожнину яка сполучається з порожниною зуба. Ваш діагноз?

(Відповідь: Гострий пульпіт).

3. До хірурга стоматолога звернувся пацієнт з скаргами на норицю в привушній ділянці. При відкриванні рота з нориці виділяється гній. Ваша тактика?

(Відповідь: Направити хворого до ЛОР лікаря).

7. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области / Ю.И Бернадский– Киев: Вища школа, 1999. – 389 с.

2. Безруков В.М. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава. Учебное пособие / В.М. Безруков, В.А. Семкин, Л.А. Григорьянц, Н.А. Рабухина // М. "Гэотар-Мед" 2002г. – с. 4-15

- 3.Маланчук В.О. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія / В.О. Маланчук - Київ 2011. Т.2.- 478-482 с.
3. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология / Т.Г. Робустова– М.: Медицина, 1990. – 576 с.
4. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А. Тимофеев– Киев: 2002. – 1022 с.

Додаткова література:

- 1.Аболмасов Н.Г. Ортопедическая стоматология / Н.Г. Аболмасов, Н.Н. Аболмасов, В.А. Бычков, А. Аль-Хаким // М. “МЕДпресс-информ” 2002г. – с. 9-15
- 2.Муковозов И.Н. Дифференциальная диагностика заболеваний челюстно-лицевой области / И.Н. Муковозов– М.: Медицина, 1982.
- 3.Роев И.В. Большой атлас по анатомии / И.В. Роев, Ч. Йокочи, Э. Лютьен-Дрекол // пер. ТОО “Внешсигма”. – 1998 г. – с. 55-57
- 4.Рябухина Н.А., Удиришина Н.М. Рентгенодиагностика заболеваний челюстно-лицевой области./ Н.А. Рябухина., Н.М Удиришина. – М.: Медицина, 1991

№ 3. Вивихи нижньої щелепи: етіологія, клініка, діагностика, лікування.

1.АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Вивихи нижньої щелепи в практичній діяльності хірурга-стоматолога спостерігаються досить часто, особливо це відбувається у жінок. Диференційна діагностика цих станів між собою та іншими травматичними ушкодженнями іноді являє собою знання клінічної та рентгенологічної картини таких ушкоджень.

2.КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1.Аналізувати знати статистику, класифікації, особливості етіології та патогенезу, вивихів нижньої щелепи.
- 2.2. Пояснювати методи діагностики вивихів нижньої щелепи.
- 2.3. Запропонувати обстеження хворого з вивихами нижньої щелепи.
- 2.4. Класифікувати вивихи нижньої щелепи.
- 2.5. Трактувати теоретичні та клінічні дослідження проблеми вивихів нижньої щелепи.
- 2.6. Малювати схеми, графіки.
- 2.7. Проаналізувати проблеми вивихів нижньої щелепи.
- 2.8. Скласти план профілактики та лікування вивихів нижньої щелепи.

3.БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Етика та деонтологія.	Встановити психологічний контакт з хворим при вивихі нижньої щелепи.
2. Рентгенологія.	Описувати рентгенологічну картину вивихів.
3. Хірургічна стоматологія.	Визначати вид вивиху.

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
4. Передній вивих С.Н.Щ.С	Це вихід суглобових відростків з суглобової ямки.
2. Задній вивих	Западіння суглобових відростків назад
3.Боковий	Зміщення суглобу в одну із сторін

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Класифікація вивиху нижньої щелепи.
2. Анатомічна будова скронево-нижньощелепного суглобу.
3. Клініка переднього вивиху нижньої щелепи.
4. Клініка заднього вивиху нижньої щелепи.
5. Діагностика вивихів нижньої щелепи.
6. Консервативні методи лікування вивиху нижньої щелепи.
7. Хірургічні методи лікування вивиху нижньої щелепи

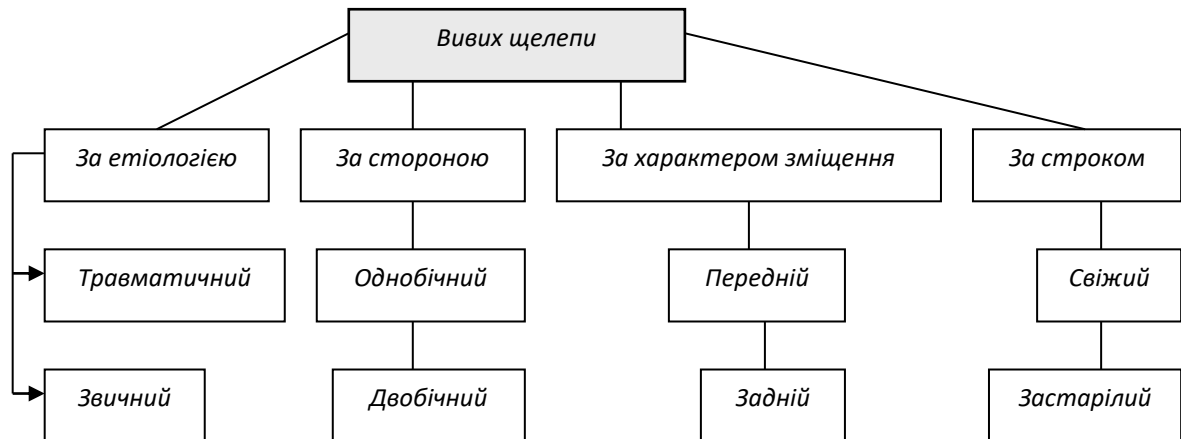
4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Вміти виготовити пращеподібну пов'язку.

2. Вміти провести поза ротову центральну анестезію.

3. Вміти вправити передній вивих.

6. ЗМІСТ ТЕМИ:



Передній вивих характеризується зсувом голівки нижньої щелепи вперед по відношенню до суглобового горбка скроневої кісті, внаслідок чого рот відкритий (особливо широко - при двосторонньому вивиху), підборіддя зміщене вниз і вперед (при двосторонньому вивиху), хворий відчуває більш менш виражений біль. Мова утруднена, жування неможливе, з рота тече слина, оскільки змикати губи важко, а деколи неможливо. При одnobічному вивиху підборіддя з центральними різцями і вуздечкою нижньої губи зміщується в здорову сторону; рот при цьому напіввідкритий, змикати губи вдається. Рухи нижньої щелепи можливі тільки вниз, при цьому рот ще більше відкривається. Попереду козелка юшка визначається западіння, а під скуластою дугою попереду суглобового горбка скроневої кісті - випинання за рахунок зсуву голівки нижньої щелепи в підскроневу ямку.

Задній краю гілки щелепи набуває косий напрям, кут щелепи зближує з сосковидним відростком скроневої кісті. На рентгенограмі скронево-нижньощелепного суглоба в бічній проекції видно, що вивихнута голівка нижньої щелепи знаходиться попереду суглобового горбка скроневої кісті.

Одnobічний передній вивих потрібно диференціювати з одnobічним переломом нижньої щелепи, при якому відсутній симптом висунення підборіддя вперед і в здорову сторону. Двосторонній передній вивих нижньої щелепи необхідно відрізнити від двостороннього перелому виросткових відростків або гілки щелепи із зсувом відламків. При цьому рекомендується враховувати наступні сім ознак.

1. У обох випадках прикус відкритий, але при вивиху підборіддя і вся фронтальна група зубів висунуті вперед, а при переломі вони зміщені назад. При вивиху зовнішній вигляд обличчя хворого - прогеничний, а при переломі - прогнатичний.

2. У хворого з переломом амплітуда рухів щелепи більша, а обмеження відкриття рота обумовлене больовими відчуттями. При вивиху можливо лише деяке додаткове відкриття рота, хоча при спробах рухати нижньою щелепою хворого не переживає значних больових відчуттів.

3. При переломі задні краї гілки нижньої щелепи розташовуються більш прямовисно і дистальніше, ніж при вивиху.

4. При пальпації верхнього відділу заднього краю гілки щелепи можна виявити деформацію його і локалізований біль (у місці перелому кісті), чого немає у хворих з вивихом.

5. При переломі і вивиху відсутнє відчуття рухливості голівок нижньої щелепи при пальпації їх через зовнішні слухові проходи; проте при переломі (без вивиху суглобової голівки) відсутній западение попереду козелка.

6. Рентгенографічно при переломі, що не супроводиться вивихом, голівка нижньої щелепи знаходиться на своєму звичайному місці, а при вивиху вона виходить з суглобової ямки і розташовується попереду суглобового горбка.

7. При переломі, на відміну від вивиху, на рентгенограмі видно тінь щілини перелому.

Прогноз гострого вивиху сприятливий, оскільки діагностувати і усунути його у більшості хворих легко. Ускладненнями гострого вивиху найчастіше є рецидиви і звичні вивихи. Вивихи нижньої щелепи назад відбуваються в результаті удару в підборіддя у момент невеликого відведення щелепи, при видаленні нижніх великих корінних зубів із застосуванням великої сили, при

судорожному позіханні. В результаті голівка нижньої щелепи встановлюється між нижньощелепною ямкою і сосковидним відростком скроневої кісті, під нижньою стінкою кісткової частки слухової труби. Інколи при цьому проламується передня (кісткова) стінка зовнішнього слухового проходу, що виявляється наступними ознаками: зведення щелеп; неможливість відкриття рота; зсув підборіддя назад; порушення контакту між молярами антагоністами унаслідок того, що нижні різці упираються в слизисту оболонку м'якого неба. При макрогლოსії задній вивих може привести до порушення мови і утрудненню дихання. Вправлення вивиха по різним методикам. Метод Гиппократ - хворого усаджують на низький стілець або табурет спиною до спинки стільця або до стіни (щоб потилична область голови мала міцну опору). При цьому нижня щелепа хворого повинна знаходитися декілька вище (до 10 см) за рівень опущених верхніх кінцівок лікаря-стоматолога, що стоїть перед хворим. Дотримання цієї умови дозволяє лікарці добитися повного розслаблення жувальних м'язів хворого при мінімальному зусиллі. Встав лицем до хворого, лікар обгортає великі пальці обох рук марлевими серветками або кінцями рушника і встановлює їх справа і зліва на жувальні поверхні корінних зубів (за відсутності їх - на альвеолярні відростки); рештою чотирьох пальців він захоплює вивихнуту щелепу знизу. Поступово і обережно натискуючи великими пальцями вниз, а останніми вгору (на підборіддя), добиваються стомлення і розслаблення жувальних м'язів і насильницький відтісняють голівку нижньої щелепи вниз - декілька нижче за рівень суглобових бугорків. Після цього плавно зміщують щелепу назад, щоб суглобові голівки занурилися в суглобові ямки. Повернення голівок в звичайне положення супроводиться характерним клацаючим звуком (за рахунок швидкого зісковзування їх горбків в суглобові ямки) і рефлекторним стискуванням щелеп. Тому, зміщуючи щелепу назад, лікарка повинна одночасно швидко перемістити великі пальці обох рук у напрямку до щік (у вестибулярний простір), щоб уникнути прикушення їх. При двосторонньому вивиху обидві голівки вправляють одномоментно або спочатку з однією, а потім з іншого боку. Інша методика запропонована Ходоровичем зважаючи на те що обернуті серветкою великі пальці стають громіздкими і в них притуплюється дотик, П. В. Ходоровіч запропонував вводити великі пальці в переддень рота і накладати їх на зовнішні косі лінії нижньої щелепи на рівні великих корінних зубів так, щоб нігтьові фаланги займали ретромоллярні ямки (трикутники) і своїми кінцями упиралися в передні краї гілок щелепи. Вказівними пальцями охоплюють кути, а останніми - тіло щелепи. При введенні голівок нижньої щелепи в суглобові ямки великі пальці лікарки в цьому випадку не можуть ущемлюватися між зубами хворого, тому вони залишаються в ретромоллярних ямках до кінця маніпуляції. Якщо в процесі усунення двостороннього вивиху вправиться лише одна суглобова голівка нижньої щелепи, а положення інший залишиться неправильним (вивихнутим), лікар повинна продовжувати вправляти її так, як при однобічному вивиху. При цьому потрібно враховувати, що чим більше фізично розвинений хворий або чим більше він збуджений, тим довше не настає стомлення жувальних м'язів і тим більше часу потрібний для вправлення нижньої щелепи. При виражених больових відчуттях в суглобових капсулах, що розтягнулися, зв'язковому апараті і жувальних м'язах вправити нижню щелепу досить важко. У таких випадках слід заздалегідь провести **регіонарну анестезію по Berchet - М. Д. Дубову**, а якщо цього зробити не можна, то необхідно повільно відтіснити голівку щелепи, відволікаючи увагу хворого. Після усунення вивиху потрібне іммобілізувати нижню щелепу (на 10-15 днів) за допомогою працевидної бинтової пов'язки або стандартної пластмасової праці з еластичним витягненням до головної тапочки. В період такої іммобілізації хворим повинен приймати подрібнену їжу. Інша методика за Блехмана – Гершуні суть методу Г.Л. Блехмана полягає в тому, що лікар натискає вказівними пальцями на промовці (при вивиху) в переддень рота вінцеві відростки нижньої щелепи в напрямі назад і вниз. Больове відчуття, що виникає при цьому, приводить до рефлекторного розслаблення жувальних м'язів; вправлення щелепи відбувається протягом декількох секунд.

Ю. Д. Гершуні модифікував метод Г. Л. Блехмана таким чином. Пальпаторних через шкіру щік, декілька нижче за скуласті кістки, визначають положення верхівок вінцевих відростків нижньої щелепи і натискають на них великими пальцями в напрямі назад і вниз. При цьому виключається необхідність застосування великої фізичної сили, відпадає потреба в асистентові, облямовування можна здійснити при будь-якому положенні хворого і в будь-яких умовах. Цьому методу можна швидко навчити не лише медпрацівників, але і родичів хворих. Важливим моментом є те, що вправлення здійснюють без введення пальців в рот хворому. Особливо доцільне застосування цього методу біля осіб літнього і старечого віку. Та усунення заднього вивиху: великі пальці рук вводять в переддень рота і перешкоджають на зовнішній поверхні альвеолярних відростків біля зубів

мудрості і на косих лініях щелепи. Рештою пальців охоплюють тіло щелепи. Натиском великих пальців донизу і висуненням нижньої щелепи вперед суглобові голівки встановлюються а правильне положення. Після усунення вивиху застосовують пов'язку імуннодефіциту на 2,5-3 тижні. Результати лікування зазвичай сприятливі, в окремих випадках зберігається деяка тугорухомість в суглобі

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Завдання для самоконтролю:

1. Будова суглобової капсули скронево нижньощелепного суглобу
2. Мязи які прикріплюються до скронево нижньощелепного суглобу

Б. Задачі для самоконтролю:

1. Хворий, що одержав удар в ділянку нижньої щелепи скаржить на біль та неможливість відкрити рота. При пальпації голівки суглобів визначаються під зовнішнім слуховим отвором. Який попередній діагноз найбільш вірогідний?

(Відповідь: задній вивих нижньої щелепи)

2. До лікаря звернувся хворий із скаргами на неможливість відкривання рота. Об'єктивно зуби на нижній щелепі щільно притис, зі слів свідка хворий впав та вдарився підборіддям. Який найбільш вірогідний діагноз?

(Відповідь: Задній вивих нижньої щелепи)

3. Хворий, що одержав удар в ділянку нижньої щелепи скаржить на біль та неможливість відкрити рота. При пальпації голівки суглобів визначаються під зовнішнім слуховим отвором. Який попередній діагноз найбільш вірогідний?

(Відповідь: Задній вивих нижньої щелепи)

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю ($\alpha=II$):

1. Вивих нижньої щелепи не буває:

- А. Переднім;
- В.Заднім;
- С.Переломо-вивихом;
- Д. Нижнім.
- Е.Боковим

(Правильна відповідь: D)

2. При передньому вивиху нижньої щелепи;

- А. хворий не може відкрити рота
- В.хворий не може закрити рота
- С. відкривання й закриття рота вільне
- Д. рот закритий
- Е. щелепу зміщено вправо

(Правильна відповідь: В).

3. Визначити тип анестезії під час вправлення вивиху нижньої щелепи;

- А.мандибулярну,
- В.торусальну,
- С. туберальна і піднебінна,
- Д.щічна
- Е.за Берше –Дубовим або Уваровим

(Правильна відповідь: Е)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. Хворого доставлено в щелепно лицеве відділення після д.т.п.Хворий скаржить на утруднене відкривання рота.При пальпації на нижній та верхній щелепах болі не відмічається, щелепи не рухомі.Тактика лікаря?

(Відповідь:направити на рентгенівський знімок).

2.Хворого доставлено в щ.л.х після побиття на вулиці. При огляді у хворого відкритий прикус, симптоми навантаження позитивний з обох сторін. На знімку зміщення суглобових відростків як справа так і з ліва.Тактика лікаря?

(Відповідь:направити на остеосинтез).

3.У хворого при відкриванні рота відмічається біль в правому суглобовому відростку. При огляді відмічається нориця в позаушній ділянці, з якої виділяється гній.тактика лікаря?

(Відповідь: Направити до ЛОР лікаря).

7. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области./ Бернадский Ю.И – Киев: Вища школа, 1999. – 389 с.
2. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология / Т.Г. Робустова– М.: Медицина, 1990. – 576 с.
3. Маланчук В.О. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія / В.О. Маланчук - Київ 2011. Т.2.- 478-482 с.

Додаткова література:

1. Муковозов И.Н. Дифференциальная диагностика заболеваний челюстно-лицевой области / И.Н. Муковозов– М.: Медицина, 1982
2. Рябухина Н.А., Удиришина Н.М. Рентгенодиагностика заболеваний челюстно-лицевой области./ Н.А. Рябухина., Н.М. Удиришина. – М.: Медицина, 1991
3. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А. Тимофеев– Киев: 2002. – 1022 с.

№ 4. Артрити, артрито-артрози, артрози скронево-нижньощелепного суглобу. Етіологія, класифікація, клініка, діагностика, лікування.

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Запально-дистрофічні захворювання СНЩС належать до досить поширених захворювань, які дуже складні по своєму клінічному перебігу і погано піддаються лікуванню, частота яких збільшується з віком (Хватова В. А., 1982; Іванов А. С., 1984; 1988). Тому знання клініки, методів лікування і профілактики запально-дистрофічних захворювань СНЩС є на сьогодні актуальним при вивченні цієї теми.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Дати визначення, що таке артрит, артрозо-артрит, артроз СНЩС.
- 2.2. Аналізувати етіологію і патогенез артритів, артрозо-артритів, артрозу СНЩС.
- 2.3. Запропонувати план обстеження хворого з гострим і хронічним артритом, артрозо-артритом, артрозом СНЩС.
- 2.4. Класифікувати артрити, артрозо-артрити, артроз СНЩС.
- 2.5. Перерахувати основні клінічні ознаки гострих артритів СНЩС.
- 2.6. Перерахувати основні клінічні ознаки хронічних артритів СНЩС.
- 2.7. Перерахувати основні клінічні ознаки артрозо-артрита СНЩС.
- 2.8. Перерахувати основні клінічні ознаки артрозу СНЩС.
- 2.9. Запропонувати схеми лікування хворих з артритом, артрозо-артритом, артрозом СНЩС.
- 2.10. 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 скронево-нижньощелепного суглобу
3. Нормальна фізіологія	Знати функціональні можливості скронево-нижньощелепного суглобу в нормі
4. Патоморфологія	Описувати морфо-функціональні зміни у скронево-нижньощелепному суглобі при різних видах його патології
5. Пропедевтика внутрішніх хвороб	Застосовувати методи обстеження хворого при різних видах патології скронево-нижньощелепного суглобу
6. Рентгенологія	Вміти описати рентгенологічні знімки скронево-нижньощелепного суглобу
7. Клінічна фармакологія	Знати дію, показання до застосування, протипоказання, дозування, схеми призначення медикаментозних препаратів вживаних при лікуванні патології скронево-нижньощелепного

	суглобу
--	---------

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
Гострий артрит	Це гостре запальне захворювання суглоба
Хронічний артрит	Це хронічне запальне захворювання суглоба, при якому чергуються періоди ремісії і загострення процесу
Артрозо-артрит	Це хронічне запально-дистрофічне захворювання суглоба
Артроз	Це хронічне дистрофічне захворювання суглоба

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Етіологія і патогенез артритів, артрозо-артритів, артрозу СНЩС.
2. План обстеження хворого з гострим і хронічним артритом, артрозо-артритом, артрозом СНЩС.
3. Класифікації артритів, артрозо-артритів, артрозу 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-артрита СНЩС.
7. Клінічні ознаки і методи лікування артрозу СНЩС.
8. Схеми лікування хворих з артритом, артрозо-артритом, артрозом СНЩС.

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

1. Додаткові методи діагноста запально-дистрофічних захворювань СНЩС.
2. Ведення медичної документації хворих із запально-дистрофічними захворюваннями СНЩС.
3. Методи лікування хворих із запально-дистрофічними захворюваннями СНЩС.
4. Оперативні методи лікування хворих із запально-дистрофічними захворюваннями ВНЧС.
5. Механо- і фізіотерапія в комплексному лікуванні хворих із запально-дистрофічними захворюваннями ВНЧС.

5.ЗМІСТ ТЕМИ:

Артрити. Залежно від етіології захворювання розрізняють інфекційні і травматичні артрити, а за характером течії — гострі і хронічні. Інфекційні артрити можуть бути неспецифічними і специфічними. Травматичні артрити є результатом механічного ушкодження.

Гострі артрити. Гострий артрит СНЩС травматичної етіології виникає в результаті сильної механічної дії: удару, забиття, надмірного відкривання рота і т. п.

Хворі пред'являють скарги на різкий біль в області суглоба у момент його ушкодження. При спробі відкривати рот виникають болі, підборіддя при цьому зміщується у бік пошкодженого суглоба. Розвивається набряк. Пальпація суглоба різко хвороблива. При рентгенографічному дослідженні, якщо немає перелому кісткових структур виросткового відростка, не визначаються відхилення від норми. Виняток становлять випадки, коли відбувається розрив зв'язкового апарату, що супроводжується крововиливом в суглоб; у таких випадках на рентгенограмі визначається розширення суглобової щілини.

Гострий артрит інфекційного походження розвивається зазвичай на тлі гострого тонзиліту, переохолодження, грипу і т. п. Ревматичні і ревматоїдні артрити є результатом гематогенного інфікування або поширення інфекції по продовженню при отиті, мастоїдиті, остеомієліті гілки щелепи, гнійному паротиті і т. п.

Початок захворювання — гострий. З'являються сильні болі в суглобі, що посилюються при спробі зробити рухи щелепою. Іноді болі можуть іррадиювати у вухо, мову, скроню, потилицю, по ходу вушно-височного, великого вушного, малого потиличного нервів, вушної гілочки блукаючого нерва, що має анастомоз з мовно-глотковим нервом. Проте, як правило, болі пульсуючі і локальні, що відрізняють їх від болів при невралгії трійчастого нерва. Відкривання рота обмежене — на 3-5 мм. При огляді хворого визначається набряк м'яких тканин наперед від козелка вуха, при пальпації цієї області виникають болі, шкірні покриви гіперемовані.

Розвиток гнійного артрити супроводжується утворенням інфільтрату в області суглоба, гіперестезією шкіри, вона напружена, в складку не збирається, гіперемована. Зовнішній слуховий прохід звужений: хворі відмічають зниження гостроти слуху, запаморочення. При натисканні пальцем на підборіддя вперед і вгору болу посилюються. Температура тіла підвищена до 38°З,

ШОЕ збільшена, реакція на С-реактивний білок позитивна. На рентгенограмі при випоті ексудату суглобова щілина розширена. При ревматичному артриті можливе ураження обох суглобів, хоча слід зазначити, що за останні роки воно зустрічається значно рідше. При обстеженні хворого зазвичай виявляють захворювання серця: вади, ревмокардит і т. п.

При ревматоїдному артриті вражається, як правило, один з СНЩС, але хворі відмічають болі і в інших суглобах: плечовому, тазостегновому або колінному. При цьому СНЩС об дуже рідко вражається першим; частота його ураження при ревматоїдному артриті досягає, за даними ряду авторів, 50,7% [Каназирска Ц., Мажаров Д., 1978]. Видимих змін серця не виявляють. Для ревматоїдного артрити нехарактерна летючість болів.

Гострий артрит доводиться диференціювати від гострого отиту, невралгії трійчастого нерва, перикоронариту, а також від ряду інших захворювань, в клінічній картині яких прояви артропатії дуже виражені: дерматомиозита, подагри, гострих інфекційних артритів вірусної етіології, хвороби Бехтерева, синдрому Бехчета, інфекційно-алергічного поліартрити та ін.

Лікування гострого артрити будь-якої етіології розпочинають із забезпечення спокою суглобу. Цього досягають за допомогою прашевидної пов'язки, що індивідуально виготовляється, і міжзубний такою, що роз'єднує прикус пластинки або прокладення, яке накладають на стороні ураження строком на 2-3 дні. Їжа має бути рідкою.

Лікування при травматичному артриті проводять з метою зняти болі, досягти розсмоктування крові, що вилася в суглоб, в можливо ранні терміни і добитися повного відновлення функції нижньої щелепи. Хворому призначають анальгетики (анальгін по 0,25 г 3 рази в день) і місцеву гіпотермію впродовж 2-3 днів.

В подальшому УВЧ-терапію по 10-15 мін щодня впродовж 6 днів, електрофорез калію йодиду і новокаїну (по черзі). Одночасно можуть бути рекомендовані компреси з ронідазою, парафіно — або озокеритотерапія, грязелікування. При тривалих болях слід призначати діадинамічні струми Бернара (2-3 сеанси).

Лікування ревматичних і ревматоїдних артритів проводять консервативними засобами і обов'язково спільно з ревматологом. У комплекс терапії, що призначається, входять протизапальні нестероїдні, антибактеріальні, стероїдні препарати. Дуже стриманий, але слід відноситися до рекомендацій застосовувати внутрішньосуглобове впровадження лікарських препаратів, не можна одночасно вводити в суглоб більше 1 мл розчину будь-якої речовини, оскільки це призводить до розтягування суглобової сумки. Завданнями стоматолога є санація порожнини рота хворого і раціональне протезування зубів для нормалізації висоти прикусу.

При гнійних артрити показано невідкладне оперативне лікування хворого: розтин і дренажування вогнища запалення, які роблять в стаціонарі.

На етапі доліковування хворим призначають фізіотерапевтичне лікування: сухе тепло, УВЧ-терапію, електрофорез, діатермію, компреси.

При несвоєчасному і недостатньо повному лікуванні гострий гнійний і травматичний артрити можуть ускладнюватися анкілозом, особливо у дітей. Течія гострого ревматичного і ревматоїдного артрити може набути хронічної форми.

Хронічні артрити. Хронічний артрит характеризується, передусім, ниючими болями в суглобі, тугоподвижністю, хрускотом, скутістю вранці і після більш менш тривалого стану спокою. Болі мимовільні, постійні, такі, що посилюються при відновленні функції нижньої щелепи. Хворий в змозі відкрити рот на 2-2,5 см. Відкриття рота супроводжується помірним крепітируючим, а іноді сильним хрускотом, при цьому підборіддя зміщується у бік ураженого суглоба. Забарвлення прилеглих до нього шкірних покривів може бути не змінене, але пальпація суглоба завжди викликає посилення болів.

На рентгенограмі визначається звуження суглобової щілини — результат реактивних, а пізніше і деструктивних змін покривного хряща голівки нижньої щелепи і суглобової ямки.

Загальний стан хворого залишається задовільним, температура тіла нормальна. У крові не відзначається видимих змін, ШОЕ збільшена до 25— 35 мм/ч. При загостренні процесу клінічний перебіг набуває характеру гострого запалення.

Лікування хворих з ревматичним і ревматоїдним артритом здійснюють ревматологи. Під час переходу травматичних артритів в хронічну стадію призначають ультразвукову терапію, парафіно— і озокерито— терапію, масаж жувальних м'язів, електрофорез бджолиної отрути, медичної жовчі, препаратів йоду. Добрий результат дає міогімнастика [Рубінів І. С., 1965]: роблять дозоване відкриття рота без висунення нижньої щелепи. Для цього хворий сідає на випорожнення, притуливши потилицю до стіни, а кулаком натискає на підборіддя при відкритті

і закриванні рота. Такі вправи хворої робить самостійно щодня уранці і ще 2-3 рази впродовж дня по 3-5 мін упродовж 4-6 тижнів.

Модифікація викладеної методики міогімнастики запропонована Б.К.Костур і співавт. (1981). Автори рекомендують створювати дозований тиск на підборіддя не лише в напрямі від низу до верху і спереду назад, але і убік, протилежну до зміщення щелепи при відкриванні рота. Такі вправи повторюють 5— 10 разів, проводять 3-4 сеанси в день, стежачи за тим, щоб тиск на підборіддя не був надмірним і не викликав болів.

Дуже важливо, щоб в комплексі лікування була вироблена санація порожнини рота і носоглотки, а за наявності показань здійснено раціональне протезування зубів.

При ефективному лікуванні змін, що виникають в суглобі при ревматичному артриті, у відмінності від таких при ревматоїдному артриті, повністю зворотні.

Інфекційно-специфічні артрити. Інфекційно-специфічні артрити зустрічаються порівняно рідко. Розрізняють гонорейний, туберкульозний, актиномікотичні, сифілітичний артрити та ін. Вони виникають в результаті поширення інфекції по продовженню або при її проникненні в суглоб гематогенним (лімфогенним) шляхом.

Гонорейний артрит розвивається впродовж першого місяця захворювання, але при ускладненій формі течії гонореї, на тлі хронічного уретриту, може з'явитися і в пізніші терміни. Захворювання починається гостро з виникненням різких болів, набряку м'яких тканин навколо ураженого суглоба, звуження слухового проходу, що призводить до зниження гостроти слуху. Первинно виникаюча серозна форма запалення швидко переходить в гнійну. Утворюється інфільтрат. На рентгенограмі визначається розширення суглобової щілини. Захворювання характеризується раннім утворенням м'язової контрактури, ураженням хрящових покривів суглобових поверхонь і схильністю до анкілозуванню.

Зустрічаються три форми туберкульозного артрити : первинно-кістковий, первинно-сіновіальний і інфекційно-алергічний. Захворювання починається непомітно, розвивається в'яло, протікає тривало. При рентгенографії визначається поступова резорбція кісткових структур голівки щелепи. При туберкульозному артриті може розвинути фіброзний анкілоз.

Актиномікотичний артрит зазвичай є результатом поширення первинного вогнища на ті, що підлягають тканині. Патологічний процес, вражаючи суглобову капсулу, викликає розвиток нестійкої контрактури, що чергується з ремісіями. Загальний стан хворого змінюється мало: турбують слабкі болі в суглобі, що посилюються при спробі відкрити рот. В процесі лікування і після його завершення морфологічних змін в суглобі не виявляють.

Сифілітичний артрит характеризується в'ялою течією, мало вираженою хворобливістю. Захворювання зустрічається у край рідко.

Лікування хворих з інфекційно-специфічними артритами спрямоване на ліквідацію основного захворювання і здійснюється відповідними фахівцями.

Артроз. У основі етіології захворювання лежать процеси дистрофічного характеру, що розвиваються на тлі тривалого, в'яло перебігаючого запалення або хронічної мікротравми, серед яких значне місце займають часткова адентія, особливо при односторонніх кінцевих дефектах, зубощелепної деформації і неправильні взаємовідносини артикуляцій, що створюються при протезуванні зубів. В результаті одночасно протікаючих процесів запалення і дегенерації, що супроводжуються деструкцією і проліферацією хрящової і кісткової тканини, розвиваються явища остеосклерозу і остеопорозу анатомічних структур СНЩС, що призводить до їх деформації і порушення конгруентності. Залежно від міри виразності цих станів розрізняють склерозуючий і деформуючий артроз.

Хворі скаржаться на тупі болі, що посилюються при функціональному навантаженні суглоба. У виражених випадках з розвитком вторинного реактивного сіновіта вони стають постійними, що особливо проявляється в холодну сиру погоду, при перевантаженні, до вечора і при початкових рухах після стану спокою. Аналогічними за своєю характеристикою є старечі болі. Вони також характеризуються відчуттями важкості і ломоти в кістках, але відрізняються короткочасністю і малою інтенсивністю. Хворі часто скаржаться, крім того, на болі в області ока і вуха на стороні ураження суглоба, головний біль, глосалгію, парестезію слизової оболонки порожнини рота, зниження гостроти слуху.

В результаті порушення конгруентності суглобових поверхонь, спазму м'язів, змін в суглобовій капсулі і в периартикулярних тканинах розвивається тугорухомість в суглобі. Хворі відмічають швидко стомлюваність, почуття скутості, але обмеження функції суглоба у них

завичай помірно і обумовлено больовим симптомом або кістковими розростаннями. Фіброзних або кісткових анкілозів ніколи не буває.

У міру утворення на суглобових поверхнях нерівностей в результаті вапняних відкладень і склерозу з'являється грубий хрускіт при рухах голівки нижньої щелепи. Місцеві ознаки запалення відсутні: забарвлення шкіри не змінене, вона не набрякла, але чутливість у вушно-скроневої області може бути знижена, що пояснюється невритом вушно-скроневого нерва, що розвивається.

Загальний стан хворого залишається задовільним. У крові не відбувається виражених патологічних змін, але ШОЕ збільшена, а реакція на С-реактивний білок позитивна.

Клінічні прояви склерозуючого артрозу менш виражені, чим що деформує. На рентгенограмах при склерозуючому артрозі визначається склероз поверхневих і підлягаючих шарів губчастої речовини кістки анатомічних утворень суглоба з де якоюсь деформацією голівки нижньої щелепи. При деформуючому артрозі виникають кісткові розростання у вигляді екзостозів і остеофітів, що призводить до безповоротних структурних змін голівки нижньої щелепи і суглобового горбка. Суглобова щілина звужена. Хвороба протікає повільно.

Діагноз встановлюють на підставі оцінки результатів клінічних, рентгенографічних і лабораторних досліджень.

Лікування хворих комплексне: медикаментозне, фізіотерапевтичне, ортопедичне і, за наявності показань, оперативне. Медикаментозну терапію призначають ревматологи. Вона включає бруфен, вольтарен, вітаміни групи В, препарати стероїдного ряду. Проте потрібно мати на увазі, що внутрішньосуглобове введення стероїдних препаратів має лише допоміжне значення і є симптоматичною терапією. Цей метод не слід рекомендувати в пізніх стадіях захворювання при розвитку вторинного остеоартрозу і за наявності ознак остеопорозу, оскільки він сприяє їх прогресу. Застосування кортикостероїдів протипоказане при деформуючому артрозі.

У комплексі з медикаментозним лікуванням призначають фізіотерапію: електрофорез жовчі, бджолиної отрути, лідази, препаратів йоду. Можуть бути також рекомендовані: парафіно- і озокерітотерапія, грязелікування, інфрачервоне опромінення і лазерне випромінювання. Одночасно призначають масаж жувальних м'язів і лікувальну гімнастику. Важливою умовою досягнення сприятливого результату є здійснення раціонального протезування зубів. У важких випадках показано оперативне лікування: кондилектомія з одночасною артропластикою ортотропним алогенним остеотрансплантатом.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

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

1. Медична амбулаторна карта хворого з патологією СНЩС.
2. Схеми обстеження хворого з патологією СНЩС.
3. Схеми лікування хворих з патологією СНЩС.

Б. Завдання для самоконтролю:

1. Хворий Н., 35 років з діагнозом хронічного артриту лівого СНЩС скаржить на обмеження у відкриванні рота. Обмеження відкривання рота в період загострення хронічного артриту спостерігається? Відповідь: В період загострення захворювання.

2. У хворої ж., 39 років діагноз ревматоїдний артрит правого і лівого СНЩС. Що є характерною ознакою ревматоїдного артриту СНЩС? Відповідь: Ураження суглобів з обох боків.

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю ($\alpha = 2$):

1. За патогенетичними ознаками артроз СНЩС буває:

- А. Первинний і вторинний.
- В. Склерозуючий і деформуючий.
- С. Серозний і гнійний.
- Д. Гострий і хронічний.
- Е. Гіпертрофічний і атрофічний.

(Правильна відповідь: А)

2. Для етіопатогенезу первинного артрозу характерно:

- А. Розвиток дегенеративного процесу на здоровому суглобовому хрящі.
- В. Розвиток дегенеративного процесу на зміненому суглобовому хрящі в результаті травми.
- С. Розвиток дегенеративного процесу на здоровій суглобовій голівці.
- Д. Розвиток дегенеративного процесу в суглобовій ямці.
- Е. Розвиток дегенеративного процесу в суглобі в результаті соматичних порушень.

(Правильна відповідь: А)

3. Скільки рентгенологічних стадій вторинного деформуючого артрозу виділяють?

- A. 4 стадії.
- B. 3 стадії.
- C. 5 стадій.
- D. 6 стадій.
- E. За стадіями не розрізняють.

(Правильна відповідь: А)

3. Для якої рентгенологічної стадії вторинного деформуючого артрозу характерна виражена репарація, суглобова щілина за формою нагадує пряму лінію, виростковий відросток різко сплюснутий і деформований, склероз кісткових структур, інгруєнтність суглобових поверхонь?

- A. 3-я стадія.
- B. 1-я стадія.
- C. 2-я стадія.
- D. 4-я стадія.
- E. Правильної відповіді немає.

(Правильна відповідь: А)

4. Для якої рентгенологічної стадії вторинного деформуючого артрозу характерна руйнування суглобової поверхні виросткового відростку, початкові явища репарації, суглобова щілина нерівномірно звужена?

- A. 2-я стадія.
- B. 3-я стадія.
- C. 1-я стадія.
- D. 4-я стадія.
- E. 5-я стадія.

(Правильна відповідь: А)

Г. Учебні завдання 3-го рівня (нетипові завдання):

1. У клініку хірургічної стоматології поступив хворий У. 46 років, з діагнозом гострий артрит лівого СНЩС. По етіології артриту СНЩС бувають:

(Відповідь: Обмінно-дистрофічні, специфічні, неспецифічні, посттравматичні)

2. До лікаря-хірурга стоматологові на прийом явився хворий Г. 34 років, із скаргами на болі у СНЩС, хворому було проведено рентгенологічне дослідження суглоба по Шиллеру. Які можливі рентгенологічні зміни у СНЩС при його патології:

(Відповідь: Суглобова щілина відсутня, рідко відзначається звуження суглобової щілини, початкові явища репарації, межі нижньощелепної ямки і суглобового відростка згладжуються, наближаючись до прямої лінії)

3. Хворої П., 23 років, поставлений діагноз гострого артриту лівого СНЩС. Клінічною ознакою гострого артриту СНЩС є:

(Відповідь: Постійний біль, який зменшується в стані спокою нижньої щелепи, набряк і інфільтрація м'яких тканин попереду козелка вуха, серозний або гнійний ексудат в порожнині суглоба)

7. ЛИТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Безруков В.М. Руководство по хирургической стоматологии челюстно-лицевой хирургии: 2 том / В.М.Безруков, Т.Г. Робустова. - М., Медицина, 2000. - 488 с.
2. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области / Ю.И. Бернадский. - М.: Медицинская литература, 1999. – 456 с.

Додаткова література:

1. Петросов Ю.А. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава / Ю.А. Петросов, О.Ю. Калпакьянц, Н.Ю. Сеферян. Краснодар, 1996. – 349 с.
2. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология / Т.Г. Робустова. - М., 2003. - С.68-88.
3. Диагностика и лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава / В.А. Семкин: Дис. д. мед. . – М., 1997. - 204 с.
4. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А. Тимофеев. - Киев, 2002. - С. 120.

№ 5. Контрактура нижньої щелепи: етіологія, класифікація, клініка, диференційна діагностика, лікування, профілактика.

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Контрактури нижньої щелепи на амбулаторному прийомі зустрічаються дуже часто. Контрактура нижньої щелепи може виникнути не лише в результаті механічних травматичних ушкоджень щелепних кісток, м'яких тканин рота і обличчя, але і з інших причин (виразково-некротичні процеси в порожнині рота, хронічні специфічні захворювання, термічні і хімічні опіки, відмороження, осифікуючий міозит, пухлини та ін.). Тому знання клініки, методів лікування та профілактики контрактур є на сьогодні актуальним при вивченні цієї теми.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Дати визначення, що таке контрактура нижньої щелепи.
- 2.2. Аналізувати етіологію і патогенез різних форм контрактур нижньої щелепи.
- 2.3. Запропонувати план обстеження хворого з контрактурою нижньої щелепи.
- 2.4. Класифікувати контрактури нижньої щелепи.
- 2.5. Перерахувати основні клінічні ознаки контрактури нижньої щелепи.
- 2.6. Запропонувати схеми лікування хворих з контрактурою нижньої щелепи.
- 2.7. Проаналізувати дані додаткових методів обстеження хворих з контрактурою нижньої щелепи.

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 скронево-нижньощелепного суглобу
3. Нормальна фізіологія	Знати функціональні можливості скронево-нижньощелепного суглобу в нормі
4. Патоморфологія	Описувати морфо-функціональні зміни у скронево-нижньощелепному суглобі при різних видах його патології
5. Пропедевтика внутрішніх хвороб	Застосовувати методи обстеження хворого при різних видах патології скронево-нижньощелепного суглобу
6. Рентгенологія	Вміти описати рентгенологічні знімки скронево-нижньощелепного суглобу
7. Клінічна фармакологія	Знати дію, показання до застосування, протипоказання, дозування, схеми призначення медикаментозних препаратів вживаних при лікуванні патології скронево-нижньощелепного суглобу

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
5. Контрактура	Це різке обмеження рухливості у скронево-нижньощелепному суглобі внаслідок патологічних змін м'яких тканин, що оточують його і функціонально пов'язаних з ним
2. Редресація	Це насильницький безкровний розрив рубців при контрактурі нижньої щелепи
3. Механотерапія	Це використання стандартних чи індивідуальних апаратів для лікування контрактури нижньої щелепи.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Етіопатогенез контрактури нижньої щелепи.
2. Види контрактур нижньої щелепи.
3. Клінічні прояви контрактури нижньої щелепи.
4. Діагностика контрактури нижньої щелепи.
5. Методи лікування хворих з контрактурою нижньої щелепи.
6. Оперативні методи лікування хворих з контрактурою нижньої щелепи.
7. Механо- та фізіотерапія в комплексному лікуванні контрактури нижньої щелепи.

8. Причини виникнення рецидивів контрактури нижньої щелепи. Методи профілактики.

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

1. Вміти провести диференційну діагностику між різними видами контрактур.
2. Оволодіти методикою роботи з 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.
3. Оволодіти методиками механотерапії використати стандартні апарати і індивідуальні пристосування, які виготовляють в зуботехнічній лабораторії.
4. Знати методики оперативного лікування контрактури нижньої щелепи.

5. ЗМІСТ ТЕМИ:

Контрактура нижньої щелепи (лат. *contrahere* - стягуватися, скорочуватися) - різке обмеження рухливості у скронево-нижньощелепному суглобі внаслідок патологічних змін м'яких тканин, що оточують його і функціонально пов'язаних з ним.

Нерідко контрактура нижньої щелепи поєднується з внутрішньосуглобовими спайками (т. е. з анкілозом).

Контрактура нижньої щелепи виникає в наслідок змін в шкірі, що оточує суглоб, підшкірній клітковині, в жувальних м'язах, у фасції (привушно-скроневій), в нервових волокнах травматичного або запального походження.

Грубі фіброзні і кісткові зрощення переднього краю гілки нижньої щелепи або її вінцевого відростка з вилицюватою дугою або горбом верхньої щелепи можуть виникнути після вогнепальних і невогнепальних ушкоджень. Також контрактура може виникнути після помилкової ін'єкції розчинів (спирту, формаліну, кислот, перекису водню і т. п.), що викликають некроз м'яких тканин навколо щелепи на місці ін'єкції. Після некрозу нормальні тканини заміщаються рубцевими тканинами.

Контрактури в наслідок тривалої адинамії голівок нижньої щелепи при міжщелепному скріпленні відламків нижньої щелепи можуть доповнюватися утворенням рубців в товщі щік або губ, коли одночасно з переломом щелепи були пошкоджені м'які тканини хворого.

Неврогенна контрактура нижньої щелепи може розвинутися в наслідок 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 фоні міозиту), спроби насильницького розведення щелеп викликають біль.

При стійких рубцевих і кісткових зрощеннях зведення щелеп може бути особливо значним, але спроба розведення їх в цьому випадку не супроводжується гострими больовими відчуттями. Пальпаторно при цьому іноді можна визначити грубі рубцеві стягнення в усьому передодні рота або в ретромолярній ділянці, в області виличної кістки, вінцевого відростка.

У випадках, коли травма або запальний процес виникли у дорослої людини, зовні помітної грубої асиметрії обличчя, а також змін форми гілки, виличного відростку, кута і тіла нижньої щелепи не відзначається. Якщо ж захворювання розвинулося ще в дитячому або юнацькому віці, то до моменту обстеження (у дорослого) лікар може виявити (клінічно і рентгенографічно) грубі анатомічні порушення: недорозвинення гілки і тіла щелепи, зміщення її відділу підборіддя в хвору сторону та ін.

Лікування контрактури нижньої щелепи

Лікування контрактур нижньої щелепи має бути патогенетичним. Якщо контрактура нижньої щелепи центрального походження, хворого направляють в неврологічне відділення лікарні для усунення основного етіологічного чинника (спастичний тризм, істерія).

У разі її запального походження спочатку усувають джерело запалення (видаляють причинний зуб, розтинають флегмону або абсцес), а потім проводять антибіотико-, фізіо- і механотерапію. Останню бажано здійснювати апаратами А. М. Никандрова і Р. А. Досталь (1984) або Д. В. Чернова (1991), в яких джерелом тиску на зубні дуги є повітря, тобто пневматичний привід, який в початковому стані має товщину в 2-3 мм. Д. В. Чернов рекомендує доводити робочий тиск в трубі, що вводиться в порожнину рота хворого, в межах 1.5-2 кг/см² як при консервативному лікуванні рубцево-м'язової контрактури, так і при запальній її етіології.

Контрактури нижньої щелепи, викликані кістковими або кістково-фіброзними спайками, зрощеннями вінцевого відростка, переднього краю гілки або щоки, усувають шляхом видалення,

розтину цих спайок, а обумовлені наявністю вузьких рубцевих стяжінь в ретромолярній області - методом пластики зустрічними трикутними клаптями.

Після операції з метою попередження зморщування шкірного клаптя і рубцювання під ним треба, по-перше, залишати у роті лікувальну шину (разом із стенсовим вкладишем) на 2-3 тижні, щодня витягаючи її для проведення туалету порожнини рота. Потім виготовляти знімний протез. По-друге, в післяопераційному періоді необхідно здійснити низку заходів, застережливих рецидивів контрактури і зміцнюючих функціональний ефект операції. До них відносяться активна і пасивна механотерапія, починаючи з 8-10-го днів після операції (бажано - під керівництвом методиста).

Для механотерапії можна використати стандартні апарати і індивідуальні пристосування, які виготовляють в зуботехнічних лабораторіях.

Рекомендуються фізіотерапевтичні процедури (опромінення променями Букки, іоногальванізація, діатермія), сприяючі профілактиці утворення грубих післяопераційних рубців, а також ін'єкції лідази при тенденції до рубцевого стягнення щелеп.

Після виписки із стаціонару необхідно продовжувати механотерапію впродовж 6 місяців - до остаточного формування сполучної тканини в області колишніх раневих поверхонь. Періодично паралельно з механотерапією треба проводити курс фізіотерапії.

При виписці необхідно забезпечити хворого простими пристосуваннями - засобами для пасивної механотерапії (пластмасові гвинти і клини, гумові розпирки та ін.).

Методики усунення контрактури нижньої щелепи.

Видалення фіброзних спайок, остеотомія і артропластика на рівні основи виросткового відростка із застосуванням дезепідермізованого шкірного клаптя.

Така ж операція на рівні нижнього краю вилицоватої арки з видаленням кістково-рубцевого конгломерату і моделюванням голівки нижньої щелепи, інтерпозицією шкірного дезепідермізованого клаптя.

Розтин і видалення рубців м'яких тканин з боку порожнини рота; резекція вінцевого відростка, усунення кісткових зрощень (долотом, бормашиною, кусачками Люэра); епідермізація рани розщепленим шкірним клаптем.

Розтин і видалення рубцевих і кісткових зрощень через зовнішній доступ, резекція вінцевого відростка. За відсутності рубців на шкірі - операція через внутрішньоротовий доступ з обов'язковою пересадкою розщепленого шкірного клаптя.

Видалення усього конгломерату рубців і кісткових спайок через внутрішньоротовий доступ, щоб забезпечити широке відкривання рота; пересадка розщепленого шкірного клаптя. Перед операцією перев'язують зовнішню сонну артерію.

Розтин і видалення кісткових і фіброзних спайок щоки, щоб забезпечити широке відкривання рота і закриття дефекту, що утворився, заздалегідь пересадженим на щоку філатовським стеблом або усунення дефекту щоки шкірним артериалізованим клаптем.

Добрі результати при лікуванні вищеописаними методами відмічені у 70.4% хворих. Розкриття рота у них між передніми зубами верхньої і нижньої щелеп коливалося в межах 3-4.5 см, а у окремих осіб досягало 5 см У 19.2% чоловік величина відкривання рота складала до 2.8 см, а у 10.4% - тільки до 2 см В останньому випадку доводилося робити повторну операцію.

Причинами рецидивів контрактур нижньої щелепи є: недостатнє видалення рубців під час операції, застосування (для епідермізації рани) не розщепленого, а тонкого епідермального клаптя А. С. Яценко -Тієрш; некроз частини пересадженого клаптя шкіри; недостатньо активна механотерапія, ігнорування можливостей фізіотерапевтичної профілактики виникнення і лікування. Рубцевих стяжінь після операції.

Рецидиви контрактур нижньої щелепи частіше виникають у дітей, особливо у оперованих не під наркозом або потенційованим знеболенням, а під звичайною місцевою анестезією, коли хірурги не вдається виконати операцію за усіма правилами. Крім того, діти не виконують призначень по механо- і фізіотерапії. Тому у дітей особливо важливе правильне виконання самої операції і призначення після неї грубою пиши (сухарі, булочки, льодяники, яблука, морква, горіхи і т. п.).

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Завдання для самоконтролю:

1. Медична амбулаторна карта хворого з патологією СНЩС.
2. Схеми обстеження хворого з патологією СНЩС.
3. Схеми лікування хворих з патологією СНЩС.

Б. Задачі для самоконтролю:

1. Хворий М., 44 роки, прооперований з приладу контрактури нижньої щелепи. Що необхідно зробити після оперативного лікування?:

Відповідь: Максимально тривалий час утримувати міжщелепну розпірку, медикаментозне лікування, механотерапія на весь період формування рубців.

2. Хвора Д., 32 роки, прооперована з приладу контрактури нижньої щелепи. Через півроку хвора звернулася до лікаря-хірурга-стоматолога з приводу рецидиву захворювання. Коли можуть спостерігатися рецидиви контрактур після лікування?

Відповідь: При системних ураженнях сполучної тканини. При надмірному колагеногенезі. При неналежному лікуванні хворого.

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (α=Π):

1. Стійке обмеження руху в суглобі, що виникає внаслідок поза суглобових змін – це:

- A. Контрактура
- B. Артроз
- C. Анкілоз
- D. Хронічний артрит
- E. Гострий артрит

(Правильна відповідь: A)

2. За видом контрактура буває:

- A. Артрогенна, больова, міогенна, нейрогенна, рубцева
- B. Артрогенна, больова, нейрогенна, гематогенна, лімфогенна
- C. Больова, міогенна, рубцева
- D. Больова, міогенна, нейрогенна
- E. Нейрогенна, гематогенна, лімфогенна

(Правильна відповідь: A)

3. Контрактура, зумовлена змінами в капсулі суглоба або зв'язках є:

- A. Артрогенна
- B. Хондрогенна
- C. Міогенна
- D. Osteогенна
- E. Рубцева

(Правильна відповідь: A)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. Хворому Д., 40 років, з діагнозом контрактура нижньої щелепи показана операція редресації. Що є показанням до проведення редресації (насильний безкровний розрив рубців) при контрактурі нижньої щелепи? (Відповідь: Малий обсяг рубця. Наявність великої кількості зубів із здоровим пародонтом. Дорослий вік. Свіжа контрактура).

2. Хворий М., 45 років, з діагнозом контрактура нижньої щелепи показане оперативне лікування. Що є необхідним при хірургічному лікуванні контрактур нижньої щелепи?

(Відповідь: Максимально видалити патологічно змінені тканини. Максимально відкрити рот і зафіксувати досягнутий рівень міжщелепною розпіркою. Максимально роз'єднати здорові та патологічно змінені тканини. Запобігти можливим ускладненням).

3. Хворому С., 47 років, з діагнозом контрактура нижньої щелепи показане оперативне лікування. Які з наведених методів не відносяться до хірургічних методів лікування рубцевих контрактур нижньої щелепи?

(Відповідь: Кондилотомія, репозиція і фіксація головки нижньої щелепи. Переміщення диска СНЩС. Склерозування капсули СНЩС. Механотерапія).

7.ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

- 1. Безруков В.М. Руководство по хирургической стоматологии челюстно-лицевой хирургии: 2 тома / В.М.Безруков, Т.Г. Робустова. - М., Медицина, 2000. - 488 с.
- 2. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области / Ю.И. Бернадский. - М.: Медицинская литература, 1999. – 456 с.

Додаткова література:

- 1. Ибрагимов З.И. Рентгенологические проявления контрактур височно-нижнечелюстного сустава / З.И. Ибрагимов, Н.А. Рабухина, В.А. Семкин // Вестник рентгенологии и радиологии. - М. - 2005.- №4.- С.21-23.

2. Петросов Ю.А. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава / Ю.А. Петросов, О.Ю. Калпакьянц, Н.Ю. Сеферян. Краснодар, 1996. – 349 с.
3. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология / Т.Г. Робустова. - М., 2003. - С.68-88.
4. Диагностика и лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава / В.А. Семкин: Дис. д. мед. н. - М., 1997. - 204 с.
5. Семкин В.А. Клиника, диагностика и лечение постинъекционных контрактур нижней челюсти / В.А. Семкин, Н.А. Рабухина, Н.В. Букатина // Стоматология. - 1998. - №5. - С.30-31.
6. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А. Тимофеев. - Киев, 2002. - С. 120.
7. Ибрагимов З.И. Постинъекционная контрактура нижней челюсти (экспериментально-клиническое исследование) / З.И. Ибрагимов: Дис. к. мед. н. - М., 2007. - 134 с.

№ 6. Анкілози скронево-нижньощелепного суглоба: етіологія, патогенез, класифікація, клініка, діагностика, лікування.

1.АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Анкілоз скронево-нижньощелепного суглобу (СНЩС) є важким інвалідизуючим захворюванням, що призводить до комплексу функціональних і косметичних порушень. Це пояснює необхідність раннього виявлення і усунення анкілозу СНЩС. Хоча число подібних хворих відносно невелике, складаючи за даними літератури не більше 5% від загального числа пацієнтів відділень щелепно-лицьової хірургії, але тяжкість функціональних порушень і косметичної деформації зазвичай настільки виражена, що при вступі подібного пацієнта в стаціонар, він забирає на себе велику частку сил і умінь лікаря. Крім того, анкілози все ще відносяться до захворювань з високим ризиком рецидивування, що на додаток до фізичних сильно витрачає і душевні сили хірурга, який, виписуючи прооперованого пацієнта, ніколи не знає з чим пацієнт повернеться через рік. Усе це призводить до того, що суперечки про тактику лікування, терміни і етапність оперативних втручань не вщухають досі, а невелика кількість хворих не дозволяє зробити однозначних висновків і розробити стандарти лікування для цієї важкої групи хворих.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1.Дати визначення, що таке анкілоз СНЩС.
- 2.2.Аналізувати етіологію і патогенез різних форм анкілозу СНЩС.
- 2.3.Запропонувати план обстеження хворого з анкілозом СНЩС.
- 2.4.Класифікувати анкілози СНЩС.
- 2.5.Перерахувати основні клінічні ознаки анкілозу СНЩС.
- 2.6.Запропонувати схеми лікування хворих з анкілозом СНЩС.
- 2.7.Проаналізувати дані додаткових методів обстеження хворих з анкілозом 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 скронево-нижньощелепного суглобу
3. Нормальна фізіологія	Знати функціональні можливості скронево-нижньощелепного суглобу в нормі
4. Патоморфологія	Описувати морфо-функціональні зміни у скронево-нижньощелепному суглобі при різних видах його патології
5. Пропедевтика внутрішніх хвороб	Застосовувати методи обстеження хворого при різних видах патології скронево-нижньощелепного суглобу
6. Рентгенологія	Вміти описати рентгенологічні знімки скронево-нижньощелепного суглобу
7. Клінічна фармакологія	Знати дію, показання до застосування, протипоказання, дозування, схеми призначення медикаментозних препаратів вживаних при лікуванні патології скронево-нижньощелепного суглобу

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
Анкілоз	Це фіброзне або кісткове зрощення суглобових поверхонь, що обумовлює часткове або повне зникнення суглобової щілини.
Симптом «пташине обличчя»	Це симптом, коли в дитячому віці вражаються обидва суглоби, розвивається двостороння мікрогенія, т. е. різке недорозвиненням усього нижнього відділу обличчя.
ВДОА	Це вторинний деформуючий остеоартроз.

4.2.Теоретичні питання до заняття:

1. Дати визначення, що таке анкілоз скронево-нижньощелепного суглобу.
2. Аналізувати етіологію і патогенез різних видів анкілозу скронево-нижньощелепного суглобу.
3. Запропонувати план обстеження хворого з анкілозом скронево-нижньощелепного суглобу.
4. Класифікувати анкілози скронево-нижньощелепного суглобу.
5. Перерахувати основні клінічні ознаки анкілозу скронево-нижньощелепного суглобу.
6. Запропонувати схеми лікування хворих з анкілозами скронево-нижньощелепного суглобу.
7. Перерахувати основні методи і методики оперативного лікування анкілозу скронево-нижньощелепного суглобу.
8. Проаналізувати дані додаткових методів обстеження хворих з анкілозом скронево-нижньощелепного суглобу.
9. Запропонувати план диспансерного спостереження за хворими з анкілозом скронево-нижньощелепного суглобу.

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

1. Уміти провести диференціальну діагностику між анкілозами та іншими захворюваннями СНЩС.
2. Уміти прочитати рентгенологічний знімок, МРТ, комп'ютерну томограму при анкілозах СНЩС.
3. Знати методики оперативного лікування кісткового анкілозу СНЩС.
4. Знати методики оперативного лікування фіброзного анкілозу СНЩС.
5. Знати методики артропластики СНЩС.

5.ЗМІСТ ТЕМИ:

Анкілоз скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС) - фіброзне або кісткове зрощення суглобових поверхонь, що обумовлює часткове або повне зникнення суглобової щілини.

За наявності у хворого разом з внутрішньосуглобовими (анкілозуючими) спайками ще і кісткових утворень позасуглобових (контрактурних) слід говорити про поєднання анкілозу СНЩС з контрактурою нижньої щелепи. Такий діагноз вимагає і відповідного плану хірургічного втручання.

На підставі класифікації хвороб кісток і суглобів у дітей Н. Н. Каспарова іменує стан фіброзної спайки суглобових поверхонь (т. е. фіброзний анкілоз СНЩС), що поєднується з грубою деформацією суглобового відростка (його укороченням і конгломератним розростанням), вторинним деформуючим остеоартрозом (ВДОА). На підставі цієї обставини ми ділимо фіброзні анкілози на дві підгрупи, що мають право на самостійність нозологічних форм: неускладнений фіброзний анкілоз і ускладнений (деформацією) фіброзний анкілоз, який можна назвати ще і вторинним деформуючим остеоартрозом або анкілозоконтрактурою.

Причиною внутрішньосуглобових зрощень можуть бути інфекційні остеоартрити і травми, у тому числі родові; у одиничних випадках відзначається туга рухомість в суглобі, що виникає ще до народження дитини. Прийнято ділити анкілози на придбані і природжені, запальні і травматичні.

У дітей анкілоз розвивається найчастіше в результаті гнійного отиту, що виник у зв'язку з яким-небудь інфекційним захворюванням (скарлатина, епідемічний паротит та ін.).

Розвиток анкілозу можливий також (як у дітей, так і у дорослих) у зв'язку з артритами будь-якої іншої етіології. За наявними даними, в мирний час близько 30% анкілозів виникає в наслідок ушкодження суглобового відростка нижньої щелепи і суглобової ямки скроневої кістки при падіннях, ударах в ділянку підборіддя і травмах під час пологів; 22% - внаслідок вторинного септичного ураження суглоба при гнійному отиті; 13% - із-за ураження голівки нижньої щелепи остеомієлітом; гонорейні, ревматичні, деформуючі артрити бувають причиною анкілозів у 13% хворих. Травматичні анкілози зазвичай розвиваються після закритих переломів суглобового

відростка нижньої щелепи. Після відкритих, особливо вогнепальних, ушкоджень анкілозування настає не так часто.

Іноді анкілоз розвивається внаслідок вивиху нижньої щелепи. У дітей грудного віку травматичний анкілоз може виникнути у зв'язку з ушкодженням суглоба при накладенні щипців під час пологів. Механізм розвитку кісткового анкілозу після перелому шийки нижньої щелепи у дітей можна собі уявити таким чином: голівка нижньої щелепи, що змістилася, зберігає епіфізарні зони росту, що продовжують функціонувати - продукувати нову кісткову тканину, яка поступово заповнює нижньощелепну ямку, зростається з нею і призводить до анкілозу.

Ушкодженням зон росту пояснюється подальше недорозвинення відповідної гілки щелепи; якщо вона і не пошкоджена, то мікрогенія розвивається через те, що «енергія» зони росту йде на утворення кісткового конгломерату: чим він більший, масивніший, тим більше недорозвинена гілка щелепи по своїй висоті. Тому для профілактики посттравматичних анкілозів у дітей рекомендується ретельно зіставляти і надійно фіксувати відламки гілки щелепи.

Симптоми анкілозу СНЩС.

Природжені анкілози спостерігаються виключно рідко. Згідно з наявними даними, до 80% анкілозів СНЩС розвиваються у дітей у віці до 10-15 років. Проте багато хворих поступають до лікувальних установ значно пізніше.

Анкілози можуть бути повні і часткові, кісткові і фіброзні, одно- (близько 93%) і двосторонні (близько 7%).

Неодмінний симптом анкілозу - це стійке повне або часткове обмеження розкриття рота, т. е. обмеження опускання нижньої щелепи і повна відсутність ковзаючих рухів в ураженому суглобі по горизонталі. Можливість відкриття рота у хворих з кістковими анкілозами одні автори пояснюють еластичністю самої нижньої щелепи, а інші - наявністю в кістковому конгломераті, що замурував суглоб, більш менш значного шару фіброзної тканини.

Міра рухливості голівки нижньої щелепи визначається шляхом її пальпації попереду козелка вуха і через передню стінку зовнішнього слухового проходу. При фіброзному анкілозі лікар відчуває ледве помітну рухливість голівки нижньої щелепи, чого немає при синостозі. Проте, незважаючи на повний синостоз в ураженому суглобі, зберігається, хоча і незначна, рухливість голівки нижньої щелепи на здоровій стороні. Це виявляється можливим за рахунок еластичності усієї нижньощелепної кістки.

Іноді, у випадках рецидиву анкілозу, відзначається стійко фіксований відкритий прикус. Це зазвичай є наслідком рецидиву після оперативного втручання, при якому резеціює значний фрагмент гілки щелепи, або результатом неправильної фіксації нижньої щелепи після операції, а також механотерапії, що неправильно проводиться, коли хворий приділяє увагу тільки відкриванню рота.

При обстеженні дорослого хворого, у якого анкілоз розвинувся в дитячому віці, виявляють виражену затримку росту ураженої половини нижньої щелепи і усієї відповідної половини обличчя. Проте і у дітей з анкілозами помітна асиметрія особи внаслідок зміщення підборіддя і кінчика носа в хвору сторону, зменшення усіх розмірів ураженої половини тіла і гілки нижньої щелепи (одностороння мікрогенія або мандибулярна ретрогнація). До того ж вушна раковина на хворій стороні може бути розташована нижче, ніж на здоровій. В результаті цього здорова половина обличчя виглядає такою, що запала і сплюсненою. Підборіддя зміщене в хвору сторону, яка, внаслідок розміщення нормального об'єму м'яких тканин в області зменшених в розмірах тіла і гілки нижньої щелепи, здається округлішою і створює враження здоровою. Тому бувають випадки, коли недосвідчений лікар приймає здорову сторону за хвору і навіть робить операцію на здоровому суглобі. У зв'язку з цим треба ретельно визначити основні розміри нижньої щелепи з обох боків.

Якщо в дитячому віці вражаються обидва суглоби, розвивається двостороння мікрогенія, така, що характеризується так званою пташиним обличчям, т. е. різким недорозвиненням усього нижнього відділу обличчя.

У разі розвитку анкілозу у дорослої людини, у якої вже закінчилося формування скелета, затримка в розвитку нижньої щелепи незначна або абсолютно відсутній.

В результаті тривалого анкілозування різко порушується функція жування і мови, особливо при двосторонніх фіброзних і кісткових анкілозах. У цих випадках внаслідок недостатнього розкриття рота повністю або майже повністю виключається їда нормальної консистенції. Хворі живляться рідкою або кашкоподібною їжею через вузьку щілину між зубними рядами, через щілину на місці

відсутнього зуба або позадимолярну щілину; хліб їм доводиться протирати пальцем крізь щілини між зубами.

За даними мастикаціографії, для анкілозів характерні роздавлюючий тип жування, зменшення частоти жувальних рухів (до 0.4-0.6 в 1 с), втрата жувальної ефективності коливається в межах 17-98%.

Біоелектрична активність жувальних м'язів (БАЖМ) на хворій і здоровою сторонах дуже різна і залежить від міри поширення рубцевих змін в суглобі і навколишніх тканинах; у тих випадках, коли кісткові або фіброзні спайки локалізуються в самому суглобі, БАЖМ на хворій стороні завжди вище, ніж на здоровій, а коли рубці поширилися на м'язи і м'які тканини, що оточували суглоб, БАЖМ на хворій стороні нижче, ніж на здоровій. При двосторонніх анкілозах БАЖМ майже однакова з обох боків.

Неможливість нормального прийому і розжовування їжі призводить до появи гінгівіту, патологічних ясенних кишень, до відкладення великої кількості зубного каменю, множинного ураження зубів каріозним процесом і віялоподібного зміщення зубів.

Такі хворі, як правило, ослаблені, виснажені і мають нездоровий колір обличчя; у більшості з них відзначається знижена або нульова кислотність шлункового соку із-за порушення секреції шлунку. Проте в деяких випадках хворі добре адаптуються до таких умов їди і живлення їх при цьому майже не порушене. Мова хворих з анкілозом порушена і ускладнена.

Лікування і видалення зубів при повному зведенні щелеп або дуже ускладнено, або абсолютно неможливо.

У разі блювоти (при інтоксикації, сп'янінні) таким хворим загрожує аспірація і асфіксія.

Недорозвинення щелепи призводить до западання язика під час сну на спині, внаслідок чого спати в цьому положенні зовсім неможливо або ж сон супроводжується найсильнішим хропінням. Постійне недосипання призводить до виснаження нервової системи, хворий стає дратівливим, худне і втрачає працездатність.

Обов'язковими рентгенографічними ознаками у хворих з кістковим анкілозом є повна або часткова відсутність суглобової щілини, переходу структури однієї кістки в іншу і відсутність зображення контурів тих відділів кісток, які утворюють зчленування.

Якщо анкілоз розвинувся давно (у ранньому дитинстві), на рентгенограмі визначатиметься укорочення і потовщення суглобового відростка, «шпора» в області кута нижньої щелепи, наявність нижнього, що не прорізається, 7 або 8 зуба в області її гілки.

Диференціальна діагностика анкілозу СНЩС. Неускладнений кістковий анкілоз необхідно диференціювати з кістковою контрактурою нижньої щелепи, а також з механічними перешкодами до відкриття рота. Перешкоди можуть бути обумовлені пухлиною (остеоомою, одонтомою, саркомою і т. д.) в області гілки щелепи, горба верхньої щелепи або вилицюватої кістки. Тому для остаточного встановлення діагнозу слід зробити ретельне пальцове дослідження (при цьому вказівний палець вводять між горбом верхньої щелепи і гілкою нижньої щелепи хворого, а також пальцують бічну стінку глотки) і рентгенографію.

При фіброзній, кістковій або кістково-фіброзній контрактурі нижньої щелепи, що не поєднується з анкілозом, обмеження її рухливості викликане позасуглобовими фіброзними або кістковими стяжіннями або розростаннями.

Діагноз анкілозу повинен ґрунтуватися на даних анамнезу (з'ясування етіологічного чинника і динаміки захворювання), клінічного і рентгенографічного обстеження, а саме: стійке повне або часткове обмеження рухів у СНЩС; деформація виросткового відростка; зміна розмірів і форми нижньої щелепи на ураженій стороні; наявність рентгенографічних ознак анкілозу.

Оглядаючи область суглобів, необхідно звертати увагу на наявність на шкірі рубців (слід поранення або запалення), післяопераційних шрамів позаду вушної раковини (з приводу мастоїдиту, отиту) і виділення гною із зовнішнього слухового проходу, а також на положення вушних раковин, відділу підборіддя нижньої щелепи і на рівень її нижнього краю на хворій і здоровою сторонах. Ці і інші дані проаналізовані при описі клінічних симптомів анкілозу.

Лікування таких хворих комплексне. Оперативне втручання має бути спрямоване на відновлення рухливості в суглобі і усунення супутній анкілозу деформації. Мета консервативного лікування у ортопеда — відновлення прикусу. При хірургічному лікуванні анкілозів слід не лише добитися рухливості щелепи шляхом створення неправдивого суглоба, але і одночасно з цим усунути супутні анкілозу деформацію щелепи і порушення прикусу.

Сприятливих результатів при хірургічному лікуванні анкілозів СНЩС можна добитися, якщо виконати наступні умови:

При виділенні зміненого суглобового кінця гілці щелепи мають бути забезпечені максимальне збереження і атравматичність жувальних м'язів під час операції і фіксація їх у фізіологічному натягненні. Для цього не слід відділяти від кістки сухожилля м'язів, а потрібно проводити кістково-м'язовий декорикат;

Проводити високу остеотомію гілки щелепи біля основи виросткового відростка з видаленням патологічно зміненого верхнього фрагмента і формувати суглобовий майданчик, за формою близький до природної і так само розташований;

Заміщення дефекту суглобового кінця щелепи бажано здійснювати ортотопічним алотрансплантатом з хрящовим покриттям суглобового кінця, а краще проводити пересадку нижнього напівсуглоба (разом з меніском) або блоку повного СНЩС з усіма його компонентами (гілка щелепи з суглобовою голівкою, міжсуглобовий диск, суглобовий майданчик скроневої кістки, міжсуглобові зв'язки і суглобова капсула);

Необхідно щільно припасувати трансплантат до кістки реципієнта і надійно фіксувати;

Рекомендувати ранні функціональні навантаження. Оперативне лікування анкілозів СНЩС є складним і травматичним хірургічним втручанням, тому операцію слід робити під ендотрахеальним наркозом з введенням інтубаційної трубки через ніс "наосліп". У тих випадках, коли назотрахеальний наркоз провести не вдається (викривлення носової перегородки, атрезія, рубцеве зарощування або звуження носових ходів), доводиться прибідати до трахеотомії.

Найбільш зручний доступ забезпечується напівовальним розрізом шкіри, який починається на 1,5-2 см нижче мочки вуха і огинає кут щелепи.

Далі розріз продовжують в підщелепну область приблизно до рівня бб. У підщелепній області розріз необхідно проводити на 3-4 см нижче краю щелепи з урахуванням укорочення і зведення гілки щелепи. Тканини розтинаються пошарово до кістки. Необхідно враховувати, що відновлення жувальної функції при анкілозі залежить не лише від створення штучного суглоба, але і від стану жувальних м'язів. У зв'язку з цим для забезпечення успіху операції дуже велике значення має збереження цілості жувальних м'язів і їх фіксація у фізіологічному положенні. Враховуючи це, сухожилля власне жувального м'яза треба не відсікати від кістки, а відділяти разом з кортикальною пластинкою гілки щелепи відповідно до місця їх прикріплення.

З цією метою лінійним розрізом по нижньовнутрішнього краю кута, тобто на межі прикріплення власне жувальною і медіальною крилоподібною м'язів, розтинають сухожильно-м'язові волокна і відділяють від нижнього краю кістки. Потім по нижньозадньому краю кута і передньому краю власне жувального м'яза за допомогою бормащини циркулярною пилкою і трепаном, ультразвуком або лазерним променем проводять розпилювання кортикального шару нижньої щелепи і відділяють воно разом з прикріпленим м'язом за допомогою тонкого широкого гострого долота. На іншій ділянці гілки щелепи із зовнішнього і внутрішнього боку на усьому протязі до вилицюватої дуги распаторем субперіостально відділяють м'які тканини. Після цього приступають до створення сприймаючого ложа для трансплантата. Для цього із зовнішнього боку гілки фрезою рівним шаром знімають решту кортикальний шар до появи точок, що кровоточать.

Рівень перетину гілки щелепи визначається характером і поширеністю патологічних змін в кістці. Так, при фіброзному або кістковому зрощенні суглобової голівки з суглобовою западиною скроневої кістки проводять резекцію виросткового відростка. Розтинають кістку за допомогою трепана і бору в поперечному або пилою Джиглі в косому напрямі через півмісяцеву вирізку назад і вниз. Якщо після видалення виросткового відростка тяга скроневого м'яза перешкоджає зведенню гілки, то остеотомію проводять біля основи вінцевого відростка, який зберігають для проведення кісткової пластики і відновлення функції нижньої щелепи. При масивних кісткових розростаннях, коли суглобовий і вінцевий відростки утворюють єдиний кістковий конгломерат, проводять поперечну остеотомію у верхній її третині, як можна вище до суглоба.

Під час остеотомії щоб уникнути ушкодження судин асистент підводить зігнутий шпатель під внутрішню поверхню гілки на рівні передбачуваного перетину кістки. В цей час хірург спеціальним гострим довгим трепаном за допомогою бормащини робить ряд наскрізних отворів, які сполучають тригранною хірургічною фрезою або циліндричним бором. Після того, як отримана рухливість щелепи на місці остеотомії, хірург бере кісткові щипці (костотримач), захоплює ними щелепу за кут і зводить її. Не завжди вдається при цьому легко звести щелепу, оскільки на внутрішній поверхні гілки іноді залишаються рубцеві спайки з навколишніми тканинами. У такому разі поступають таким чином. Асистент гачками добре піднімає жувальний м'яз разом із слинною залозою і м'якими тканинами, а хірург в лінію остеотомії вводить роторозширювач і їм розсовує кісткові поверхні. Цей прийом завжди забезпечує цілком достатнє

формою верхньої поверхні міжсуглобового диска зі збереженням по краях виступів, що перешкоджають зміщенню трансплантата. З внутрішньої поверхні трансплантата відповідно до сприймаючого ложа кістки реципієнта знімають кортикальний шар. Із зовнішнього боку його в області прикріплення кортикальної пластинки з жувальним м'язом також створюють сприймаюче ложе. Трансплантат гілки з нижньої щелепи слід брати з кутом і в усю її ширину, для того, щоб їм можна було одночасно подовжити гілку, створити кут щелепи, і відшкодувати бракуючу частину кістки по задньому краю гілки, що утворилася після переміщення щелепи вперед. Дефект суглобового кінця щелепи, що утворився, заміщають трансплантатом з таким розрахунком, щоб його суглобова голівка поміщалася на створеному суглобовому майданчику. Вінцевий відросток, що зберігся, сполучають з вінцевим відростком трансплантата. Другий кінець трансплантата сполучають з кінцем щелепи реципієнта унакладку і щільно зміцнюють двома дротяними швами. Вінцеві відростки скріплюють тонким танталовим дротом. Сухожилля медіального крилоподібного м'яза і власне жувальний м'яз з кортикальної пластинкою прикріплюють не до кута, а ззаду кута до заднього краю гілки щелепи, тобто, не змінюючи їх довжини, прагнучи відтворити фізіологічне натягнення м'язів. Збереження цілості і фізіологічного натягнення жувальних м'язів, поза сумнівом, позитивно позначається на жувальній функції.

Артропластика при анкілозі СНЩС (другий варіант)

Артропластика суглоба по другому варіанту полягає в тому, що в область дефекту виросткового відростка після його видалення при анкілозі пересаджують цілий блок консервованого алогенного суглоба. Показанням до його пересадки є наявність тільки кісткового і рецидивуючого анкілозу у поєднанні з недорозвиненням щелепи або без її деформації. Доступ до суглоба при операції по другому варіанту здійснюють також екстраоральним підходом. Після остеотомії і видалення кісткового конгломерату формують не суглобовий майданчик, як при першому варіанті операції, а сприймаюче кісткове ложе для трансплантата. Кісткове ложе має бути рівною горизонтальною площиною з двома — переднім і заднім — виступами, в яких роблять по одному отвору для фіксації трансплантата. Трансплантат містить блок суглоба, який складається з: ділянки скроневої кістки з суглобовим майданчиком; міжсуглобового диска; суглобової голівки; суглобової капсули; міжсуглобових зв'язок.

Під час тієї, що припасувала трансплантата його верхню поверхню на скроневої кістці вирівнюють. По краях передньої і задньої сторін її роблять по одному отвору відповідно до ділянок сприймаючого ложа, що виступають. Після введення трансплантата в створене ложе його фіксують двома швами з тонкого танталового дроту. Другий кінець трансплантата сполучають з гілкою щелепи реципієнта, як в першому варіанті. У рану вводять антибіотики і пошарово зашивають її. Для попередження утворення гематоми на 1-2 дні в рані залишають гумовий випускник.

Щільність трансплантата забезпечує надійну фіксацію його до щелепи реципієнта і міцне утримання щелепи в посагу положенні дротяними швами.

Нижню щелепу фіксують до верхньої тільки на період проведення кісткової пластики і на 7-10 днів післяопераційного періоду, до усунення набряку. Потім хворий поступово починає робити активні рухи щелепою, в подальшому йому призначають фізіо- і механотерапію. Застосування цих методів дозволяє відновити жувальну функцію, одномоментно подовжити гілки щелепи, встановити прикус в нормальне положення і усунути деформацію нижньої щелепи. Крім того, при пересадці цілісного блоку суглоба, окрім функції відкривання рота, до певної міри відновлюються і бічні рухи, що має важливе значення для повноцінного розжовування їжі.

В. С. Йовчев (1963) описав спосіб "підвісної" артропластики при анкілозі без змін вінцевого відростка і навколишніх тканин. Він зробив поперечну остеотомію виросткового відростка по можливості ближче до голівки і під основу вінцевого відростка. Щелепу переміщав вниз і в неуражену сторону. Потім вільний кінець вінцевого відростка сполучав з куксою в області відокремленого виросткового відростка і скріплював їх кістковим швом. При цій методиці гілка щелепи не має упору в суглобі і залишається як би підвішеною на скроневому м'язі.

Для заповнення м'яких тканин до заднього краю зрушеної вперед гілки щелепи прикріплюють двома швами хрящовий алотрансплантат.

Г. П. Иоаннідіс (1970) при анкілозі СНЩС робив остеотомію у верхній третині гілки щелепи. Після видалення і відповідної обробки верхнього фрагмента підборіддя встановлюють по середній лінії. Дефект суглобового кінця щелепи заміщають ребровим кістково-хрящовим алотрансплантатом. Кістковий кінець трансплантата занурюють в створене поглиблення гілки або подовжньо розщеплюють і одну його частину поміщають в створений канал, а іншу — на

зовнішню поверхню піднадкістя без додаткової фіксації. При цьому хрящовий кінець закругленої форми обернений у бік суглоба, який зазвичай розташовується нижче природного, що, на думку автора, лише трохи погіршує функцію нижньої щелепи.

Западиння в защелепному просторі, що виникає після переміщення щелепи вперед і в неуражену сторону, ліквідують шляхом додаткової підсадки алогенного хряща, який фіксують до заднього краю гілки кетгуттовими швами. При використанні цієї методики, як відмічає автор, значно зменшується мікрогенія і досягаються добрі функціональні результати.

П. 3. Аржанцев (1971) при анкілозі СНЩС і мікрогенієві після ретельного вивчення клінічних, рентгенологічних і функціональних даних, а також особливостей щелепно-лицьової деформації робив реконструктивні операції з метою усунення мікрогенії, кісткового анкілозу з одного боку і фіброзного — з іншою. Під ендотрахеальним наркозом (з інтубацією через трахеостому) виконують двосторонню високу остеотомию гілок нижньої щелепи. Видаляють кістковий конгломерат в області виросткового відростка на стороні кісткового зрощення. Виниклий дефект відшкодовує імплантатом з органічного скла або пластмаси. Суглобову западину формують хірургічним шляхом. У області підборіддя накладають затиск апарату Рудько для скелетного витягнення нижньої щелепи. Через 5-7 днів після встановлення зубів в прикус скелетне витягнення замінюють міжщелепною гумовою тягою. Через 3 тижні під ендотрахеальним наркозом через раніше накладену трахеостому вичленують малорухомий виростковий відросток на стороні фіброзного зрощення. Імплантат, встановлений для формування сприймаючого кісткового ложа (на попередній операції), видаляють. Після цього здійснюють двосторонню артропластику СНЩС ліофілізованими алогенними суглобовими відростками.

Лікування двосторонніх анкілозів СНЩС складніше. Необхідно сказати, що іноді в передопераційному періоді помилково ставлять діагноз "двосторонній анкілоз", приймаючи односторонній анкілоз за двосторонній і, навпаки, двосторонній — за односторонній. Тому перед операцією потрібне дуже ретельне рентгенологічне дослідження обох суглобів. Нині уточненню діагнозу допомагає томографія. При двосторонньому анкілозі після зробленої остеотомії на одній стороні звести гілку щелепи не вдається навіть роторозширювачем. Особливо форсувати ці рухи не слід. У таких випадках тампують рану марлевими серветками, змоченими антибіотиками. Не можна тампувати рану марлевими кульками, оскільки кульки, промоклі кров'ю, стають малопомітними в глибині рани і їх можна легко залишити в рані при закінченні операції. Після того, як рану затампонували, краї шкірної рани поверх серветок зближують 2-3 тимчасовими швами і повертають голову хворого в інший бік (обережно, щоб не порушити систему ендотрахеального наркозу). Обробивши операційне поле, роблять таку ж операцію на іншій стороні. Необхідно мати на увазі, що після операції з приводу двостороннього анкілозу СНЩС в післяопераційному періоді може настати западання язика, тому у кінці операції слід прошити мову і прив'язати лігатуру на 2-3 дні до пов'язки. У цьому періоді хворі потребують особливо ретельного спостереження персоналу в нічний час. Надалі хворі пристосовуються самостійно утримувати мову. Для утримання нижньої щелепи у виправленому положенні в післяопераційному періоді впродовж 10-14 днів застосовують витягнення за відділ підборіддя щелепи за допомогою накісткового затиску, гачка або дротяної петлі, шнуром через блок з вантажем в 500-800 р.

Застосування деєпідермизованного Філатівського стебла при усуненні анкілозу СНЩС

Усі автори, що займаються вивченням віддалених результатів лікування анкілозів СНЩС, відмічають велике число рецидивів захворювання. Рецидиви частіше розвиваються впродовж першого року після операції, але описані випадки їх розвитку і через декілька років після операції. А. А. Лимберг для попередження розвитку рецидиву анкілозу нижньої щелепи в 1948 р. застосував для міжкісткового прокладення деєпідермізоване Філатовське стебло. Операція багатоетапна, тому метод рекомендується тільки для усунення рецидивів анкілозу. Філатівське стебло формують зазвичай на животі. Через 3 тижні ніжку стебла пересаджують на кисть або передпліччя. Ще через 3 тижні роблять основну операцію усунення анкілозу. Описаним вище методом оголяють область анкілозу і як завжди обробляють кістку. Потім відсікають ніжку стебла від живота і скальпелем видаляють упродовж 7-8 см епідермальний шар шкіри, залишивши на стеблі лише сітчастий шар так, щоб жирова клітковина була покрита дермою. Деєпідермізовану ділянку стебла вводять між кістковими поверхнями і зміцнюють його матрацним швом через усю товщу щоки і 2-3 швами до навколишніх тканин з таким розрахунком, щоб він не міг зміститися. Потім повертають на своє місце жувальний м'яз і м'які тканини, накладають погрузаючи кетгуттові шви, шкірну рану зашивають. Частину стебла ретельно пришивають до шкіри так, щоб рана була

закрита наглухо. Між швами вводять гумовий випускник на 48 ч. Усе подальше ведення хворого таке ж, як було описано вище. На наступному етапі, через 2-3 тижні, відсікають надлишок стебла у нижнього краю щелепи або, якщо є ще мікрогенія, стебло відсікають від руки, деєпідермізують його, розпластують і вводять під шкіру для корекції асиметрії особи. Таким чином, цей метод дозволяє усунути не лише анкілоз СНЩС, але і асиметрію обличчя, викликану западінням тканин в області гілки щелепи, і мікрогенією. Усунення двосторонніх анкілозів СНЩС за допомогою прокладення з Філатівського стебла роблять таким чином. Після того, як стебло однією ніжною прирощене до руки, відсікають другу ніжку від живота і пересаджують її в область кута нижньої щелепи. Через 3-4 тижні відсікають ніжку стебла від руки і пересаджують її на симетричне місце з іншого боку. Таким чином, стебло розташовується під підборіддям у вигляді стремена. Ще через 3-4 тижні роблять одномоментно усунення анкілозу з обох боків. Розтинають стебло упоперек на 2 рівних частини, роблять двосторонню остеотомію, зводять щелепу. Деєпідермізують обидві ніжки стебла повністю і кожну вводять між кістковими поверхнями на своїй стороні. Надалі операцію роблять так, як це було описано раніше. Між корінними зубами з обох боків вводять гумові прокладення, а підборіддя підтягують "пращей", іноді накладають міжщелепне витягнення. Живлення хворому в післяопераційному періоді на 15-20 днів призначають через зонд. Руки щелепи дозволяють з 10-15-го дня.

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, що відповідає за формою і величині простору між фрагментами. Вкладиш фіксують кетгутовими швами до навколишніх тканин, вставляють прокладення між корінними зубами і здійснюють позаротове витягнення щелепи впродовж 14-16 днів.

Артропластика СНЩС способом Великанової, 1956

Роблять косу остеотомію по Рауєру, кінці розпилювання кістки припікають димлячою азотною кислотою впродовж 1-2 хвилин. Кислоту наносять за допомогою вати на паличці, навколишні тканини ізолюють марлею, змоченою насиченим розчином натрію гідрокарбонату для нейтралізації кислоти. Здійснюють витягнення щелепи впродовж 10-13 днів.

Артропластика СНЩС способом Бернадського - Михайлик, 1974

Роблять остеотомію нижньої щелепи ближче до рівня суглоба. Нижній фрагмент відводять вниз і вперед, фіксують щелепу назубними шинами. Куксу нижнього фрагмента гілки покривають ковпачком з білкової оболонки яєчка (бика). Ковпачок фіксують кетгутовим швом, що обвиває кут щелепи.

Артропластика СНЩС способом Максудова - Драновського, 1981

Розрізами по Рауєру або Львову оголяють кут і тіло нижньої щелепи. Відшаровують жувальний м'яз від гілки і скелетують його до суглобового і вінцевого відростків. Отсепаровують внутрішній крилоподібний м'яз з внутрішньої сторони гілки. Роблять остеотомію ближче до ураженого суглоба. Нижній фрагмент зміщують донизу, щелепу зіставляють в правильному положенні. На край нижнього фрагмента щелепи насаджують ковпачок з срібно-паладієвого сплаву.

Артропластика СНЩС способом Михайлик - Бернадського, 1978

Остеотомію здійснюють біля основи вінцевого відростка. Видаляють надлишок конгломерату кістки в області півмісяцевої вирізки і суглобового відростка. Нижню щелепу зміщують донизу і наперед. Вінцевий відросток переміщують і фіксують до верхньозадньому краю гілки кістковими швами.

Артропластика СНЩС способом Міхельсона, 1948

Здійснюють косу остеотомію гілки по Рауєру. У щілину, що утворилася, після розведення фрагментів вставляють ковпачок з пластмаси, який надівають на рухливий відрізок кістки. Ковпачок фіксується до окістя гілки.

Артропластика СНЩС способом Плотнікова - Ткаченко, 1966

Після оголення гілки нижньої щелепи роблять її остеотомію, видаляють кістковий масив, формують суглобову западину в скроневій кістці. Нижню щелепу переміщують в правильне положення. Дефект гілки, що утворився, заміщують кістковим ліофізілірованим алотрансплантатом з нижньої щелепи з суглобовим кінцем, який фіксують кістковим швом.

Артропластика СНЩС способом В. Ф. Рудько - Каспаровой, 1956

Скелетують усю гілку нижньої щелепи, аж до кісткового зрощення. Роблять горизонтальну остеотомію гілки у верхній її третині. На нижньому фрагменті гілки моделюють суглобову голівку і шийку шляхом видалення ділянки кістки. Розводять фрагменти не менше чим на 10 мм і надівають ковпачок з ЭГМАСС-12, до якого приварена "вежа" з АКР-7. Ковпачок повинен туго охоплювати кістку і міцно на ній сидіти.

Усунення анкілозу СНЩС способом Бернадського, 1956

Через розріз, нижче мочки вуха, кут нижньої щелепи, що облямовує, і що триває в піднижньощелепній області, оголяють гілку, скелетують її від жувальної і медіальної крилоподібної м'язів і окістя. Здійснюють остеотомію по методу Рауеру. Розводять фрагменти і між ними вставляють Деєпідермізований, позбавлений жиру клапоть шкіри, який фіксують кетгуттовими швами до залишків жувальної і медіальної крилоподібної м'язів у краю кута щелепи.

Усунення анкілозу СНЩС способом Бернадського -- Михайлик, 1978

Екстраорально оголяють гілку нижньої щелепи, роблять її остеотомію на межі верхньої і середньої третини, моделюють суглобову голівку з нижнього фрагмента гілки, що резеціює, і покривають її ковпачком з ксеногенної склерокорнеальної оболонки, який фіксують швами до жувального м'яза. Рану пошарово зашивають. При необхідності зміщують підборіддя до симетричного положення і здійснюють витягнення його через блок.

Усунення СНЩС з мікрогенією у дітей способом Лімберга, 1955

Розрізом, що огинає кут нижньої щелепи, оголяють і звільняють його від окістя, жувального м'яза. Скелетують усю гілку аж до півмісяцевої вирізки. Внутрішню поверхню гілки звільняють від окістя і медіального крилоподібного м'яза. Роблять остеотомію вінцевого відростка і суглобового відростка в області шийки або основи (при кісткових зрощеннях). Зводять гілку щелепи вниз і вперед до встановлення підборіддя в правильне положення. Здійснюють витягнення щелепи за допомогою накісткового затиску, накладеного на кут щелепи.

Усунення анкілозу СНЩС способом Львова, 1936

Розрізом під кутом нижньої щелепи оголяють її гілку. Перетинають прикріплення жувальною, медіальною крилоподібною м'язів. Отсепаровують разом з окістям м'яза на внутрішній і зовнішній поверхнях і скелетують усю гілку. Здійснюють косу остеотомію гілки в зоні верхньої її третини (по Рауеру). Січуть передню ділянку гілки у вигляді клину. Кінець нижнього відрізка кістки закругляють і моделюють голівку і шийку.

Усунення анкілозу СНЩС способом Рауеру, 1928

Розрізом по нижньому краю вилицюватої дуги, відступивши від слухового проходу на 1,5 см наперед і далі вниз, починаючи від заднього кінця першого вилицюватого розрізу, оголяють гілку нижньої щелепи. Відділяють окістя по зовнішній поверхні гілки і по її передньому і задньому краям. Здійснюють косу лінійну остеотомію по лінії основи суглобового відростка. При існуванні одночасно кісткового зрощення між вінцевим відростком і вилицюватою кісткою додатково роблять косу лінійну остеотомію вінцевого відростка біля його основи. У щілину, що утворилася, після розведення фрагментів поміщають клапоть з широкої фасції стегна з жиром так, щоб фасція покривала нижній відрізок гілки, а жир заповнював простір і на внутрішній стороні гілки.

Усунення анкілозу СНЩС способом Роше, 1898

Оголяють нижню щелепу розрізом, що огинає її кут. Викроюють клапоть на живлячій ніжці з жувального м'яза. Скелетують гілку нижньої щелепи до суглобового і вінцевого відростків, як із зовнішньою, так і внутрішньою сторін. Роблять остеотомію трапецієвидної форми в області нижньої половини гілки. Нижній фрагмент гілки зводять і в дефект, що утворився, укладають м'язовий клапоть, який пришивають до зовнішньої поверхні крилоподібного м'яза.

Усунення анкілозу СНЩС способом Роше в модифікації Сміту, 1899

Операцію здійснюють по методу Роше лише з тією різницею, що остеотомію роблять в середній третині гілки нижньої щелепи.

Усунення анкілозу СНЩС способом Роше - Сміту в модифікації Березовського, 1901

Роблять остеотомію від заднього краю гілки в область верхньої половини у напрямку до краю півмісяцевої вирізки. У простір між фрагментами укладають клапоть жувального м'яза, який прикріплюють до окістя внутрішньої поверхні нижнього фрагмента.

Усунення анкілозу СНЩС способом Савицького, 1968

Звільняють гілку нижньої щелепи від рубців, роблять її остеотомію, зводять до правильного положення. До гілки підшивають відрізок ауторебра з хрящовою частиною, який моделюють за формою суглобової голівки. Застосовується у дітей.

Усунення фіброзного анкілозу СНЩС

Розрізом по Рауеру розтинають капсулу суглоба, видаляють рубцево-змінений диск і рубці. При необхідності, для досягнення достатньої міри розкриття рота вставляють в суглобову щілину остеотом і обертальними рухами розривають спайки, що утворилися на внутрішній поверхні. Між молярами на хворій стороні вставляють розпірку.

Усунення фіброзного анкілозу СНЩС способом Семенченка, 1951

Між премолярами на здоровій стороні вводять плоске долото або шпатель і поступово розширюють щілину між зубними рядами настільки, щоб можна було застосувати роторозширювач Гейстера. Вставляють роторозширювач між різцями і повільно відкривають рот на 1-1,5 см Вводять другий розширювач на стороні анкілозу між премолярами і повільно розкривають порожнину рота до 3,5-4 см Між корінними зубами вставляють пластмасову або металеву розпірку.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Завдання для самоконтролю:

1. Медична амбулаторна карта хворого з патологією СНЩС.
2. Схеми обстеження хворого з патологією СНЩС.
3. Схеми лікування хворих з патологією СНЩС.

Б. Задачі для самоконтролю:

1. Пацієнт К., 44 роки, звернувся зі скаргами на обмеження відкривання рота до 0,5 см, відсутність горизонтальних рухів нижньої щелепи, біль в обох СНЩС. При рентгенологічному дослідженні встановлена відсутність суглобової щілини на деяких ділянках, потовщення головки і шийки суглобового відростка, зменшення вирізки нижньої щелепи. Який діагноз можна допустити?

Відповідь: Фіброзний анкілоз СНЩС

2. Хворий Н., 50 років, після рентгенологічного обстеження має таку рентгенологічну картину: повне зникнення суглобової щілини, кісткове зрощення головки нижньої щелепи із суглобовою ямкою скроневої кістки Для якого захворювання характерна така рентгенологічна картина?

Відповідь: Кістковий анкілоз

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю ($\alpha=II$):

1. Відсутність рухомості у суглобі внаслідок запалення, дегенеративного процесу або травми:

- А. Анкілоз
 - В. Контрактура
 - С. Хронічний артрит
 - Д. Юнацький деформуючий артрит
 - Е. Склерозуючий артроз
- (Правильна відповідь: А)

2. Що не є рентгенологічною ознакою кісткового анкілозу?

- А. Наявність екзофітів
 - В. Повне зникнення суглобової щілини
 - С. Кісткове зрощення головки нижньої щелепи із суглобовим заглибленням скроневої кістки
 - Д. Утворення єдиного кісткового конгломерату
 - Е. Ствощення та укорочення шийки нижньої щелепи
- (Правильна відповідь: А)

3. Які є рентгенологічні ознаки фіброзного анкілозу?

- А. Суглобова щілина ледве помітна, суглобова головка сплюснена, шийка стовщена
- В. Кісткове зрощення головки нижньої щелепи із суглобовим заглибленням скроневої кістки
- С. Руйнування суглобової головки та початкові явища репарації
- Д. Межі нижньощелепної ямки та суглобового відростка згладжуються наближаючись до прямої лінії
- Е. Ділянки звуження і розширення суглобової щілини, вогнище остеопорозу і деструкції кісткової тканини елементів СНЩС

(Правильна відповідь: А)

1. Перерахуйте види анкілозу:

- А. Позасуглобовий, внутрішньосуглобовий, фіброзний, кістковий
- В. Позасуглобовий, внутрішньосуглобовий, гострий, хронічний
- С. Позасуглобовий, внутрішньосуглобовий, генералізований, фіброзний, кістковий
- Д. Локалізований, генералізований, фіброзний, кістковий
- Е. Локалізований, генералізований, фіброзний, хрящовий, кістковий

(Правильна відповідь: А)

2. Яке захворювання характеризується кістковим зрощенням суглобових поверхонь СНЩС.

- А. Кістковий анкілоз СНЩС
- В. Фіброзний анкілоз СНЩС
- С. Деформуючий артрит СНЩС
- Д. Артроз СНЩС
- Е. Синдром Костена

(Правильна відповідь: А)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. Хвора В., 12 років, має діагноз анкілоз СНЩС. Головним симптомом захворювання є мікрогенія (симптомом «пташиного обличчя»). Які симптоми та синдроми не є характерними для анкілозу СНЩС. (Відповідь: Первинна часткова адентія, контрактура нижньої щелепи, макрогнатія, парез жувальної мускулатури)

2. Хворий Б., 17 років має недорозвинення нижньої щелепи. Наслідком анкілозу СНЩС не може бути?

(Відповідь: Недорозвинення верхньої щелепи, вторинна адентія зубів нижньої щелепи, макрогнатія, парез жувальної мускулатури)

3. У хворого Н., 18 років має місце фіброзний анкілоз СНЩС. Фіброзний анкілоз СНЩС не характеризується:

(Відповідь: Зрощенням суглобових поверхонь, наявністю рубцевих змін у жувальних м'язах, склерозом кортикальних пластинок суглобових кісткових поверхонь, деструктивними і гіперпластичними змінами кісткових елементів суглоба)

7.ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Безруков В.М. Руководство по хирургической стоматологии челюстно-лицевой хирургии: 2 тома / В.М.Безруков, Т.Г. Робустова. - М., Медицина, 2000. - 488 с.
2. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области / Ю.И. Бернадский. - М.: Медицинская литература, 1999. – 456 с.

Додаткова література:

1. Петросов Ю.А. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава / Ю.А. Петросов, О.Ю. Калпакьянц, Н.Ю. Сеферян. Краснодар, 1996. – 349 с.
2. Плотников Н.А. Костная пластика нижней челюсти / Н.А. Плотников. - М.: Медицина, 1979. – 214с.
3. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология / Т.Г. Робустова. - М., 2003. - С.68-88.
4. Диагностика и лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава / В.А. Семкин: Дис. д. мед. н. - М., 1997. - 204 с.
5. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А. Тимофеев. - Киев, 2002. - С. 120.

№ 7. Дисфункції скронево-нижньощелепного суглобу. Синдром больової дисфункції скронево-нижньощелепного суглобу.

1.АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Синдром дисфункції СНЩС - один з найважчих і суперечливіших діагнозів, з яким доводиться стикатися практикуючим лікарям-стоматологам. Близько 57% пацієнтів, що звертаються за допомогою до стоматолога, мають ті або інші скарги на порушення функції СНЩС. Від 14% до 29% дітей і підлітків страждають на це захворювання. Різноманітність клінічних проявів дисфункції СНЩС визначається поліетіологічністю (множинними визначальними чинниками) патологічних змін, що розвиваються в ньому, що ускладнює діагностику і лікування.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Дати визначення, що таке дисфункція СНЩС.
- 2.2. Аналізувати етіологію і патогенез різних форм дисфункції СНЩС.
- 2.3. Запропонувати план обстеження хворого з дисфункцією СНЩС.
- 2.4. Класифікувати дисфункції СНЩС.
- 2.5. Перерахувати основні клінічні ознаки дисфункції СНЩС.
- 2.6. Запропонувати схеми лікування хворих з дисфункціями СНЩС.

2.7. Проаналізувати дані додаткових методів обстеження хворих з дисфункціями 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 скронево-нижньощелепного суглобу
3. Нормальна фізіологія	Знати функціональні можливості скронево-нижньощелепного суглобу в нормі
4. Патоморфологія	Описувати морфо-функціональні зміни у скронево-нижньощелепному суглобі при різних видах його патології
5. Пропедевтика внутрішніх хвороб	Застосовувати методи обстеження хворого при різних видах патології скронево-нижньощелепного суглобу
6. Рентгенологія	Вміти описати рентгенологічні знімки скронево-нижньощелепного суглобу
7. Клінічна фармакологія	Знати дію, показання до застосування, протипоказання, дозування, схеми призначення медикаментозних препаратів вживаних при лікуванні патології скронево-нижньощелепного суглобу

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
Дисфункція	Це поняття, коли наслідки деякого явища, дії або процесу виявляються несприятливими для цього об'єкту або органу.
Синдромом Костена	Це синонім больової дисфункції ВНЧС.
ВНЧС	Скронево-нижньощелепний суглоб.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Дати визначення, що таке дисфункція скронево-нижньощелепного суглобу.
2. Аналізувати етіологію і патогенез різних видів дисфункції скронево-нижньощелепного суглобу.
3. Запропонувати план обстеження хворого з дисфункцією скронево-нижньощелепного суглобу.
4. Класифікувати дисфункції скронево-нижньощелепного суглобу.
5. Перерахувати основні клінічні ознаки дисфункції скронево-нижньощелепного суглобу.
6. Запропонувати схеми лікування хворих з дисфункцією скронево-нижньощелепного суглобу.
7. Проаналізувати дані додаткових методів обстеження хворих з дисфункцією скронево-нижньощелепного суглобу.
8. Запропонувати план диспансерного спостереження за хворими з дисфункціями скронево-нижньощелепного суглобу.

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

1. Уміти провести диференціальну діагностику між дисфункціями і іншими захворюваннями СНЩС.
2. Уміти прочитати рентгенологічний знімок, картину МРТ, комп'ютерну томограму при дисфункціях СНЩС.
3. Уміти скласти план обстеження пацієнтів з дисфункціями СНЩС.
4. Уміти зняти больовий синдром при дисфункції СНЩС.
5. Уміти скласти план лікування пацієнтів з дисфункціями СНЩС.

5. ЗМІСТ ТЕМИ:

Дисфункцію СНЩС в медицині називають по-різному: міофасціальний синдром, хронічний підвивих нижньої щелепи, артрит, артроз СНЩС. Іноді її називають синдромом Костена по імені отоларинголога із США, який першим досліджував порушення функції СНЩС на початку ХХ століття і виявив зв'язок з вушними болями. Це одна із складних і тяжких патологій, яку непросто як діагностувати, так і лікувати.

Діагностика ураження СНЩС ускладнена тим, що симптомів у цієї патології багато. Але деякі з них можна назвати класичними - ті, що зачіпають самі СНЩС, вуха, голову, щелепи і зуби. Оскільки в суглобах нервових закінчень немає, то коли порушена їх функція в цій області, людина не

відчуває біль. Вона виникає у вухах, в області шиї, голови або в тригерних точках, що є ущільненнями в м'язах (жувальних, скроневих, під'язиковою, скроневих, шийних), - біль відчувається при натисканні на них. При цьому відчувається шум у вухах, хрускіт в суглобах при відкриванні рота.

Найпоширеніший симптом - клацання в суглобі нижньої щелепи, причому що не завжди супроводжуються больовими відчуттями. Звук, що видається при цьому щелепою, можуть почути оточення. Якщо щелепа клацає, значить, диск зміщений і м'язи, що підтримують нижню щелепу під час пережовування їжі, напружені неприродно. Наслідком цієї напруги стають болі в м'язах, особі, голові і шиї.

Блокування, або замикання СНЩС - цей стан, при якому суглоб рухається нерівномірно із-за порушень, які в нім сталися. Людина помічає, що нижня щелепа відкривається нерівномірно, ніби щось ловить. А щоб широко відкрити рот вимагається спочатку посувати нижньою щелепою то в один, то в інший бік, іноді це доводиться робити до тих пір, поки не пролунає клацання в точці її "відмикання".

Із-за близькості СНЩС до вушних раковин, його ураження часто стає причиною болів у вухах, його закладеності, аж до втрати слуху. Дзвін у вухах можуть викликати як порушення в суглобі, так і боротьба з болем за допомогою препаратів (аспірин, ібупрофен).

Головний біль - один з найбільш частих симптомів патології СНЩС. Зазвичай вона концентрується в скронях, потилиці і навіть плечах (лопатках). Стискання щелеп і скреготання зубами (бруксизм), які також можуть бути симптомами патології СНЩС, викликають м'язовий біль, який стає причиною головних болів. Зміщений диск СНЩС також може заподіювати біль у суглобі, який часто відчувається у скроні, лобі або шиї. Причому ці болі такі сильні, що лікарі часто плутають їх з мігренню або з патологіями головного мозку.

Із-за бруксизму, який може бути і причиною, і наслідком ураження СНЩС, зуби можуть стати дуже чутливими. При цьому стоматолог не може знайти причини цієї чутливості і вимушений депульпувати зуби, а в деяких випадках і видаляти, щоб позбавити свого пацієнта від болю. Але біль, навпаки, посилюється.

З патологією СНЩС можуть бути пов'язані болі в спині із-за підвищеної напруги м'язів (міофасціальний больовий синдром), запаморочення, дезорієнтація, розгубленість, депресія і на її фоні - порушення сну. Можливо також розвиток фотофобії (підвищеною чутливістю до світла), виникнення болю в оці, нечіткий зір і сипання очних м'язів.

Дисфункція зустрічається в усіх вікових групах, а взагалі людей, що страждають цією патологією, за різними підрахунками - до 70 відсотків. Серед причин її виникнення - порушення прикусу, різке перенапруженні жувальних м'язів при пережовуванні твердої і грубої їжі, неправильне лікування зубів (пломбування зуба, протезування), бруксизм і підвищена стертість зубів, спортивні навантаження, які призводять до перенапруження окремих груп м'язів.

Часто причиною розвитку дисфункції СНЩС стає стрес, а також неправильне стоматологічне лікування, точніше, помилки стоматологів-ортопедів, ортодонтів, терапевтів, хірургів : навіть лікування простого карієсу може привести до дисфункції СНЩС, якщо стоматолог терапевт поставив завищену пломбу, що порушило симетрію і привело до односторонніх навантажень, а потім і до зміщення дисків, а з ним і до болів. Причинами цієї хвороби можуть стати також травма суглобів, стертість зубів при бруксизмі, надмірні навантаження при заняттях спортом.

Лікування

Якщо ви упевнені в тому, що болі, які ви відчувають пацієнти пов'язані з дисфункцією СНЩС, то що, щоб поліпшити функцію жування і зменшити біль, можна використати вологе тепло: необхідно до хворого місця прикласти компрес - його функцію може виконати пляшка з гарячою водою, обернута теплим сирим рушником, щоб уникнути опіку.

Зменшити запалення і притупити біль допоможе лід. Але крижаний пакет (чи пластикову пляшку з льодом) не можна класти безпосередньо на шкіру, краще обернути його тканиною. Пам'ятайте, що не можна використати лід більше 10-15 хвилин, перерва між установкою компресів має бути не менше години.

Тимчасово зменшити біль допоможуть анальгетики.

М'яка (можна перетерта) або змішана їжа дає щелепи можливість відпочити. Відмовитися від твердих, хрустких і таких, що довго жуються продуктів. Не намагайтеся відкривати якнайширше рот, відкушуючи великі шматки.

Освойте зручну для вас техніку релаксації : розслаблення допомагає впоратися з болем, супроводжуючу дисфункцію СНЩС.

Діагностика

Діагностувати дисфункцію СНЩС складно не лише стоматологам, але і лікарям інших спеціальностей, тому часто виявляється, що захворювання виявляється пізно і лікування виявляється довгим і непростим. Для діагностики синдрому СНЩС використовують рентгенографію (у тому числі ортопантомограму), електроміографію, комп'ютерну томографію (КТ), магнітно-резонансну томографію (МРТ), артроскопію. Щоб правильно поставити діагноз, важливо проконсультуватися у фахівців різних напрямів в стоматології.

Через те, що дисфункція суглобів важко діагностується, навіть стоматологи мало знайомі з цією патологією і способами лікування. Тому велика частина пацієнтів не отримує кваліфікованої своєчасної допомоги і ходить до остеопатам, мануальним терапевтам, отоларингологам, терапевтам, неврологам, психотерапевтам. Насправді лікуванням захворювань СНЩС повинні займатися стоматологи залежно від причини, що викликала цей стан.

Щоб досягти успіху в терапії, потрібний комплекс заходів: ортодонтичне лікування для виправлення прикусу, хірургічне втручання, перелік зубів, протезування, фізіотерапевтичні процедури, іглорефлексотерапія.

За свідченнями лікар може призначити нічне носіння шини, за допомогою якої знімається міофасціальний больовий синдром. Її можна використати і для діагностики, і для попередження стертості зубів при бруксизмі.

Лікувати дисфункцію СНЩС обов'язково - при зміщенні диска суглобові поверхні піддаються перебудові (артроз), в порожнині суглоба розростається груба сполучна тканина, що призводить до знерухомлення суглоба - анкілозу.

Профілактика - це своєчасне і якісне лікування і протезування зубів, виправлення прикусу, вчасне звертання по допомогу до лікаря після травми.

Больова дисфункція СНЩС. У практичній роботі лікаря-стоматолога, лікаря-невролога досить часто доводиться стикатися із стоматоневрологічною симптоматикою. Однією з таких проблем є дисфункція СНЩС.

Існує тісний взаємозв'язок між клініко-неврологічною симптоматикою і дисфункцією СНЩС.

Як правило, пацієнти з дисфункцією СНЩС пред'являють скарги:

1. Болі в області СНЩС локального або дифузного характеру.
2. Головні болі часто із стороною ураженого суглоба. Головні болі частіше мають інтенсивний характер за типом гемікранії.
3. Болі в шийному відділі хребта, обмеження рухливості шийного відділу хребта, запаморочення.
4. Обмеження рухливості суглоба (неповного відкриття рота).
5. Напруга лицьової і жувальної мускулатури (частіше з боку «зацікавленого» суглоба, але можлива і двостороння локалізація напруги мускулатури).
6. Порушення нічного сну і так далі

При зборі анамнезу можливо виявити:

1. Травму суглоба або нижньої щелепи.
2. Перенесені стоматологічні маніпуляції (як правило, протезування).
3. Професійні шкідливості (як правило, це пацієнти, робота яких пов'язана зі значним мовним навантаженням).
4. Дегенеративно-дистрофічні зміни з боку хребта і інших суглобів.

Найчастіше ця категорія пацієнтів спостерігається тільки лікарем стоматологом (як правило пацієнт при виникненні скарг після проведеного протезування або лікування у стоматолога до нього ж і звертається) і звичайно в цьому випадку говорити про клініко-неврологічний огляд і обстеження пацієнта не доводиться. У зв'язку з цим велике значення придбаває спільну співпрацю лікаря невролога і лікаря стоматолога, а також обов'язковий комплекс діагностичного обстеження пацієнтів з дисфункцією СНЩС.

Лікування. Лікарська терапія міофасціальний больової дисфункції (МБД) СНЩС не замінює, а доповнює традиційне оклюзійне лікування, застосування оклюзійних шин.

При хронічному перебігу МБД СНЩС складно обійтися без фармацевтичних засобів. Бо комплексне лікування має бути спрямоване на усі встановлені ланки патогенезу. Але біль завжди пов'язаний з ЦНС.

У разі МБД СНЩС окрім алгічної рецепції і самого відчуття болю важливе значення має її емоційне переживання (страждання).

1. Одна з основних труднощів при лікуванні МБД СНЩС полягає в тому, що окрім самого болю (навіть якщо вона є єдиною скаргою) необхідно оцінити багато інших чинників, що впливають на

стан хворого. Деякі пацієнти знаходяться в стані тривожності або навіть страху. У подібних випадках, виправдано призначення галоперідолу по 0,5 міліграм 2 рази на добу.

2. При розгляді тривіальних фармакологічних методів боротьби з болем в першу чергу слід вказати на групу ненаркотичних анальгетиків, основними представниками яких, звичайно, являються нестероїдні протизапальні препарати (НПВП), хоча відомо, що монотерапія ними не завжди здатна адекватно ліквідувати больовий синдром.

При больовій дисфункції що виникає внаслідок розтягування жувальних м'язів, вираженим болем, що супроводжується, набряклістю в області СНЩС використовуються нестероїдні протизапальні препарати: «Моваліс», «Найз», «Доналгин», «Нимегесик 100», «Месулід». Препарати застосовуються впродовж 5-10 днів по 1 таблицю. 1-2 рази в день.

У комплексній терапії больової дисфункції СНЩС застосовується «Вольтарен Емульгель». Препарат чинить місцево-анестезуючу, охолоджувальну і знеболуючу (за рахунок пригнічення біосинтезу простагландинів) дію, зменшує набряк тканин. Препарат наносять на шкіру 3-4 рази в день і злегка втирають. Курс лікування — 2-3 тижні.

3. Полегшити стан пацієнтів, що страждають від МБД СНЩС, здатні бензодіазепіни (Діазепам, феназепам, елениум). Ці лікарські препарати знайшли застосування при терапії різних психотичних станів і порушень сну, проте вони також широко використовуються для лікування больових синдромів, що особливо протікають на тлі спастичних станів жувальних м'язів. При лікуванні МВС СНЩС перевагу слід віддати Діазепаму, який має виражену миорелаксуючим дію. Його звичайна доза — 5 міліграм за 1 годину перед сном, потім по 2 міліграми 2 рази в добу. Як правило, Діазепам призначають на термін 7-10 днів.

4. Знаходять також широке застосування в терапії МВС СНЩС антидепресанти. Проте анальгетичну активність мають не усі препарати цієї групи. Найбільша перевага при лікуванні больових синдромів віддається амитриптиліну по 25 міліграм 2 рази в добу. Припускають, що його лікувальна дія пов'язана не з антидепресивним ефектом, а із здатністю впливати на шляхи, що проводять больову імпульсацію в ЦНС.

5. Якщо МВС СНЩС протікає на тлі ішемічної хвороби серця, гіпертонічної хвороби, то виправдано використання гуанфацину, Верапамілу, які відносяться до неопіатних анальгетиків. Анальгетичний ефект гуанфацину, що прямо корелює з дозою препарату, був показаний в експериментальних роботах Михайловича В. А. і Ігнатова Ю.Д. (1990). Страшинов В. І. та ін. (1996) у своїх спостереженнях представили переконливі дані ефективного використання гуанфацину при проведенні аналгезії у пацієнтів в післяопераційному періоді, причому 2 міліграми препарату, перорально, що призначається, за їх даними, забезпечували впродовж 8 годин адекватне знеболення.

6. Не втратило актуальності використання хімічних сполук, що утрудняють синаптичну передачу в нервових центрах і нейтралізуючих активність таких медіаторів болю і парестезії, як серотонін, гістамін. Одним з таких препаратів є «Резерпін» (Кассиль Г. Н., 1975). Він, впливаючи на серотонінергетичні структури, зменшуючи біль.

7. Нині є дані про ефективність у пацієнтів з міофасціальним синдромом, бруксизмом, тризмом, головними болями напруги препарату «Ботокс». Він застосовується у вигляді ін'єкції в уражений м'яз, що призводить до зниження активності м'язових рецепторів розтягування. Клінічно це проявляється вираженим розслабленням м'яза в місці ін'єкції і значним зменшенням болю в ній.

8. У експериментальних умовах було продемонстровано і підтверджено клінічним шляхом релаксуюча дія препарату «Атаракс» на скелетну мускулатуру. Він також чинить анальгезирующее, антигістамінну, антихолинергическое, симпатолічне дію. При парестезіях в щелепно-лицьовій області препарат призначають по 0,025 один раз в добу на ніч.

9. При одночасній наявності гіпертонусу в скроневій, жувальній і грудинно-ключично-сосковидній м'язах виправдано призначення таких препаратів, як: «Сирдалуд», «Парафон», «Миоластан», «Мідокалм», «Баклофен». Вони знижують тонус скелетних м'язів, чинять помірну анальгезирующее дію.

10. Для усунення м'язових болів і спазмів використовується «Миоспрей» — препарат, основною активною речовиною якого є бензил никотинат, що викликає місцеву дилатацію артеріол і капілярів. Ментол, який входить до складу препарату, чинить легку місцеву анальгезирующее дію. Миоспрей розпилюється на шкіру з відстані 10-15 см до утворення товстого вологого шару препарату. Потім оброблена поверхня масажується до легкої гіперемії шкіри.

11. Для зняття болю використовують також компреси з камфорною або жовтою ртутною маззю (2-4%), апицартроном (бджолина отрута), випракутаном (змійна отрута). Одним з перерахованих препаратів наноситься на шкіру в області хворого СНЩС 1-2 рази в день впродовж 2-3 тижнів.

12. При сильних болях і різкому обмеженні рухливості нижньої щелепи доцільно застосовувати місцеву анестезію. Щоб виключити багатократне введення розчину анестетика в хворобливу ділянку жувальних м'язів, а у ряді випадків і з метою проведення диференціальної діагностики больової дисфункції СНЩС запропонований спосіб блокади рухових гілок трійчастого нерва у підскроневого гребеня (Єгоров П. М., 1967) слабким розчином анестетика без адреналіну.

13. При неефективності консервативної терапії деякі автори рекомендують внутрішньосуглобові ін'єкції. Найчастіше застосовують пролонговані форми глюкокортикостероїдів («Дипроспан», «Депомедрол», «Кеналог 40»). У СНЩС вводиться не більше 1 мл лікарського препарату.

14. При медикаментозній терапії хворих літнього віку слід звертати увагу на спазматичні явища і необхідність корекції порушеного мозкового і кардіального кровообігу, що часто зустрічається. Вказані лікувальні заходи проводять відповідні фахівці (невропатолог, кардіолог).

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Завдання для самоконтролю:

1. Медична амбулаторна карта хворого з патологією СНЩС.
2. Схеми обстеження хворого з патологією СНЩС.
3. Схеми лікування хворих з патологією СНЩС.

Б. Задачі для самоконтролю:

1. У хворого Х., 34 роки, понижена висота прикусу. Хворий звернувся в клініку хірургічної стоматології із скаргами на порушення функції СНЩС. Яке захворювання обумовлюється зниженням висоти прикусу, який призводить до тиску голівок нижньої щелепи на зведення суглобової ямки і на вушно-темпоральний нерв, барабанну струну? Відповідь: Синдром Костена.

2. У хворої С., 33 років, має місце больова дисфункція СНЩС. Хвора спрямована на рентгенологічне дослідження. Яка рентгенологічна картина спостерігається при больовій дисфункції СНЩС : Відповідь: Асиметрія взаємовідносин суглобових голівок і суглобових щілин.

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю ($\alpha=II$):

1. Синонім синдрому больової дисфункції СНЩС є?

- A. Синдром Костена.
- B. Синдром Дюпоитрена.
- C. Синдром Робена.
- D. Хвороба Крону.
- E. Хвороба Педжета.

(Правильна відповідь: А)

2. Для якого захворювання характерні S - подібні рухи нижньої щелепи під час відкривання рота?

- A. Больова дисфункція СНЩС.
- B. Гострий артрит.
- C. Хронічний артрит.
- D. Артроз.
- E. Анкілоз.

(Правильна відповідь: А)

3. При больовій дисфункції СНЩС амплітуда рухів нижньої щелепи :

- A. Збільшена.
- B. Зменшена.
- C. Не змінена.
- D. Нижня щелепа знерухомлена.
- E. Немає правильної відповіді.

(Правильна відповідь: А)

4. Для синдрому Костена не характерно:

- A. «Тугорухомість» нижньої щелепи уранці.
- B. Тупий біль в області СНЩС.
- C. Адентія або зниження прикусу.
- D. Зниження слуху і шум у вухах.
- E. Головний біль.

(Правильна відповідь: А)

5. Які з перерахованих методів використовуються для лікування больової дисфункції СНЩС?

- А. Вправлення зміщеного внутрішньо суглобового диска, медикаментозна, фізіотерапія, міжклюдійні ортопедичні капи.
- В. Вправлення зміщеного внутрішньо суглобового диска.
- С. Вправлення зміщеного внутрішньо суглобового диска, медикаментозна, фізіотерапія, кондилотомія.
- Д. Вправлення зміщеного внутрішньо суглобового диска, медикаментозна, фізіотерапія, артропластика.
- Е. Медикаментозна, фізіотерапія, міжклюдійні ортопедичні капи.

(Правильна відповідь: А)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. До типових симптомів дисфункції СНЩС відноситься:

- А. Вегетативна симптоматика.
- В. Біль в ділянці обличчя, щелепних суглобів, шиї і плечей, усередині або біля вуха при жуванні, розмові або широкому відкриванні рота.
- С. Стомлюваність лицьових м'язів.
- Д. Обмеження амплітуди відкривання рота.
- Е. Набряклість з одного боку особи.

(Правильні відповіді: В, С, D, E)

2. До етіологічних чинників виникнення дисфункції СНЩС відносяться:

- А. Вживання м'якої їжі.
- В. Оклюзійні порушення.
- С. Психо-емоційний стрес.
- Д. Бруксизм.
- Е. Гормональні порушення.

(Правильні відповіді: В, С, D, E)

3. Пацієнт звернувся до хірурга-стоматолога із скаргами на хрускіт і клацання в лівому СНЩС, тупий і ниючий біль. Об'єктивно: пальпація СНЩС безболісна, амплітуда рухів нижньої щелепи збільшена, відзначається S -подібні руху щелепи. Хворому поставлений діагноз: Больова дисфункція СНЩС. З якими захворюваннями необхідно провести диференціальну діагностику цьому пацієнтові?

- А. Вивих нижньої щелепи.
- В. Гострий артрит.
- С. Хронічний артрит.
- Д. Контрактура нижньої щелепи.
- Е. Позасуглобовий анкілоз СНЩС.

(Правильні відповіді: В, С, D, E)

7. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Безруков В.М. Руководство по хирургической стоматологии челюстно-лицевой хирургии: 2 том / В.М.Безруков, Т.Г. Робустова. - М., Медицина, 2000. - 488 с.
2. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области / Ю.И. Бернадский. - М.: Медицинская литература, 1999. – 456 с.

Додаткова література:

1. Петросов Ю.А. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава / Ю.А. Петросов, О.Ю. Калпакьянц, Н.Ю. Сеферян. Краснодар, 1996. – 349 с.
2. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология / Т.Г. Робустова. - М., 2003. - С.68-88.
3. Диагностика и лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава / В.А. Семкин: Дис. д. мед.– М., 1997. - 204 с.
4. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А. Тимофеев. - Киев, 2002. - С. 120.

№ 8. Підсумкове заняття: «Сучасні методи діагностики та лікування захворювань скронево-нижньощелепного суглобу».

1.АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Патологія СНЩС - одна з самих поширених в структурі захворювань стоматологічного профілю з яким доводиться стикатися практикуючим лікарям-стоматологам. Близько 57% пацієнтів, що звертаються за допомогою до стоматолога, мають ті або інші скарги на порушення функції СНЩС. Від 14% до 29% дітей і підлітків страждають на це захворювання. Різноманітність клінічних проявів патології СНЩС визначається поліетіологічністю (множинними визначальними чинниками) патологічних змін, що розвиваються в ній, що ускладнює діагностику і лікування.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Вказати на особливості анатомічної будови СНЩС.
- 2.2. Знати сучасні клінічні і лабораторні методи обстеження хворих з патологією СНЩС.
- 2.3. Запропонувати план обстеження хворого з патологією СНЩС.
- 2.4. Класифікувати захворювання СНЩС.
- 2.5. Знати клініку, діагностику і методи лікування хворих з вивихами нижньої щелепи.
- 2.6. Знати клініку, діагностику і методи лікування хворих з гострими і хронічними артритом СНЩС.
- 2.7. Знати клініку, діагностику і методи лікування хворих з артритом-артрозами і артрозом СНЩС.
- 2.8. Знати клініку, діагностику і методи лікування хворих з контрактурами нижньої щелепи.
- 2.9. Знати клініку, діагностику і методи лікування хворих з анкілозами СНЩС.
- 2.10. Знати клініку, діагностику і методи лікування хворих з різними видами дисфункції СНЩС.
- 2.11. Запропонувати схеми лікування хворих з різними видами патології СНЩС.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, УМІННЯ, 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 у СНЩС при різних видах його патології
5. Пропедевтика внутрішніх хвороб	Застосовувати методи обстеження хворого при різних видах патології СНЩС
6. Рентгенологія	Уміти описати рентгенологічні знімки СНЩС
7. Клінічна фармакологія	Знати дію, показання до застосування, протипоказання, дозування, схеми призначення медикаментозних препаратів вживаних при лікуванні патології СНЩС

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
Анкілоз	Це фіброзне або кісткове зрощення суглобових поверхонь, яке обумовлює часткове або повне зникнення суглобової щілини.
Симптом «пташине обличчя»	Це симптом, коли в дитячому віці вражаються обидва суглоби, розвивається двостороння мікрогенія, т. е. різке недорозвинення усього нижнього відділу особи.
ВДОА	Це вторинний деформуючий остеоартроз.
Контрактура	Це різке обмеження рухливості у СНЩС в результаті патологічних змін м'яких тканин, які оточують його і функціонально пов'язаних з ним
Редресація	Це насильницький безкровний розрив рубців при контрактурі нижньої щелепи
Механотерапія	Це використання стандартних або індивідуальних апаратів для лікування контрактури нижньої щелепи.
Дисфункція	Це поняття, коли наслідки деякого явища, дії або процесу виявляються несприятливими для цього об'єкту або органу.

Синдромом Костена	Це синонім больової дисфункції СНЩС.
СНЩС	Скронево-нижньощелепний суглоб.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Особливості анатомічної будови СНЩС.
2. Сучасні клінічні і лабораторні методи обстеження хворих з патологією СНЩС.
3. Класифікації захворювань СНЩС.
4. Клініка, діагностика і методи лікування хворих з вивихами нижньої щелепи.
5. Клініка, діагностика і методи лікування хворих з гострими і хронічними артритидами СНЩС.
6. Клініка, діагностика і методи лікування хворих з артритом-артрозами і артрозом СНЩС.
7. Клініка, діагностика і методи лікування хворих з контрактурами нижньої щелепи.
8. Клініка, діагностика і методи лікування хворих з анкілозами СНЩС.
9. Клініка, діагностика і методи лікування хворих з різними видами дисфункції СНЩС.

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

1. Обстежувати хворого з патологією СНЩС.
2. Описати історію хвороби або амбулаторну картку хворого з патологією СНЩС.
3. Призначити план обстеження хворого з патологією СНЩС.
4. Скласти план лікування хворого патологією СНЩС.

5. ЗМІСТ ТЕМИ:

Особливості будови СНЩС.

Структурні елементи СНЩС:

- голівка нижньої щелепи
- нижньощелепна ямка скроневої кістки
- суглобовий горбок скроневої кістки
- позасуглобовий конус
- внутрішньосуглобовою диск
- капсула суглоба
- зовні- і внутрішньосуглобові зв'язки
- синовіальна рідина

Відмітні анатомічні характеристики СНЩС:

- а) суглобові поверхні кісток покриті волокнистим хрящем, а не гіаліновим;
- б) нижня щелепа має зуби, форма і розташування яких впливають на характер руху суглобів;
- в) лівий і правий суглоби функціонують як єдине ціле; порушення рухів в одному з них відбиваються на характері рухів в іншому;
- г) повна залежність внутрішньосуглобових взаємовідносин від характеру оклюзії і стану жувальних м'язів;
- д) суглобова капсула прикріплюється усередині нижньощелепної ямки, а не за суглобовою ямкою, як в інших суглобах;
- ж) наявність внутрішньосуглобового диска.

Відмітні функціональні характеристики СНЩС:

- Комбінація поступальної і обертальної ходи.

Будь-який рух в суглобі розпочинається з ковзання суглобової голівки по задньому скату суглобового горбка, потім приєднується обертальний рух навколо горизонтальної осі голівки.

Ця функціональна особливість обумовлена наявністю суглобового диска, який ділить порожнину суглоба на дві камери. У верхній камері відбувається поступальна хода (голівка зміщується вниз по задньому скату суглобового горбка). У нижній камері одночасно відбуваються обертальні рухи навколо горизонтальної осі.

Таким чином, два відділи суглоба, ізольовані один від одного диском, єдині при виконанні функції.

- Синхронність рухів в двох суглобах, пов'язаних між собою непарною нижньощелепною кісткою.

Цю особливість необхідно враховувати при діагностові захворювань ВНЧС. Наприклад, при звичному вивиху одного суглоба завжди порушується функція іншого. При формуванні вторинного деформуючого остеоартрозу в одному суглобі хворий суглоб несе додаткові функціональні навантаження за рахунок здорового. В той же час в здоровому суглобі розвивається обмеження рухливості за рахунок зниження функції хворого суглоба.

Діагноста захворювань СНЩС досі залишається однією з актуальних проблем сучасної стоматології. Це пов'язано з тим, що окремі питання етіології, патогенезу, диференціальної діагностики і лікування дисфункції СНЩС залишаються до кінця не вивченими і частенько носять суперечливий характер. Крім того, різноманітність клінічних проявів дисфункції СНЩС визначається поліетиологічністю патологічних змін, що розвиваються в ній, внаслідок чого форма клінічних проявів не відповідає характеру морфологічних змін в суглобі, а доступні методи діагностики не завжди дозволяють виявити патологію і оцінити міру функціональних порушень. Для кожного захворювання існує «золотий стандарт діагностики», тобто найбільш точний діагностичний метод, за допомогою якого можна встановити наявність або відсутність цього захворювання. Як правило, застосування еталонного методу діагностики обмежується його високою вартістю і має бути фінансово виправдано для пацієнта. Але для будь-якого діагностичного методу існує декілька альтернатив різної міри точності.

Рентгенографія і комп'ютерна томографія використовуються для дослідження стану кісткових тканин суглоба, для вивчення стану м'яких тканин застосовується магнітний резонанс. Доступна і досить ефективна ультразвукова діагностика СНЩС, що дозволяє виявити патологію практично усіх елементів суглоба при відкриванні і закритті рота. Методика дослідження не вимагає підготовки, легка у виконанні, нешкідлива. Проте, устаткування для УЗІ також, як і для МРТ вимагає чималих матеріальних витрат і також завжди віддалений від робочого місця стоматолога. Нині у зв'язку з розвитком новітніх технологій на стоматологічному ринку з'явилося устаткування, яке дає можливість диференціювати пацієнтів з патологією СНЩС ще на первинному стоматологічному прийомі. За даними виробника (фірма Bioresearch, США), апарат для комп'ютерної електровібрографії СНЩС «BioJVA» дозволяє: виявити шуми, що виникають у СНЩС, оцінити стан елементів СНЩС, траєкторію руху нижньої щелепи, ступінь тяжкості захворювання.

Артроскопія СНЩС. Тонкий артроскоп, за розміром приблизно рівний голці для ін'єкцій, вводиться у СНЩС і проводить огляд хрящової тканини, кістки, зв'язок і синовіальну мембрану. Артроскопія збільшує масштаб структур суглобового простору подібно до мікроскопа і показує запалені ділянки синовіальної мембрани, спайки суглобового диска з навколишніми структурами, а також "перфорацію диска", при якій відбувається злиття верхнього і нижнього суглобового простору.

Сьогодні єдиної класифікації захворювань СНЩС не існує. Найбільш прийнятних декілька. Класифікація В. І.Бургонської і Ю.И.Бернадського (1970).

Виділяє:

- артрити (гострі і хронічні)
- артроз (склерозуючі і деформуючі),
- артритоартрози.

Класифікація В. А.Хватовой (1982).

Виділяє:

- артрити (гострі і хронічні)
- артроз (склерозуючі і деформуючі, в хронічній стадії і у стадії загострення),
- м'язово-суглобові дисфункції
- анкілози
- пухлини.

Ускладнення: стоматоневрологические симптоми, вивихи і підвивихи нижньої щелепи, суглобового диска.

Класифікація П. Г. Сисолятїна, В. М. Безрукова, А.А. Ільїна (1997).

Виділяє:

АРТИКУЛЯРНЫЕ: (має місце ураження суглобових тканин)

1. Запальні (артрити).
2. Незапальні.
 - 2.1. Внутрішні порушення.
 - 2.2. Остеоартрози:
 - не пов'язані з внутрішніми порушеннями СНЩС (первинні або генералізовані)
 - пов'язані з внутрішніми порушеннями СНЩС (вторинні)
 - 2.3. Анкілози.
 - 2.4. Природжені аномалії
 - 2.5. Пухлини

НЕАРТИКУЛЯРНІ (пов'язані з ураженням жувальних м'язів).

1. Бруксизм.
2. Больовий синдром дисфункція СНЩС.
3. Конtrakтура жувальних м'язів.

Класифікація кафедри щелепно-лицьової хірургії БГМУ
(м. Мінськ).

I. АРТИКУЛЯРНІ: (має місце ураження суглобових тканин)

1. Самостійні захворювання.

- Внутрішні порушення.
- Дегенеративно-деструктивні процеси (артроз).
- Захворювання запального характеру (артрити).
- Травматичні ушкодження (гострий травматичний артрит).
- Рідкісні форми захворювань СНЩС (хондроматоз, пухлини і пухлиноподібні утворення).

2. У поєднанні з ураженням інших суглобів :

- при ревматичному артриті
- при ревматоїдному артриті
- при хворобі Бехтерева
- при псоріатичному артриті
- при хворобі Шегрена
- при мікрокристалічних артритах
- при артропатіях.

II. Неартикулярные

- Хвороби м'язів (бруксизм, контрактури, синдром больової дисфункції).
- Хвороби зв'язок і інших навколосуглобових тканин.

Згідно МКБ - 10 захворювань суглоба віднесені до двох класів.

Клас XII щелепно-лицьові аномалії (включаючи аномалії прикусу), розділ 6 «Хвороб СНЩС».

1. Синдром больової дисфункції СНЩС.
2. Клацаюча щелепа.
3. Вивих і підвивих СНЩС.
4. Біль у СНЩС, не класифікована в інших рубриках.
5. Тугорухомість СНЩС, не класифікована в інших рубриках.
6. Остеофіти СНЩС.
7. Інші хвороби СНЩС.
8. Хвороба СНЩС не уточнена.

Клас XIII. Хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини :

Артропатії:

1. Інфекційні артропатії: піогенний артрит, реактивні артропатії, хвороба Рейтера.
2. Запальні поліартропатії: серопозитивний ревматоїдний артрит, синдром Фелті, інші ревматоїдні артрити, юнацький артрит.
3. Травматичні артропатії.
4. Артроз:
 1. Поліартроз.
 2. Остеоартроз.
 3. Первинний артроз.

Таким чином, нині чітко розрізняють дві самостійні групи захворювань СНЩС:

- 1) захворювання, при яких спостерігається ураження суглобових тканин (XIII клас);
- 2) захворювання, обумовлені патологією жувальних м'язів (XII клас) і будовою зубощелепної системи.

Вивих нижньої щелепи. Розрізняють передній і задній вивих голівки нижньої щелепи. Вивих може бути одностороннім і двостороннім.

Передній вивих голівки нижньої щелепи може статися в результаті удару, надмірного відкривання рота при відкушуванні від великого шматка, позіханні, видаленні зубів, коли лікар пропонує хворому широко відкрити рот і не фіксує долонею щелепу, і т. п.

Клінічна картина при передньому вивиху голівки нижньої щелепи характерна. Мова хворого невиразна, він скаржиться на різкі болі в пошкодженому суглобі, рот відкритий і не закривається, підборіддя зміщене убік, протилежну до ушкодження, особа асиметрична, щоки сплюснули. При пальпації в області зовнішнього слухового проходу визначається западання, що утворюється в

результаті зміщення вперед голівки нижньої щелепи, яка легко промацується під вилицюватою дугою.

Лікування свіжих вивихів роблять під місцевою анестезією, при застарілих вивихах застосовують загальне знеболення. Вправлення свіжого вивиху зазвичай відбувається легко. При звичному вивиху показано оперативне лікування хворого.

Артрита СНЩС. Гострі артрити. Гострий артрит СНЩС травматичної етіології виникає в результаті сильної механічної дії: удару, забиття, надмірного відкривання рота і т. п.

Гострий артрит інфекційного походження розвивається зазвичай на тлі гострого тонзиліту, переохолодження, грипу і т. п. Ревматичні і ревматоїдні артрити є результатом гематогенного інфікування або поширення інфекції по продовженню при отиті, мастоїдиті, остеомиєліті гілки щелепи, гнійному паротиті і т. п.

Лікування гострого артриту будь-якої етіології розпочинають із забезпечення спокою суглобу. Цього досягають за допомогою працевидної пов'язки, що індивідуально виготовляється, і міжзубний такою, що роз'єднує прикус пластинки або прокладення, яке накладають на стороні ураження строком на 2-3 дні.

Лікування при травматичному артриті проводять з метою зняти болі, досягти розсмоктування крові, що вилілася в суглоб, в можливо ранні терміни і добитися повного відновлення функції нижньої щелепи.

Лікування ревматичних і ревматоїдних артритів проводять консервативними засобами і обов'язково спільно з ревматологом. У комплекс терапії, що призначається, входять протизапальні нестероїдні, антибактеріальні, стероїдні препарати. Дуже стримано слід відноситися до рекомендацій застосовувати внутрішньосуглобове впровадження лікарських препаратів, не можна одночасно вводити в суглоб більше 1 мл розчину будь-якої речовини, оскільки це призводить до розтягування суглобової сумки.

При гнійних артритах показано невідкладне оперативне лікування хворого: розтин і дренажування вогнища запалення, які роблять в стаціонарі.

На етапі долікування хворим призначають фізіотерапевтичне лікування: сухе тепло, УВЧ-терапію, електрофорез, діатермію, компреси.

Хронічні артрити. Хронічний артрит характеризується, передусім, ниючими болями в суглобі, тугорухомістю, хрускотом, скутістю вранці і після більш менш тривалого стану спокою. На рентгенограмі визначається звуження суглобової щілини — результат реактивних, а пізніше і деструктивних змін покривного хряща голівки нижньої щелепи і суглобової ямки.

Лікування хворих з ревматичним і ревматоїдним артритом здійснюють ревматологи. Під час переходу травматичних артритів в хронічну стадію призначають ультразвукову терапію, парафіно- і озокерітотерапію, масаж жувальних м'язів, електрофорез бджолиної отрути, медичної жовчі, препаратів йоду. Добрий результат дає міогімнастика.

Інфекційно-специфічні артрити. Інфекційно-специфічні артрити зустрічаються порівняно рідко. Розрізняють гонорейний, туберкульозний, актиномікотичний, сифілітичний артрити та ін.

Лікування хворих з інфекційно-специфічними артритами спрямоване на ліквідацію основного захворювання і здійснюється відповідними фахівцями.

Артроз. У основі етіології захворювання лежать процеси дистрофічного характеру, що розвиваються на тлі тривалого, в'яло перебігаючого запалення або хронічної мікротравми, серед яких значне місце займають часткова адентія, особливо при односторонніх кінцевих дефектах, зубощелепної деформації і неправильні взаємовідносини артикуляцій, що створюються при протезуванні зубів. В результаті одночасно протікаючих процесів запалення і дегенерації, що супроводжуються деструкцією і проліферацією хрящової і кісткової тканини, розвиваються явища остеосклерозу і остеопорозу анатомічних структур СНЩС, що призводить до їх деформації і порушення конгруентності. Залежно від форми цих станів розрізняють склерозуючий і деформуючий артроз.

Діагноз встановлюють на підставі оцінки результатів клінічних, рентгенографічних і лабораторних досліджень.

Лікування хворих комплексне: медикаментозне, фізіотерапевтичне, ортопедичне і, за наявності показань, оперативне.

Контрактура нижньої щелепи. Різке обмеження рухливості у височно-нижньощелепному суглобі внаслідок патологічних змін м'яких тканин, що оточують його і функціонально пов'язаних з ним. Контрактура нижньої щелепи виникає на ґрунті змін в шкірі, в тій, що оточує суглоб підшкірній

клітковині, в жувальних м'язах, у фасції (привушно-скроневою), в нервових волокнах травматичного або запального походження.

Лікування контрактур нижньої щелепи має бути патогенетичним. Якщо контрактура нижньої щелепи центрального походження, хворого направляють в неврологічне відділення лікарні для усунення основного етіологічного чинника (спастичний тризм, істерія).

У разі її запального походження спочатку усувають джерело запалення (видаляють причинний зуб, розтинають флегмону або абсцес), а потім проводять антибіотико-, фізіо- і механотерапію.

Контрактури нижньої щелепи, викликані кістковими або кістково-фіброзними великими спайками, зрощеннями вінцевого відростка, переднього краю гілки або щоки, усувають шляхом видалення, розтину цих спайок, а обумовлені наявністю вузьких рубцевих стяжіння в ретромолярній ділянці - методом пластики зустрічними трикутними клаптями.

Після операції необхідно здійснити низку заходів, застережливих рецидив контракттури і зміцнюючих функціональний ефект операції. До них відноситься активна і пасивна механотерапія. Для механотерапії можна використати стандартні апарати і індивідуальні пристосування, які виготовляють в зуботехнічній лабораторії. Про це детальніше говориться нижче.

Рекомендуються фізіотерапевтичні процедури (опромінення променями Букки, іоногальванізація, діатермія), сприяючі профілактиці утворення грубих післяопераційних рубців, а також ін'єкції лідази при тенденції до рубцевого стяжіння щелеп.

Анкілози СНЩС. Стійке зведення щелеп, що розвивається в результаті утворення внутрішньосуглобових фіброзних або кісткових спайок між голівкою нижньої щелепи і поверхнями, що зчленовуються. Залежно від цього розрізняють фіброзний і кістковий анкілоз. Він буває одностороннім і двостороннім.

Утворення анкілозу СНЩС в дитячому віці супроводжується руйнуванням паросткових зон нижньої щелепи, що знаходяться в області виросткового відростка, і призводить до розвитку мікрогенії. В результаті підборіддя щелепи при односторонньому анкілозі виявляється зміщеним від середньої лінії у бік ураження, а при двосторонньому — назад. Крім того, відбувається укорочення гілки щелепи і вдавнення нижньощелепного краю в зоні прикріплення жувального м'яза, що є результатом її підвищеного тону в умовах постійно зімкнутих щелеп.

Внутрішньосуглобові фіброзні спайки, що утворюються, можуть виконати усе зчленування. У такому разі утворюється повний анкілоз, і рухи в суглобі опиняються неможливими. Якщо ж фіброзні спайки виконують частину зчленування, наприклад, в передньому або задньому відділі суглоба, то виникає частковий фіброзний анкілоз, і хворий може трохи відкрити рот. Поступово фіброзний анкілоз переходить в кістковий. Будь-які рухи в суглобі повністю припиняються. При утворенні кісткового анкілозу до процесу можуть залучатися позасуглобові анатомічні утворення, і навіть сусідні кістки.

На рентгенограмах при утворенні повного фіброзного анкілозу визначаються кісткові структури суглоба, але суглобова щілина відсутня. При частковому фіброзному анкілозі вона не визначається тільки на ділянці утворення фіброзних тяжів, в передньому або задньому відділі суглоба. При утворенні кісткового анкілозу не вдається визначити не лише суглобової щілини, але і контурів кісткових структур суглоба. Для уточнення топічного діагнозу застосовують томографію.

Лікування часткового фіброзного анкілозу в ранніх стадіях його розвитку може бути консервативним. При утворенні повних фіброзних і кісткових анкілозів показано оперативне лікування в умовах стаціонару. Методи оперативного лікування різні. Залежно від віку хворого, виду анкілозу і характеру патологічного процесу може бути утворений неправдивий суглоб, проведена операція артропластики або остеопластика.

Дисфункції СНЩС називають по-різному: міофасціальний синдром, хронічний підвивих нижньої щелепи, артрит, артроз СНЩС. Іноді її називають синдромом Костена.

Дисфункція зустрічається в усіх вікових групах, а взагалі людей, що страждають цією патологією, за різними підрахунками - до 70 відсотків. Серед причин її виникнення - порушення прикусу, різке перенапруженні жувальних м'язів при пережовуванні твердої і грубої їжі, неправильне лікування зубів (пломбування зуба, протезування), бруксизм, підвищена стираємость зубів, спортивні навантаження, які призводять до перенапруження окремих груп м'язів.

Часто причиною розвитку дисфункції СНЩС стає стрес, а також неправильне стоматологічне лікування, точніше, помилки стоматологів-ортопедів, ортодонтів, терапевтів, хірургів. Причинами цієї хвороби можуть стати також травма суглобів, стираємость зубів при бруксизмі, надмірні навантаження при заняттях спортом.

Лікування дисфункцій комплексне, спільно з лікарями інших спеціальностей.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

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

1. Медична амбулаторна карта хворого з патологією СНЩС.
2. Схеми обстеження хворого з патологією СНЩС.
3. Схеми лікування хворих з патологією СНЩС.

Б. Завдання для самоконтролю:

Див. в методичних рекомендаціях по темах № 6, 7, 8, 9, 10, 11.

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю ($\alpha = 2$) :

Див. в методичних рекомендаціях по темах № 6, 7, 8, 9, 10, 11.

Г. Учебні завдання 3-го рівня (нетипові завдання):

Див. в методичних рекомендаціях по темах № 6, 7, 8, 9, 10, 11.

7. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Безруков В.М. Руководство по хирургической стоматологии челюстно-лицевой хирургии: 2 том / В.М.Безруков, Т.Г. Робустова. - М., Медицина, 2000. - 488 с.
2. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области / Ю.И. Бернадский. - М.: Медицинская литература, 1999. – 456 с.

Додаткова література:

1. Петросов Ю.А. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава / Ю.А. Петросов, О.Ю. Калпакьянц, Н.Ю. Сеферян. Краснодар, 1996. – 349 с.
2. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология / Т.Г. Робустова. - М., 2003. - С.68-88.
3. Диагностика и лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава / В.А. Семкин: Дис. д. мед.– М., 1997. - 204 с.
4. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А. Тимофеев. - Киев, 2002. - С. 120.

№ 9. Принципи і прийоми планування місцевопластичних операцій, показання та протипоказання.

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ:

Останні десятиріччя характеризуються значним прогресом у розвитку пластичної реконструктивної хірургії. Реконструктивна хірургія – це галузь медицини, яка, використовуючи оперативні методи, забезпечує фізичну, функціональну та естетичну реабілітацію людей з вродженими та набутими дефектами і деформаціями щелепно – лицевої ділянки.

При плануванні і проведенні пластичних операцій на голові та шиї необхідні глибокі знання з анатомії, гістології, фізіології цієї ділянки, а також знання принципів методів проведення пластичних операцій.

Усе це визначає необхідність поглибленого вивчення студентами і впровадження в практику методів пластичних операцій сучасних досягнень реконструктивної хірургії.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати види пластичних операцій і пластичних матеріалів.
- 2.2. Пояснювати головні принципи, якими керуються при проведенні реконструктивних операцій.
- 2.3. Запропонувати методи відновлюючих операцій при патологічних станах щелепно – лицевої ділянки.
- 2.4. Класифікувати дефекти і деформації щелепно – лицевої ділянки.
- 2.5. Трактувати дані додаткових методів дослідження пацієнтів для вибору відновлюючої операції.
- 2.6. Проаналізувати показання та протипоказання до пластичних і реконструктивних операцій щелепно – лицевої ділянки.
- 2.7. Скласти план обстеження пацієнта для проведення реконструктивної операції.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (МІЖДИСЦИПЛІНАРНА ІНТЕГРАЦІЯ)

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
Анатомія людини	Володіти знаннями анатомічної будови щелепно – лицевої ділянки та навичками визначення оптимального вибору методу та ділянки для заміщення дефектів, усунення

	деформацій щелепно – лицевої ділянки.
Патоморфологія	Володіти знаннями пошарової будови шкіри та її змін при різних патологічних станах.
Загальна хірургія (з оперативною хірургією та топографічною анатомією)	Визначити характер дефекту або деформації щелепно – лицевої ділянки, оглянути та обстежити пацієнта, встановити діагноз, запропонувати метод відновлюючої операції, обґрунтувати застосування різних методів заміщення дефектів, усунення деформацій щелепно – лицевої ділянки.

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.Пластична хірургія	Естетична реабілітація
2.Реконструктивна хірургія	Фізична та функціональна реабілітація

4.2. Теоретичні питання до заняття:

- 1.1. Класифікація дефектів і деформацій щелепно – лицевої ділянки.
- 1.2. Планування реконструктивних операцій.
- 1.3. Показання до реконструктивних операцій.
- 1.4. Принципи проведення реконструктивних операцій.
- 1.5. Протипоказання до пластичних і реконструктивних операцій.
- 1.6. Класифікація видів пластичних операцій.

4.3. Практичні завдання, які виконуються на занятті:

1. Провести опитування хворого та на його основі зробити запис в історії хвороби.
2. Підготувати набір інструментів для виконання пластичної операції на м'яких тканинах щелепно – лицевої ділянки.
- 3.Визначити показання та протипоказання для виконання реконструктивної операції конкретного пацієнта.
4. Скласти план реконструктивної операції для конкретного пацієнта.

5. ЗМІСТ ТЕМИ:

Класифікація дефектів і деформацій щелепно – лицевої ділянки.

А. За етіологією та патогенезом.

1. Вроджені дефекти і деформації:
 - а) дефекти губ і піднебіння (односторонні, двосторонні, центральні, не наскрізні, наскрізні, часткові, повні);
 - б) щілини голови, носа;
 - в) деформації носа і щелеп.
2. Набуті дефекти і деформації:
 - а) травма (побутова, виробнича, спортивна, хірургічна, механічна, термічна, хімічна, вогнепальна);
 - б) одонтогенна і неодонтогенна інфекція;
 - в) вікові деформації шкіри голови.

Б. За характером уражених тканин і локалізації.

1. М'які тканини голови.
2. Тверді тканини голови (хрящі, кістки).
3. Комбіновані поразки.

В. За характером порушення функцій:

- а) порушення або обмеження функцій дихання, жування, ковтання, відкривання рота;
- б) порушення міміки;
- в) порушення функції, що веде до косметичних дефектів.

При встановленні показань керуються наступними положеннями:

- операція обов'язкова, невідкладна за життєвими показаннями;
- операція необхідна за функціональними і естетичними показаннями, але може бути відкладена на деякий час;

- операція не обов'язкова і може бути методом вибору.

Протипоказання до пластичних і реконструктивних операцій.

Місцеві:

- незначний ступінь дефекту і деформації;
- гнійні захворювання шкіри голови;
- запальні захворювання щелепно – лицевої ділянки;
- запальні захворювання органів, що знаходяться поблизу місця оперативного втручання.

Загальні:

- інфекційні хвороби в гострій і хронічній стадіях;
- важки розлади шлунково – кишкового тракту;
- психічні захворювання;
- субфебрилітет нез'ясованої етіології;
- хронічні захворювання в стадії загострення.

Планування реконструктивної операції:

- перед проведенням операції проводять аналіз дефекту і планування всіх етапів операції;
- встановлюють розмір дефекту або деформації, кількість і якість втрачених тканин, вибір донорської зони і спосіб перенесення пластичного матеріалу на реципієнтну ділянку;
- прогнозують можливі ускладнення і шляхи їх попередження та лікування.

Головні принципи, якими керуються при проведенні реконструктивних операцій:

- при виборі методу оперативного втручання керуються принципом «від простого – до складного», тобто, віддають перевагу мінімально травматичній операції і тільки при неможливості її виконання вибирають більш складну;
- пластика повинна виконуватись тканинами найбільш адекватними за консистенцією, формою і функцією до органа, що відновлюється;
- необхідно враховувати гістологічну сумісність живих тканин та індиферентність імплантованих матеріалів;
- тканини донорської зони повинні бути взяті і перенесені на сприймаюче ложе з максимальною акуратністю і стерильністю;
- необхідно прогнозувати стійкість досягнутого анатомічного, функціонального і косметичного ефекту;
- операція не повинна призводити до затримки розвитку кісток голови й утворення рубцевих деформацій;
- усі життєво важливі функції (дихання, жування та ін..) не повинні бути порушені, рухи головою повинні залишатися вільними.

При плануванні пластичних операцій хірург повинен враховувати психоневрологічний статус пацієнта.

Бернадський Ю.Й. виділяв 5 груп пацієнтів за психоневрологічним статусом:

- пацієнти зі зниженим естетичним відчуттям;
- пацієнти з нормальним естетичним відчуттям;
- пацієнти з непостійним рівнем естетичного відчуття;
- пацієнти з надмірно високим естетичним відчуттям;
- пацієнти з протиприродним уявленням про косметичний стан тканин.

У ході операції необхідно:

- строго дотримуватись правил асептики та антисептики;
- провести надійне знеболювання, ретельний гемостаз, своєчасне відновлення обсягу втраченої в ході операції крові;
- дбайливо відноситись до тканин в зоні операції і трансплантованих тканин;
- рівномірно і послідовно зближати тканини;
- ушивати рану без особливої сили, щоб запобігти здавленню тканин швами;
- переміщені тканини повинні стикуватись без натягу, щоб не виникало порушення кровообігу.

Класифікація видів пластичних операцій і пластичних матеріалів.

Види пластичних операцій у залежності від часу їх виконання:

1. Первинна пластика.
2. Відстрочена первинна пластика.
3. Вторинна рання пластика.
4. Вторинна пізня пластика.

Первинна пластика виконується при свіжій рані або відразу ж після видалення пухлини.

Відстрочена первинна пластика проводиться на 8 – 10 день після поранення, якщо в рані немає некротизованих тканин. Можуть виконуватись додаткові розрізи з метою переміщення і зближення шкірно – жирових і шкірно – м'язових клаптів.

Рання вторинна пластика виконується після усунення запального процесу в терміни від 1 до 3 місяців після поранення. Головним чином це місцево пластичні операції. Може пересаджуватися вільна шкіра.

Пізня вторинна пластика виконується через 3 – 6 місяців. Застосовується пластика місцевими тканинами, Філатовським стеблом, вільна пересадка шкіри і складних трансплантатів на мікросудинних анастомозах.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Завдання для самоконтролю:

1. Загальне поняття про пластичну та реконструктивну хірургію.
2. Класифікація дефектів і деформацій щелепно - лицевої ділянки.
3. Планування реконструктивної операції.
4. Положення, якими керуються при встановленні показань до пластичної операції.
5. Головні принципи, якими керуються при проведенні реконструктивних операцій.
6. Протипоказання до пластичних і реконструктивних операцій.
7. Вимоги, яких необхідно дотримуватись у ході операції.
8. Класифікація видів пластичних операцій в залежності від часу їх виконання.

Б. Задачі для самоконтролю:

4.1. Хворий 29 років звернувся до щелепно-лицевого відділення з приводу рани ділянки носа. Проведена первинна хірургічна обробка рани з елементами первинної пластики. При якому напрямку ліній швів можна досягти оптимального косметичного ефекту у даному випадку?

(Відповідь: за силовими лініями).

4.2. Військовослужбовець отримав поранення в обличчя осколком снаряду. Об'єктивно: в щічній ділянці зліва рвана рана розміром 3,0x4,0 см. Перерахуйте правила, яких необхідно дотримуватись під час виконання операції.

(Відповідь: строго дотримуватись правил асептики та антисептики; провести надійне знеболення ретельний гемостаз; рівномірно і послідовно зближати тканини; ушивати рану без особливої сили, щоб запобігти здавленню тканин швами).

4.3. На МПП доставлено пораненого з дотичним кульовим пораненням щелепно-лицевої ділянки та значним дефектом м'яких тканин ділянки носа та лоба. АТ 95/65 мм рт. ст., свідомість спутана, з рани – рясна кровотеча. Назвіть етап і вид медичної допомоги пораненому для усунення дефекту тканин.

(Відповідь: п'ятий етап, СВПХШ; спеціалізована лікарська допомога).

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиночною відповіддю:

2.1. При плануванні реконструктивних операцій не враховують:

- А. Розмір дефекту або деформації.
- В. Кількість і якість втрачених тканин.
- С. Вибір донорської зони.
- Д. Можливі ускладнення.
- Е. Наявність шкідливих звичок.

(Правильна відповідь: Е).

2.2. До місцевих протипоказань до пластичних і реконструктивних операцій відносять:

- А. Важкі розлади шлункового тракту.
- В. Хронічні захворювання в стадії загострення.
- С. Гнійничкові захворювання тіла.
- Д. Запальні захворювання щелепно - лицевої ділянки.
- Е. Субфебрилітет нез'ясованої етіології.

(Правильна відповідь: Д).

2.3. Яку операцію відносять до пластичних:

- А. Первинну хірургічну обробку ран.
- В. Вторинну хірургічну обробку ран.
- С. Видалення пухлини в ділянці щоки.
- Д. Вторинну ранню пластику.
- Е. Видалення злоякісної пухлини крила носа.

(Правильна відповідь: Д).

Г. Навчальні задачі III рівня (нетипові задачі):

1. Хворий 32 років звернувся зі скаргами на наявність рубцевої деформації в ділянці лівої щоки. Рубець з'явився рік тому після травми цієї ділянки. Який вид пластичної операції показан даному пацієнту? (Відповідь: вторинна пізня пластика).

2. У щелепно – лицеве відділення поступив пацієнт з після травматичним дефектом лівого крила носа. Травму отримав на виробництві дві години тому. За якими показаннями і яке лікування необхідно запропонувати хворому? (Відповідь: необхідна операція первинна пластика крила носа за функціональними і естетичними показаннями).

3. До хірурга звернувся військовослужбовець з приводу проведення пластичної операції в ділянці підборіддя та нижньої губи справа. Із анамнеза захворювання виявлено, що у хворого була вогнепальна травма, яку він отримав під час бойових дій 3 роки тому. При обстеженні виявлена рубцева деформація вказаної ділянки розміром 3 x 4 см, крім того, у хворого наявна температура 37,3⁰, нежить. Що повинен відповісти лікар і чи можливо взагалі провести пластичну операцію?

(Відповідь: можна провести вторинну пізню пластику після встановлення причини субфебрильної температури та видужання хворого).

7. ЛІТЕРАТУРА.

Основна література:

1. Щелепно – лицева хірургія. Реконструктивна хірургія голови та шиї: підручник/ В.М.Соколов, В.І.Митченко, Д.С.Аветіков – Вінниця, Нова книга, 2006. – С.6-8.

1. Г.П.Рузін, М.П.Бурих. Основи технології операцій у хірургічній стоматології та щелепно – лицевій хірургії. – Вінниця, Нова книга, 2008. С.344 – 372.

2. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно – лицевой области, Киев, «Здоров'я», 1971. – С 11 - 24.

3. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2 т. – Т.2/ В.О.Маланчук, І.П.Логвіненко, Т.О.Маланчук, О.Л.Ціленко – К.: ЛОГОС, 2011. – С.335 - 354 .

Додаткова література.

1. Михельсон Н.М. Восстановительные операции челюстно-лицевой области. – М.: Медгиз, 1962. – С.167-213.

2. Мухин М.В., Мамонов А.Г. Кожная пластика. Клиническая оперативная челюстно – лицевая хирургия. – Л.: Медицина, 1985. – С.54 – 88.

3. Неробеев А.И. Определение показаний к восстановительным операциям после удаления распространенных злокачественных опухолей головы и шеи // Вопр. онкол. – 1983. - №4. – С.78-82.

4. Золтан Я. Атлас, т.1, «Cicatrix optima», 1974, - С. 9 – 18.

5. Лимберг А.А. Планирование местнопластических операций на поверхности тела. – Ленинград, 1963, - 593 с.

6. Мухин М.В. Клиническая оперативная челюстно – лицевая хирургия, Ленинград, 1974. – С. 31 – 44.

7. Неробеев А.И. Восстановление тканей головы и шеи, 1988. – С. 8 – 21.

8. Рауэр А.Е., Михельсон Т.М. Пластические операции на теле, 1954. – С.13 – 17.

9. Фришберг И.А. Косметические операции на лице, 1984. – С. 4 – 9.

10. Хитров Ф.М. Атлас пластической хирургии лица и шеи, 1984. – С. 11 – 16.

11. Сергиенко В.И., Кулаков А.А., Петросян Н.Э., Петросян Э.А. Пластическая хирургия лица и шеи. – Москва, «Гэотар – медиа», 2010. – С. 20 – 22, 73 – 117.

12. Пластическая и эстетическая хирургия. Под ред. Эйзенманн – Кляйн М., Нейханн – Лоренц К. – Москва, «Практическая медицина», 2011. – С. 167 – 304.

13. Пластическая и реконструктивная хирургия лица. Под ред. А.Д.Пейпла. – Москва, «Бином. Лаборатория знаний», 2007, – 951 с.

14. Белоусов А.Е. Пластическая реконструктивная и эстетическая хирургия. – Санкт-Петербург, «Гиппократ», - 1998, - 743 с.

№ 10. Набуті дефекти і деформації губ, щік, носа, підборіддя; заміщення дефектів, усунення деформацій місцевими тканинами, зокрема, клаптем на ніжці.

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Усунення дефектів тканин шкіри за допомогою поряд розташованих тканин називається місцево пластичною операцією. Як визначав А.А.Лімберг, місцево пластичні операції є основним способом лікування рубцевих деформацій або дефектів, а також, додатковим способом пластики після пересадження тканин з віддалених ділянок тіла. Значно зросли інтерес і вимоги до результатів пластичних і косметичних операцій у населення.

Таким чином, вивчення студентами даної тематики є актуальним і своєчасним.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати показання та протипоказання до пластики місцевими тканинами.
- 2.2. Пояснювати позитивні та негативні сторони місцево пластичних операцій.
- 2.3. Класифікувати пластичні та реконструктивні операції місцевими тканинами.
- 2.4. Запропонувати планування місцево пластичної операції за А.А.Лімбергом.
- 2.5. Тракувати методи пластичних операцій за Ю.К.Шимановським, Омбрідан, Йозеф.
- 2.6. Проаналізувати показання та протипоказання до пластичних і реконструктивних операцій щелепно – лицевої ділянки.
- 2.7. Скласти план обстеження пацієнта та план пластичної операції клаптом на ніжці.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (МІЖДИСЦИПЛІНАРНА ІНТЕГРАЦІЯ)

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
Анатомія людини	Володіти знаннями анатомічної будови щелепно – лицевої ділянки та навичками визначення оптимального вибору методу та ділянки для заміщення дефектів, усунення деформацій місцевими тканинами, зокрема, клаптом на ніжці .
Патоморфологія	Володіти знаннями пошарової будови шкіри та її змін при різних патологічних станах.
Загальна хірургія (з оперативною хірургією та топографічною анатомією)	Визначити характер дефекту або деформації щелепно – лицевої ділянки, оглянути та обстежити пацієнта, встановити діагноз, запропонувати метод відновлюючої операції, обґрунтувати застосування різних методів заміщення дефектів, усунення деформацій місцевими тканинами, зокрема, клаптом на ніжці . Вміти провести планування та викроювання тканин для пластичних операцій.

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. Місцеволастична операція	Усунення дефектів за допомогою поряд розташованих тканин.
3. Мостоподібні клапті	Одношарові клапті викроєні на двох ніжках.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Показання до пластики місцевими тканинами.
2. Протипоказання до пластики місцевими тканинами.
3. Позитивні сторони місцево пластичних операцій.
4. Негативні сторони місцево пластичних операцій.
5. Планування місцево пластичної операції.
6. Умови для успішного виконання місцево пластичної операції.
7. Пластика за Ю.К.Шимановським.
8. Пластика зустрічними трикутними клаптями (Z - пластика).
9. Пластика клаптями на ніжці.

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

1. Провести опитування хворого та на його основі зробити запис в історії хвороби.
2. Підготувати набір інструментів для виконання пластичної операції на м'яких тканинах щелепно – лицевої ділянки.
3. Визначити показання та протипоказання для виконання реконструктивної операції конкретного пацієнта.
4. Скласти план реконструктивної операції для конкретного пацієнта.

5. ЗМІСТ ТЕМИ:

Набуті дефекти і деформації:

- травма (побутова, виробнича, спортивна, хірургічна, механічна, термічна, хімічна, вогнепальна);
- одонтогенна та неодонтогенна інфекція;
- вікові деформації шкіри голови.

Усунення дефектів тканин шкіри за допомогою поряд розташованих тканин називається місцевопластичною операцією. Застосовують місцевопластичні операції при наявності свіжих травм носа, підборіддя, повік, рубцевих деформацій голови після травматичних пошкоджень, вроджених дефектів губ, а також, дефектів шкіри і підшкірної клітковини після видалення новоутворень.

Місцевопластичні операції є основним методом лікування рубцевих деформацій або дефектів і додатковим способом пластики після пересадження тканин з віддалених ділянок тіла. Історія методів пластики місцевими тканинами дуже давня. Ще за 3000 років до нашої ери в Тибеті здійснювали операції (ринопластику) за допомогою місцевих шкірних клаптів (індійський метод). Великий внесок у розробку методів пластики місцевими тканинами внесли наші співвітчизники Ю.К.Шимановський, А.А.Лімберг та ін.

Показання до пластики місцевими тканинами:

- невеликі дефекти і деформації щелепно – лицевої ділянки;
- дефекти, які утворились після оперативного видалення новоутворень;
- рубці різної етіології;
- свіжі рани: вогнепальні, невогнепальні, операційні.

Протипоказання до пластики місцевими тканинами:

- наявність патологічних процесів (гемангіома, лімфангіома, нейрофіброматоз, пігментні плями та ін.);
- недостатня кількість тканин, які прилягають до дефекту або розміщені поруч з ним;
- якщо є загроза, що пластика місцевими тканинами може привести до деформації або порушення функцій сусідніх органів щелепно – лицевої ділянки.

Позитивні сторони місцевопластичних операцій:

- дефект голови усувається однаковими за анатомо – біологічними властивостями тканинами,що створює гарний функціональний і косметичний ефект;
- правильне дотримання методики і техніки операції та гарне кровопостачання тканин забезпечують загоєння рани первинним натягом;
- місцево пластичні операції мають короткий післяопераційний період, що істотно скорочує терміни непрацездатності хворого.

Негативні сторони місцево пластичних операцій:

- при проведенні додаткових розрізів утворюються додаткові рубці;
- переміщення тканин може причинити деформації прилягаючих до дефекту органів і тканин голови у випадку, якщо була допущена помилка при виборі методу пластичної операції.

Планування місцевопластичної операції (за А.А.Лімбергом).

Перш ніж порушувати питання про вибір способу місцевопластичної операції необхідно ретельно обстежити ділянку в якій буде виконуватись оперативне втручання.

- 1.Якщо дефект спостерігається на одній половині голови, то потрібно визначити особливості м'яких тканин на симетричній стороні.
- 2.Визначити форму і величину патологічних змін.
- 3.Обстежити рубцеве скорочення ураженої ділянки голови, шиї або слизової оболонки порожнини рота.
- 4.Обстежити запаси бічного розтягання тканин щодо напрямку рубцевого скорочення (рухливість визначається в усіх напрямках).
- 5.Визначити головну задачу операції, згідно з якою визначається послідовність етапів операції.

Для успішного виконання місцевопластичної операції необхідні наступні умови:

- пацієнт повинен бути практично здоровим;
- шкірні клапті необхідно формувати з підшкірно – жировою клітковиною і на одному рівні для забезпечення кращого кровопостачання;
- розріз шкіри потрібно проводити перпендикулярно її поверхні, щоб при ушиванні краї рани зіставляли на одному рівні;
- розріз шкіри необхідно проводити по природніх складках;
- при переміщенні тканини на ніжці не перевищувати співвідношення довжини до ширини клаптя 2 x 1;

- для загоєння рани первинним натягом її краї повинні бути зведені без натягу і щільно прилягати один до одного. Для цього необхідно відшарувати клапті від прилягаючих тканин і накласти кетгуттові шви на підшкірну жирову клітковину;
- вхід голки і вихід її на шкірі повинні знаходитись не більше як на 2-3 мм на одній відстані від країв рани. Глибина вколу голки на обох краях рани повинна бути однаковою. Це створює умови для точного зіставлення країв рани;
- правильно вибрати шовний матеріал.

Вибір місцевопластичної операції залежить від розміру, форми, локалізації дефекту, стану навколишніх м'яких тканин.

Місцевими тканинами закривають часткові дефекти носа, його крил (метод Діффенбаха), шкірної частини бічної поверхні носа(клаптем шкіри на ніжці з лоба, щоки або шляхом зближення країв рани).

Найпростішою з зазначених операцій є зближення країв рани після їх відшарування. Таке втручання буває необхідним після видалення невеликих утворень(ангіоми, пігментні плями, рубці та ін.). Відшарування, як правило, проводять паралельно площині шкіри в підшкірно – жировому шарі. Чим ширше зроблене відшарування, тим більш рухомою стає шкіра. При неможливості достатньої мобілізації шляхом відшарування країв шкірної рани з метою їх зближення можна удатися до послаблюючих розрізів. Останні завжди варто робити паралельно краям дефекту. За довжиною розрізи можуть бути різними; чим частіше вони зроблені, тим більше розтягнеться шкіра (рис.1.1).

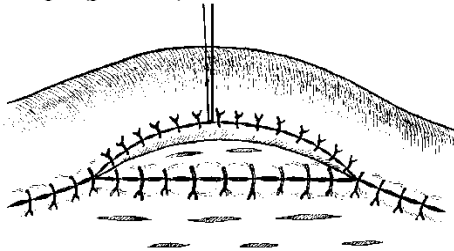


Рис. 1.1. Розслаблюючі розрізи шкіри

Пластика за Ю.К.Шимановським.

При більш – менш значних дефектах шкіри можна використовувати інший метод закриття дефекту, а саме: переміщення і ковзання клаптя на широкій ніжці шкіри, що оточує дефект. Оновоположником цього методом вважають Ю.К.Шимановського, який у своїй книзі'' Операції на поверхні людського тіла''(1868) систематизував усі операції з переміщенням шкірних клаптів, розташувачи їх в залежності від форми дефекту. І дотепер ця праця не втратила своєї цінності, як керівництво для хірургів, які займаються реконструктивними операціями.

Кожен дефект шкіри в залежності від форми можна розглядати як одну з найпростіших геометричних фігур (трикутник, чотирикутник, овал) або їх комбінацій, котрі виявляються після згладжування невеликих виступів і нерівностей країв дефекту.

Виходячи з цього, Ю.К Шимановський розробив і запропонував схему закриття шкірних дефектів залежно від їх форми.

При чотирикутній формі дефекту розрізи роблять упродовж двох протилежних країв дефекту. Після відшарування клаптів їх зрушують назустріч один одному.

При трикутних дефектах шкіри проводять дугоподібні розрізи у бік вершини трикутника від двох суміжних його кутів. Шкірні клапті обмежують лініями розрізу і країв дефекту, відшаровують, зрушують до середньої лінії і зшивають.

Дефекти овальної форми можуть бути усунуті стягуванням країв шкіри після відшарування або після додаткових дугоподібних розрізів по боках дефекту.

Круглий дефект можна закрити двома серпоподібними клаптями або перетворити його в чотирикутний і закрити відповідним чином.

Дефекти, які мають складнішу форму, повинні бути розбиті на найпростіші фігури, а кожна з простих може закриватися зазначеними способами (рис.1.2 а,б).

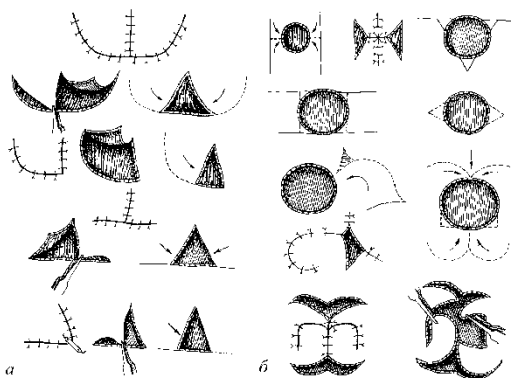


Рис 1.2. Схема закриття трикутних (а) і чотирикутних (б) дефектів шкіри за Ю. К. Шимановським

Як Шимановський, так і Омбредан, Йозеф та інші фахівці нерідко вдавалися до перестановки клаптів шкіри трикутної форми. Однак, мета цього переміщення полягала в заміні одного клаптя іншим разом з частиною органа, який знаходиться на ньому (рис.1.3). Наприклад, Йозеф переміщав клапоть разом з кутом рота, з метою зсунути його вище або нижче.

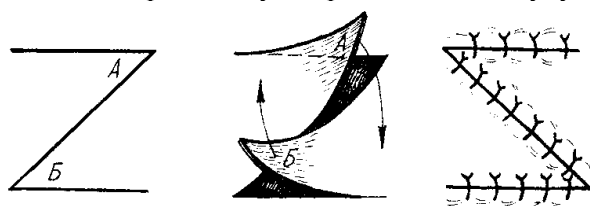


Рис. 1.3. Схема переміщення клаптів шкіри трикутної форми за Йозефом

Пластика зустрічними трикутними клаптями (Z – пластика).

А.А.Лімберг уперше довів, що методом перестановки зустрічних трикутних клаптів у взаємно перпендикулярному напрямку можна не тільки замінити одну ділянку шкіри іншою, але й значно збільшити відстань між двома органами, зміщеними рубцями. Розміри відстані, на яку можуть переміщатися утворені клапті, залежать від величини кута, під яким викроюються трикутні клапті.

Метод перестановки зустрічних трикутних клаптів за А.А.Лімбергом дає можливість використовувати в якості пластичного матеріалу рубцеву шкіру, і, також, закривати дефекти шкіри. Його однаково успішно застосовують на голові, шиї та інших місцях тіла.

Принцип пластики зустрічними трикутними клаптями полягає в тому, що між двома точками, що стягують ту чи іншу ділянку шкіри, роблять перший розріз, який зазвичай проводять по ходу рубцевого тяжа або гребеню складки. Від обох кінців цього розрізу в протилежних напрямках роблять ще два розрізи під тим або іншим кутом до першого (рис.1.4).

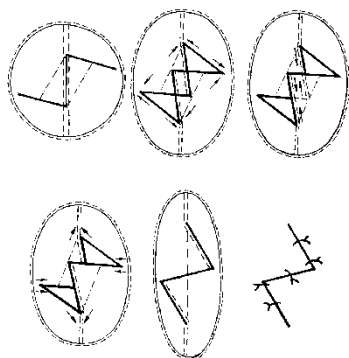


Рис. 1.4. Схема пластики зустрічними трикутними клаптями за Лімбергом

Величина кута, під яким виконують ці розрізи, залежить від того, на скільки потрібно змістити клапті, або наскільки необхідно збільшити відстань між двома стягуючими точками. Бічні розрізи повинні бути не набагато коротшими основного (середнього) розрізу, тому що рубцева тканина трохи скорочується. При цьому варто врахувати, що чим більший буде кут, під яким зроблено бічні розрізи, тим значніше переміщення тканин, тобто тим значніше збільшиться відстань між двома стягуючими точками. Зрозуміло, що до перестановки клапті повинні бути відшаровані на всьому їх протязі.

Найчастіше застосовують клапті, які викроєні під кутом від 60° до 80° , клапті з кутами 90° і більше настільки мало рухливі, що практичного значення не мають. Навпаки, клапті, викроєні під кутом від 30° до 60° , легко переміщуються, але дають настільки незначні додатки, що, також є мало ефективними.

Пластику зустрічними трикутними клаптями можна провести двома способами: за допомогою симетричних і за допомогою несиметричних клаптів, тобто клаптів, викроєних під різними кутами до основної лінії розрізу (рис.1.5).

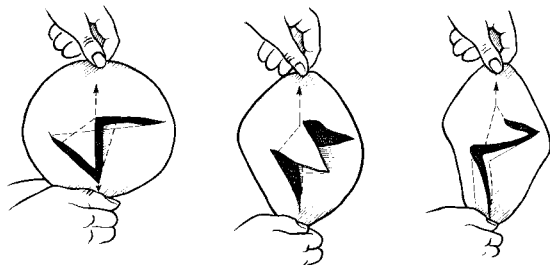


Рис. 1.5. Схема пластики несиметричними трикутниками за Лімбергом

При несиметричних трикутних клаптях трикутник з більш тупим кутом викроюють на менш рухливій ділянці шкіри, а з гострим – на рухливій ділянці шкіри. При таких клаптях вільніше переміщається та сторона, на який кут бічного розрізу менший.

Знаючи кути, під якими зроблені бічні розрізи, і довжину останніх, можна приблизно обчислити приріст довжини. При несиметричних фігурах подовження буває значніше на стороні більшого кута.

Спосіб перестановки зустрічних трикутних клаптів з великим успіхом застосовують при перетинчастих складках шкіри біля внутрішнього краю повік (епікантус), неправильному розташуванні кута рота (рис.1.6), брів, при рубцевих тяжах слизової оболонки порожнини рота, великих рубцях шиї, розташованих між нижньою щелепою і ключицями. І при контрактурах інших органів. При довгих рубцях можна утворити декілька зустрічних трикутних клаптів (рис.1.7).



Рис. 1.6. Методика переміщення кута рота

Рис. 1.7. Кілька зустрічних трикутників при довгому рубці

Пластика клаптями на ніжці.

Досвід показує, що часто розміри шкірного дефекту або стан шкіри не дозволяють закрити його простим зсувом або перестановкою клаптів. У таких випадках застосовують пластику клаптями на ніжці з тканин, які розташовані по сусідству з дефектами, або взятих з віддалених ділянок.

Викроювання клаптя поблизу дефекту розглядають, як найпростіший метод пластики клаптем на ніжці. При такому методі основа ніжки знаходиться на продовженні лінії, обмежовував дефект. Типовим прикладом цього може бути клапоть, який викроюють на щоці для закриття дефекту повік після висічення на них рубця, при їх вивороті (рис.1.8 а), або для закриття дефекту крила чи кінчика носу (рис.1.8 б,в).

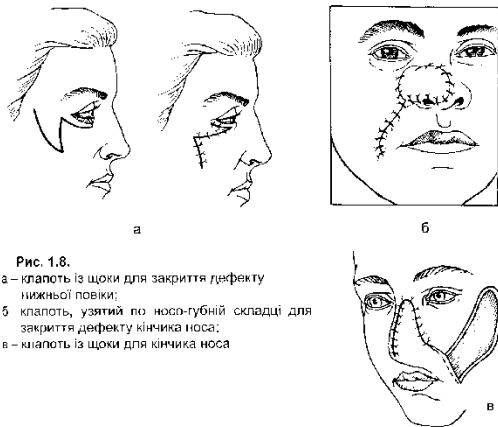


Рис. 1.8.
 а – клапоть із щоки для закриття дефекту нижньої повіки;
 б – клапоть, узятий по носо-губній складці для закриття дефекту кінчика носа;
 в – клапоть із щоки для кінчика носа

Однак, не завжди можна використовувати найближчі до дефекту ділянки шкіри через їх рубцеві зміни або через їх недостатність. Тому клапоть на ніжці доводиться викроювати на деякій відстані від дефекту. Наприклад, для закриття дефекту носа клапоть можна викроїти зі шкіри лоба (рис.1.9), а для закриття дефекту щоки – зі шкіри шиї та ін. У цих випадках ніжку клаптя іноді приходиться перекидати через ділянку здорової шкіри. Негативна сторона цього способу полягає в тому, що оголена поверхня ніжки не захищена і стикається зі шкірою, через яку вона перекинута. Крім того, перекидання ніжки через шкіру вимагає її подовження, що може знизити живлення клаптя.

Якщо неможливо утворити клапоть на ніжці безпосередньо біля самого дефекту або недалеко від нього, доводиться брати клапті на ніжці з віддалених місць (плече, передпліччя). При цьому також необхідно врахувати зручності переносу клаптя до дефекту (рис.1.10).



Рис. 1.9. Клапоть з лоба для закриття дефекту носа

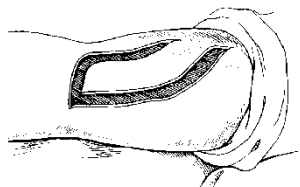


Рис. 1.10. Клапоть, викроєний на плечі для пластики носа.

Для забезпечення життєздатності клаптя на ніжці і його кращого приживлення при викроюванні необхідно дотримуватися основних умов. Насамперед, варто враховувати співвідношення між шириною ніжки і довжиною клаптя. Чим ніжка ширше, тим живлення клаптя краще. Необхідно мати на увазі, що широку ніжку повернути значно складніше, ніж вузьку. Для кращого живлення довжина всього клаптя повинна бути не більш ніж у 3 рази більша від ширини ніжки. Важливо, також, щоб клапоть шкіри був викроєний в одному шарі. Нарешті, клапоть повинен покривати дефект шкіри без натягу. Поворот ніжки і натяг клаптя можуть створити утруднення для відтоку крові і викликати явища застою (ціаноз), що, у свою чергу, може призвести до омертвіння клаптя. Тому, при появі ознак утрудненого відтоку необхідно негайно зробити насічки на клапті.

Розрізняють наступні види клаптів на ніжці:

- клапті на одній ніжці;
- мостоподібні (на двох ніжках);
- клапті, що перекидаються;
- клапті подвоєні;
- клапті артеризовані (ангіосомні).

Клапті на одній ніжці (одношарові) частіше використовують при пластиці на голові. Їх бажано викроювати по ходу великих судин, які живлять шкіру цих клаптів.

Перевага одношарового клаптя на ніжці, узятого по сусідству з дефектом, полягає в тім, що дефект закривають одночасно з утворенням клаптя. Крім того, велике значення має збіг кольору клаптя з кольором іншої шкіри голови. Ці клапті, завдяки гарному живленню, вільно переносять поворот ніжки на 180° .

Негативною стороною одношарових клаптів на ніжці є та обставина, що при неповному їх використанні широка частина ніжки залишається відкритою. Таке положення може привести до інфікування клаптя з наступним його нагноєнням і некрозом.

Одношарові клапті можуть бути викроєні на двох ніжках (мостоподібні). Такі клапті мають ту перевагу, що одержують живлення з двох ніжок. У якості робочої частини клаптя використовують його середину. Однак, ці клапті мають обмежене застосування при реконструктивних операціях на голові. Наприклад, можна взяти мостоподібний клапоть із шиї для закриття дефекту губи (А.Г.Лапчинський) або з голови для утворення верхньої губи у чоловіків (рис.1.11).

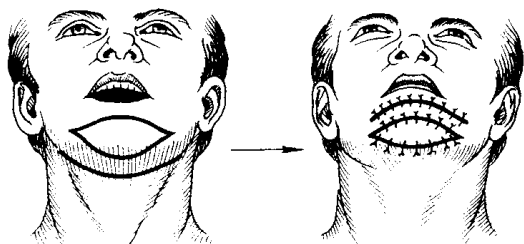


Рис. 1.11. Мостоподібний клапоть (за Лапчинським)

Перекидні клапті на ніжці також відносять до одношарових і часто застосовують при операціях на голові. Використовують їх в тих випадках, коли виникає необхідність в утворенні внутрішнього шару відновлюваного органа або його частини. Наприклад, при наскрізному дефекті носа внутрішній шар можна утворити перекиданням клаптя із спинки носа вниз, а зовнішній – клаптем із щоки або філатовським стеблом (рис.1.12 а,б,в).

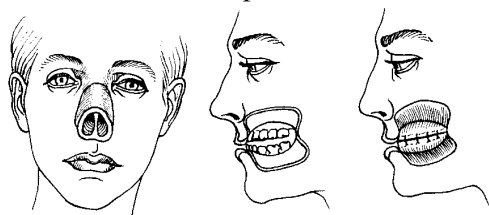


Рис. 1.12.
а – перекидний клапоть зі спинки носа; б – перекидні клапті на щоці;
в – клапоть зі спинки носа

Відшарування шкіри при викроюванні перекидних клаптів не рекомендується робити до самого краю дефекту, де шкіра зазвичай стоншена.

Для закриття наскрізних дефектів щік нерідко доводиться застосовувати перекидні клапті із тім'яної ділянки (так званий забрало подібний клапоть). Робити це можна тільки у чоловіків, тому що клапоть мобілізують в ділянці волосистої частини голови.

Для закриття наскрізних дефектів голови також застосовують заздалегідь подвоєні шкірні клапті, утворені з двох одношарових клаптів, що стикаються своїми рановими поверхнями. Такі клапті особливо зручні для закриття наскрізних дефектів, які знаходяться біля ділянки рота. Так, Клапп пропонує для утворення здвоєного клаптя використовувати один клапоть горизонтально розташований на передній поверхні плеча, а другий такий самий клапоть – з передньої поверхні грудної клітки. Клапті покривають один одного, стикаючись рівними поверхнями (рис.1.13). Після їх приживлення відтинають клапоть від грудної клітки і підняттям плеча підносять подвоєний клапоть до дефекту.

А.Е.Рауер для цієї мети пропонував викроювати на внутрішній стороні плеча прямокутний одношаровий клапоть на ніжці, другий мостоподібний клапоть викроювати на бічній поверхні грудей. Кінець плечового клаптя необхідно підсунути під клапоть на груді, з котрим його зшити (рис.1.14).

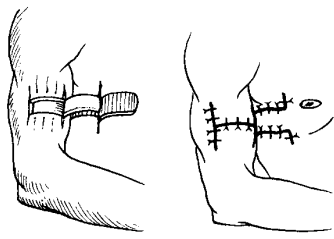


Рис. 1.13. Подвоєний клапоть (за Клаппом)

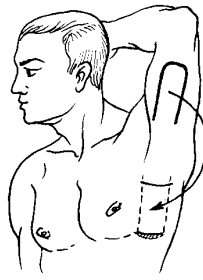


Рис. 1.14. Подвоєний клапоть (за Рауером)

Двошаровий клапоть можна одержати з довгого одношарового прямокутного клаптя, підігнувши його кінець, або покривши його оголену поверхню вільним шкірним клаптем. Заздалегідь подвоєні клапті можуть бути з успіхом використані для відновлення у чоловіків губ або підборіддя. При цьому зовнішня сторона клаптя може містити волосся.

З цією метою викроюють звичайний клапоть з волосистої частини голови (за Лексером) на одній ніжці. Опускають кінець клаптя на шию, де, також, викроюють відповідної величини клапоть на ніжці і підшивають його оголену поверхню до ранової поверхні першого клаптя. Після зрощення обох клаптів (через 12 – 14 днів) ніжку клаптя на шиї відтинають і, подвоєний у такий спосіб, клапоть підносять до країв дефекту, де і підшивають.

На малюнку 1.15 представлена схема методики виконання місцево пластичної операції для заміщення дефекту щоки.



Рис. 1.15. Приклад використання пластики клаптями на ніжці для заміщення дефекту щоки.

6. Матеріали для самоконтролю:

А. Завдання для самоконтролю:

15. Загальне поняття про пластичну та реконструктивну хірургію.
16. Класифікація дефектів і деформацій щелепно - лицевої ділянки.
17. Планування реконструктивної операції.
18. Положення, якими керуються при встановленні показань до пластичної операції.
19. Головні принципи, якими керуються при проведенні реконструктивних операцій.
20. Протипоказання до пластичних і реконструктивних операцій.
21. Вимоги, яких необхідно дотримуватись у ході операції.
22. Класифікація видів пластичних операцій в залежності від часу їх виконання.

Б. Задачі для самоконтролю:

4.1. Хворому 28 років в щелепно-лицевому відділенні була проведена операція з приводу видалення невуса розміром 1,5 x 2,0 см в ділянці лівої щоки. Який вид пластичної операції доцільно застосувати при ушиванні післяопераційної рани?

(Відповідь: метод Діффенбаха: зближення країв рани після їх відшарування).

4.2. Військовослужбовець отримав поранення в обличчя осколком снаряду. Об'єктивно: в щічній ділянці зліва рвана рана овальної форми розміром 3,5x4,0 см. Що потрібно зробити хірургу, щоб у подальшому уникнути рубцевого спотворення обличчя пораненого?

(Відповідь: необхідно застосувати метод Шимановського: відшарувати шкіру і стягнути її краї, або зробити додаткові дугоподібні розрізи по боках дефекту і, також, стягнути краї шкіри).

4.3. У хірургічне відділення доставлено пораненого з дотичним кульовим пораненням щелепно-лицевої ділянки та значним дефектом тканин крила носа. Яку тактику повинен вибрати хірург для

закриття дефекту крила носа? (Відповідь: необхідно застосувати пластику клаптем на ніжці, викроїв клапоть на щоці).

В. Матеріали до тестового контролю. Тестові завдання з одиночною відповіддю.

2.1. В клініку щелепно – лицевої хірургії поступив хворий з діагнозом: посттравматичний деформуючий рубець навколоушно – жувальної ділянки зліва. Який спосіб пластики місцевими тканинами можна запропонувати для хірургічного усунення рубця?

- А. Висічення рубця та зближення країв рани.
- В. Пластика зустрічними трикутними клаптями за Лімбергом.
- С. Пластика за Шимановським.
- Д. Пластика клаптем на ніжці.
- Е. Пластика за Діффенбахом.

(Правильна відповідь Е).

2.2. Який спосіб пластики базується на тому, що кожен дефект розглядають, як одну з простих геометричних фігур, або їх комбінацію.

- А. Пластика зустрічними трикутними клаптями за Лімбергом.
- В. Пластика Філатовським стеблом за методом Хітрова.
- С. Пластика місцевими тканинами за Шимановським.
- Д. Пластика клаптями на ніжці.
- Е. Пластика за Діффенбахом.

(Правильна відповідь С).

2.3. Яка з перелічених методик не є пластикою місцевими тканинами?

- А. Пластика за Діффенбахом.
- В. Пластика за Шимановським.
- С. Пластика клаптями на ніжці.
- Д. Пластика за Сусловим – Кручинським.
- Е. Пластика за Лімбергом.

(Правильна відповідь Д).

2.4. На скільки буде спостерігатися приріст тканин при пластичності за Лімбергом, якщо переміщувати трикутники з кутом 60°?

- А. На 20%.
- В. На 30%.
- С. На 40%.
- Д. На 50%.
- Е. На 60%.

(Правильна відповідь А).

Г. Навчальні задачі III рівня (нетипові задачі)

1. Хворий 32 років звернувся зі скаргами на наявність рубцевої деформації в ділянці лівої щоки. Рубець з'явився рік тому після травми цієї ділянки. Який вид пластичної операції показан даному пацієнту?

(Відповідь: пластика за Діффенбахом).

2. У щелепно – лицеве відділення поступив пацієнт з після травматичним дефектом лівого крила носа. Травму отримав на виробництві дві години тому. За якими показаннями і яке лікування необхідно запропонувати хворому?

(Відповідь: необхідна операція первинна пластика крила носа клаптем на ніжці за функціональними і естетичними показаннями: свіжі рани –вогнепальні, невогнепальні, операційні.).

4. До хірурга звернувся військовослужбовець з приводу проведення пластичної операції в ділянці підборіддя та нижньої губи справа. Із анамнеза захворювання виявлено, що у хворого була вогнепальна травма, яку він отримав під час бойових дій 3 роки тому. При обстеженні виявлена рубцева деформація вказаної ділянки розміром 3 x 4 см. Який спосіб пластичної операції показан хворому?

(Відповідь: показана пластика зустрічними трикутними клаптями).

7. ЛІТЕРАТУРА.

Основна література:

1. Щелепно – лицева хірургія. Реконструктивна хірургія голови та шиї: підручник/ В.М.Соколов, В.І.Митченко, Д.С.Аветіков – Вінниця, Нова книга, 2006. – С.6-8.

2. Г.П.Рузін, М.П.Бурих. Основи технології операцій у хірургічній стоматології та щелепно – лицевій хірургії. – Вінниця, Нова книга, 2008.С.344 – 372.
3. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно – лицевой области, Киев, «Здоров'я», 1971. – С 11 - 24.
4. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2 т. – Т.2/ В.О.Маланчук, І.П.Логвіненко, Т.О.Маланчук, О.Л.Ціленко – К.: ЛОГОС, 2011. – С.335 - 354 .

Додаткова література.

1. Михельсон Н.М. Восстановительные операции челюстно-лицевой области. – М.: Медгиз, 1962. – С.167-213.
2. Мухин М.В., Мамонов А.Г. Кожная пластика. Клиническая оперативная челюстно – лицевая хирургия. – Л.: Медицина, 1985. – С.54 – 88.
3. Неробеев А.И. Определение показаний к восстановительным операциям после удаления распространенных злокачественных опухолей головы и шеи // Вопр. онкол. – 1983. - №4. – С.78-82.
4. Золтан Я. Атлас, т.1, «Сicatrix optima», 1974, - С. 9 – 18.
5. Лимберг А.А. Планирование местнопластических операций на поверхности тела. – Ленинград, - 1963, 593 с.
6. Мухин М.В. Клиническая оперативная челюстно – лицевая хирургия, Ленинград, 1974. – С. 31 – 44.
7. Неробеев А.И. Восстановление тканей головы и шеи, 1988. – С. 8 – 21.
8. Рауэр А.Е., Михельсон Т.М. Пластические операции на теле, 1954. – С.13 – 17.
9. Фришберг И.А. Косметические операции на лице, 1984. – С. 4 – 9.
10. Хитров Ф.М. Атлас пластической хирургии лица и шеи, 1984. – С. 11 – 11.16.
- 12.Сергиенко В.И., Кулаков А.А., Петросян Н.Э., Петросян Э.А. Пластическая хирургия лица и шеи. – Москва, «Гэотар - медиа». – 2010, С.20 – 22; 73 – 117.
- 13.Пластическая и эстетическая хирургия. Под ред. Эйзенманн – Кляйн М., Нейханн – Лоренц К. – Москва, «Практическая медицина», 2011, С.167 – 304.
- 14.Пластическая и реконструктивная хирургия лица. Под ред. А.Д.Пейпла. – Москва, «Бином. Лаборатория знаний», 2007, 951 с.
- 15.Белоусов А.Е. Пластическая реконструктивная и эстетическая хирургия. – Санкт-Петербург, «Гиппократ», 1998, 743 с.

№ 11. Філатовське стебло. Показання до використання філатовського стебла. Методи заготовки стебла, міграції.

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Усунення дефектів тканин шкіри за допомогою поряд розташованих тканин називається місцево пластичною операцією. Як визначав А.А.Лімберг, місцево пластичні операції є основним способом лікування рубцевих деформацій або дефектів, а також, додатковим способом пластики після пересадження тканин з віддалених ділянок тіла. В останні роки значно зросли інтерес і вимоги до результатів пластичних і косметичних операцій у населення.

Таким чином, вивчення студентами даної тематики є актуальним і своєчасним.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

1. Аналізувати показання та протипоказання до пластики філатовським стеблом, можливі ускладнення.
2. Пояснювати позитивні та негативні сторони пластичних операцій за допомогою філатовського стебла.
3. Класифікувати види стеблевих клаптів.
- 4.Запропонувати техніку виконання операції.
5. Тракувати визначення оптимальної донорської ділянки для забору стебла.
6. Проаналізувати правила догляду за стеблом та методи тренування стебла.
7. Скласти план обстеження пацієнта та план пластичної операції за допомогою філатовського стебла.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (МІЖДИСЦИПЛІНАРНА ІНТЕГРАЦІЯ).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
----------------------------	------------------

Анатомія людини	Володіти знаннями анатомічної будови щелепно – лицевої ділянки та навичками визначення оптимального вибору донорської зони для формування філатовського стебла.
Патоморфологія	Володіти знаннями пошарової будови шкіри та її змін при різних патологічних станах.
Загальна хірургія (з оперативною хірургією та топографічною анатомією)	Визначити характер дефекту або деформації щелепно – лицевої ділянки, оглянути та обстежити пацієнта, встановити діагноз, запропонувати метод відновлюючої операції, обґрунтувати метод застосування філатовського стебла. Вміти провести планування та викроювання філатовського стебла для пластичних операцій.

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. Місцевопластична операція	Усунення дефектів за допомогою поряд розташованих тканин.
2. Мостоподібні клапті	Одношарові клапті викроєні на двох ніжках.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

- 1.1. Показання та протипоказання до пластики філатовським стеблом.
- 1.2. Визначення оптимальної донорської ділянки для забору стебла.
- 1.3. Планування та техніка виконання операції.
- 1.4. Види стеблевих клаптів.
- 1.5. Правила догляду за стеблом.
- 1.6. Можливі ускладнення в післяопераційному періоді.
- 1.7. Методи тренування стебла.

4.3 Практичні завдання, які виконуються на занятті:

1. Провести опитування та огляд хворого та на його основі зробити запис в історії хвороби.
2. Скласти схему обстеження, обґрунтувати діагноз та скласти план виконання пластичної операції Філатовським стеблом конкретному хворому (визначити донорську ділянку для забору стебла, провести розмітку формування стебла, визначити терміни тренування та переносу стебла до дефекту).
3. Підготувати набір інструментів для пластичної операції філатовським стеблом конкретному хворому.
4. Зробити «чемоданну ручку» за Міхельсоном.

5. ЗМІСТ ТЕМИ:

Показання до операції:

- генералізовані некротизовані ранові поверхні, які утворилися внаслідок поранень, опіків, відморожень, після видалення новоутворень, на місці глибоких рубцевих масивів, пухлин;
- великі наскрізні дефекти м'яких тканин;
- тотальні або субтотальні дефекти голови, носа, язика, вušних раковин;
- комбіновані дефекти губ і тканин порожнини рота;
- дефекти підборіддя.

Визначення оптимальної донорської ділянки для забору стебла.

При виборі місця для утворення стебла хірург повинен, в першу чергу, керуватися планом наступних оперативних втручань.

Стебло викроюють там, звідки перенос його до дефекту легше здійснити, і з таким розрахунком, щоб кількість етапів переносу була мінімальною. Крім того, стебло виготовляють в такому місці, щоб хворий не відчував від цього великих незручностей.

У тих випадках, коли ширина шкірної стрічки, з якої утворюється стебло, значна, її варто моделювати там, де підшкірна клітковина виражена добре, тобто шкіра легко збирається в складку.

Недотримання цього правила веде до того, що після викроювання стрічки на материнському ґрунті не вдається стягти краї рани. У цих випадках доводиться вдаватися до вільної пересадки шкіри.

Найбільш зручним місцем для утворення стебла є шия по ходу грудинно-ключично-соскоподібного м'яза. Таке стебло зручно тим, що воно одномоментно може бути піднесене до області дефекту на голові. Стебла на шиї мають тонку шкіру і тому найбільш придатні для пластики вухної раковини, крила носа та ін. Ширина шкірної стрічки тут може бути до 6 – 8 см, довжина – до 14 – 16 см. Необхідно пам'ятати, що на шиї осіб чоловічої статі може рости волосся. У цьому випадку шкіра шиї не може бути використана для формування стебла з метою пластики кінчика або крила носа.

Шкіра кисті і передпліччя теж може бути придатною для утворення стебла. Тут шкіра тонка і малорухома, тому ширина стрічки для стебла допустима не більше 4 см. Стебло, яке викроєне на кисті або передпліччі, застосовують, майже виключно при дефектах носової перегородки; шкірну стрічку для стебла викроюють, зазвичай, по ходу променевої кістки, або на тильній поверхні кисті в ділянці «анатомічної табакерки». Зручність стебла, утвореного в цій ділянці, полягає в тому, що його легко піднести до дефекту.

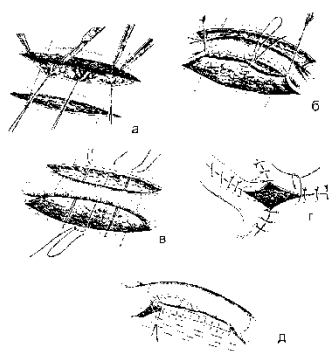
Передня поверхня ліктювого згину, де шкіра більш рухлива, ніж на передпліччі, може також служити місцем утворення стебла Філатова. Однак, максимальна ширина шкірної стрічки тут не більша 4 – 6 см. У протилежному випадку стягти краї рани не вдається. Стебло, утворене на цьому місці, зручне тим, що його з рукою можна легко піднести до дефекту кінчика носа, щок, нижньої повіки. Недоліком цього місця є труднощі стягування країв рани і можливість утворення рубцевої контрактури ліктювого суглоба у випадку нагноєння рани. У жінок розташування тут рубців небажане також з косметичних міркувань.

Не рекомендується викроювати стрічку для стебла на стегні, де навіть при невеликій її ширині ніколи не вдається стягти краї рани на материнському ґрунті. Не слід, також, готувати стебло по напрямку ребер при переході їх на задню поверхню грудної клітки, тому що в цьому місці стебло сильно напружується і створюються сприятливі умови для розвитку в ньому застійних явищ. Вибираючи місце для створення філатовського стебла, хірург, насамперед, повинен враховувати розміри відновлюваного органа, щоб викроїти шкірну стрічку належної довжини і ширини.

Техніка виконання операції.

На місці формування стебла на шкірі намічають дві рівнобіжні лінії відповідно довжині шкірної стрічки, що повинна бути викроєна (поперечними лініями намічають початок ніжок стебла) (рис.2.1).

Рис 2.1. Формування стеблових клаптів за Філатовим:
а – відшарування шкірної стрічки;
б – формування зі стрічки стебла;
в – ушивання донорської зони;
г – вигляд дефекту між стеблом і донорською зоною;
д – накладення шва під ніжками стебла



Відстань між лініями складає ширину стрічки. По намічених лініях проводять розрізи шкіри до її клітковини. Потім, скальпелем, притиснутим упритул до краю шкіри, жировий шар розрізають навскіс усередину, щоб зменшити надлишок жиру, що перешкоджає зшиванню країв шкірної стрічки. Після цього відшаровують шкірну стрічку. Після відшарування стрічки і гемостазу на ній на обидва її краї накладають декілька провізорних швів. У той час, як асистент піднімає згорнуту стрічку на держалках, хірург широко відшаровує краї шкіри на материнському ґрунті, щоб полегшити їх зближення, і ретельно перев'язує судини, які кровоточать. Двома – трьома швами зближують краї материнського ґрунту з метою зменшити його ранову поверхню і тимчасово закривають її стерильним матеріалом, щоб швидко приступити до остаточного зшивання країв стрічки. Асистент тримає її на держалках, а хірург накладає шви.

За спостереженнями більшості хірургів під ніжками філатовського стебла у місцях переходу стебла в материнський ґрунт часто виникає намокання двох дотичних шкірних поверхонь, що

нерідко веде до прорізування або розбіжності швів. Особливо часто намокання спостерігається тоді, коли на материнському ґрунті не вдається вільно стягти краї рани і доводиться зшивати їх зі значним натягом або, навіть, закривати оголену поверхню за допомогою вільної пересадки шкіри. Крім того, у виникненні намокання значну роль відіграє збіг лінії швів на стеблі зі швами материнського ґрунту. Для запобігання цих ускладнень запропоновано додаткові методи і модифікації при формуванні філатовського стебла.

Так, А.А.Лімберг запропонував викроювати трикутні клапті біля обох кінців з двох сторін стебла і при зшиванні їх переставляти (рис.2.2). При цьому способі лінії швів під ніжками стебла приймають П-подібну форму.

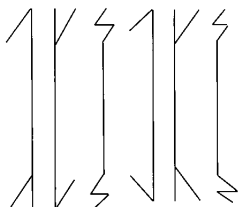


Рис. 2.2. Утворення зустрічних трикутних клаптів біля кінців стебла за Лімбергом

Е.М.Жак, щоб уникнути збігу лінії швів стебла і материнського ґрунту, запропонувала перетинати викроєну стрічку з кінців на половину її ширини і скласти навпіл (рис.2.3). При цьому способі під стеблом буде тільки одна лінія швів на материнському ґрунті.

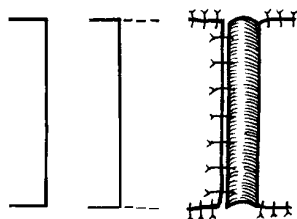


Рис. 2.3. Викроювання стеблового клаптя за Жак

М.П.Шефтель запропонував спосіб, при якому лінія швів при переході стебла на материнський ґрунт відсутня (рис.2.4). Для цього на кінцях однієї сторони стрічки він додає по трикутному клаптю, які викроюють на її продовженні. Стрічку разом з викроєними трикутними клаптями перегинають так, що її ранова поверхня стикається з поверхнею іншої сторони стрічки, а трикутні клапті оголеною поверхнею лягають на трикутний дефект материнського ґрунту.

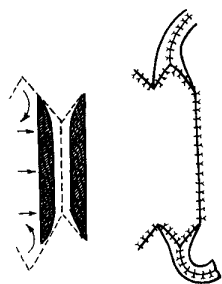


Рис. 2.4. Викроювання стеблового клаптя за Шефтелем

Види стеблових клаптів.

Гостре стебло.

Гостре стебло можна переносити не відразу до дефекту, а, наприклад, до кисті для подальшого переміщення його до дефекту. Найчастіше застосовують гостре стебло у практиці ортопедів. Таким стеблом дуже зручно користуватися для відновлення пальців руки, тому що кисть легко піднести до стінки живота, де можна викроїти коротке стебло.

Переривчасте стебло.

Гілліс, побоюючись, що довге стебло буде недостатньо добре житися, запропонував викроювати шкірну стрічку не відразу на всю довжину, а залишати посередині місток. Таким чином, стебло набуває переривчастої форми (рис.2.5). Через кілька днів місток відрізають двома рівнобіжними

розрізами і зшивають, утворивши довге стебло. Його можна використовувати при великих рубцях шиї і підборіддя, коли ширина стебла навіть 10 – 12 см може виявитися недостатньою.

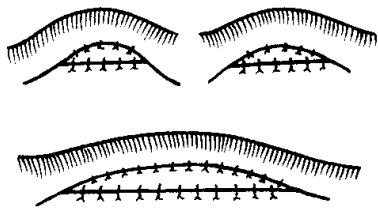


Рис. 2.5. Переривчасте стебло

Багат шарові стебла.

Звичайне стебло В.П.Філатова має дві ніжки. У деяких випадках зустрічається необхідність навіть у багат шарових стеблах. Так, при повному одночасному руйнуванні носа і грушоподібного отвору таке стебло має свої переваги.

Дочірні стебла.

Це невеликих розмірів стебла, які викроюють на великому стеблі. Так поступають в тих випадках, коли після відновлення, наприклад, щік філатовським стеблом, залишається ще частина стебла, і необхідно утворити перегородку носа або завиток вуха та 83ін..

Біологічні дані про життєздатність стебла.

Яким би способом не було виготовлене філатовське стебло, незалежно від його виду і локалізації, воно має одну істотну перевагу перед всіма іншими клаптями на ніжці, – гарну життєздатність. Насамперед, воно одержує живлення з двох ніжок. За даними авторів, через 4 – 5 днів в ньому утворюється досить потужна мережа дрібних судин, які розташовані, головним чином, між власною шкірою і підшкірною клітковиною. Ще через 1 – 2 дні можна спостерігати утворення анастомозів між судинами обох ніжок стебла. Доведено, що стебла викроєні в будь якому напрямку, однаково життєздатні, але, незважаючи, що вже до кінця першого тижня в стеблі розвивається досить могутня судинна мережа, повна готовність стебла до міграції настає трохи пізніше (достатній кровообіг у стеблі налагоджується лише через 16 – 20 днів). Встановлено, що відновлення чутливості в стеблі йде від периферії до центру з боку материнського ґрунту. Тільки через 4 – 6 тижнів починають з'являтися ознаки чутливості в стеблі, а через рік або більше, в залежності від його довжини, чутливість у ньому цілком відновлюється. Першою відновлюється больова чутливість, потім з'являється тактильна чутливість і, нарешті, температурна.

Правила догляду за стеблом.

На операційному столі після закінчення операції необхідно вжити заходів, щоб та кров, яка вийшла через лінію шва материнського ґрунту, не викликала мацерацію стебла. Для запобігання зіткнення стебла з материнським ґрунтом бажано на всьому протязі підкласти під нього серветки. По обидва боки стебла кладуть два великі пухкі ватяні валики з метою його утеплити. Валики повинні бути значно вище стебла, щоб не здавити його під час бинтування, яке не повинно бути тугим; само стебло також покривають пухким шаром вати. Замість бинта можна обмежитись закриттям ватяних валиків і стебла шматком марлі, фіксованої навколо стебла будь якою клейкою речовиною.

Незважаючи на гарне самопочуття, хворий не повинен вставати з ліжка раніше, ніж через 2 дні, тому що необхідно забезпечити стеблу повний спокій. Хворого необхідно попередити про те, щоб він не придавив стебло під час сну і щоб не торкав його.

Раніше для зігрівання стебла відразу ж після операції протягом 48 годин рекомендували застосовувати лампу – солюкс. В сучасних умовах у зв'язку з впровадженням в хірургічну практику методу гіпотермії деякі хірурги застосовують її з метою поліпшення післяопераційного періоду, покриваючи стебло льодом.

Ускладнення в післяопераційному періоді.

З ускладнень, яких можна чекати після операції формування стебла, насамперед треба вказати на запальні явища, як з боку стебла, так і з боку материнського ґрунту. У випадку появи початкових ознак запалення показане зняття 1 – 2 швів і розведення країв стебла або рани на материнському ґрунті. Цим заходом процес, майже завжди, може бути ліквідованим.

До операційних ускладнень відносять, також, розлад кровообігу в стеблі, який виражається в тому, що в центрі стебла, частіше по лінії шва, з'являється ціаноз шкіри, відшарування епідермісу і, навіть, початкові ознаки омертвіння. Залежить це від порушення техніки формування стебла

(недотримання співвідношення довжини стрічки до її ширини – не більше ніж 3:1), недостатнього гемостазу, неправильного відшарування стрічки, зайвої кількості підшкірно – жирового шару та 84ін..

Враховуючи сказане, першу перев'язку потрібно робити не пізніше ніж через 24 години після операції. При перев'язці ретельно оглядають лінію швів, особливо в центрі, прощупують все стебло. Воно повинно бути скрізь однакової пружності; виявлення будь де ущільнення свідчить про крововилив. В такому випадку необхідно швидко зняти 1-2 шви, або зробити гострим скальпелем насічки на стеблі. Цим, майже завжди, вдається ліквідувати симптоми ускладнення і відновити нормальний кровообіг у стеблі.

Одним із профілактичних заходів проти крововиливів у стеблі є відмова від застосування адреналіну при місцевій анестезії, тому що з закінченням його судинозвужувальної дії може наступити розширення судин з наступною кровотечею. Якщо, незважаючи на вжиті заходи, розвивається омертвіння стебла, необхідно домогтися, щоб воно протікало у вигляді сухого некрозу. Цього досягають нанесенням на стебло насічок, обробкою міцним розчином марганцю та ін.

При нормальному післяопераційному перебігу шви на стеблі можна зняти на 6-7 день. На материнському ґрунті шви варто знімати не раніше, ніж через 12-14 днів, тому що шкіру тут завжди зашивають зі значним натягом.

Тренування стебла.

Найпростішим способом тренування стебла є накладання гумового джгута (катетера) на ніжку (рис.2.6) та затискання будь яким затискачем. Перетискання ніжки варто починати з 5 хвилин по 2-3 рази на день, збільшуючи час стиску ніжки щодня на 5-10 хвилин. Якщо при перетисканні ніжки впродовж 1 години стебло залишається теплим і не змінює кольору (не визначається ціаноз), то його можна вважати готовим до переносу.

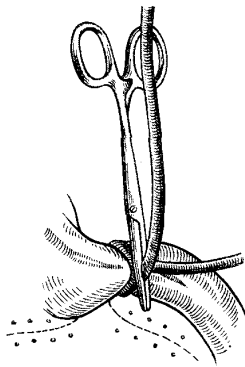


Рис. 2.6. Тренування стебла

Починати тренування ніжки стебла можна з 4-6 дня після його формування, не чекаючи зняття швів, для чого лінію швів покривають марлею, поверх якої накладають джгут. Чим раніше починають тренування стебла, тим значніше скорочується термін його переносу, тому що таке раннє стискання однієї ніжки привчає стебло одержувати живлення через одну ніжку.

Тренування стебла можна доручати самому хворому, якщо його цьому навчити. В іншому разі це повинна робити медична сестра.

Існує й інший спосіб перевірки готовності стебла до переносу, так званий, біологічний спосіб, який запропонував Блер. Цей спосіб полягає в тому, що біля краю ніжки, яку мають переносити, окреслюють ножем невелику площадку (4x6 см) через усю товщу шкіри. Площадку зі стеблом цілком відокремлюють від материнського ґрунту і знову пришивають на своє колишнє місце. Якщо через 1-2 дні ніяких ознак порушення кровообігу в площадці не виявиться, то таке стебло можна переносити. При явищах застою в площадці необхідно на ній зробити насічки. Якщо, не зважаючи на насічки, розвиваються явища некрозу, то через декілька днів омертвілу частину площадки відтинають, а стебло можна переносити, якщо його довжина достатня.

В.П.Філатов запропонував наблизити стебло до дефекту, якщо він виготовлений вдалині від останнього, шляхом «крокування». Цей спосіб оснований на тому, що дальню ніжку відтинають і пришивають зараз же за ближньою (рис.2.7). Після приживлення переміщеної ніжки відтинають другу і переносять ще ближче до дефекту. Такий «гусеничний крок» продовжують, поки одна з ніжок не буде підшита до країв дефекту.

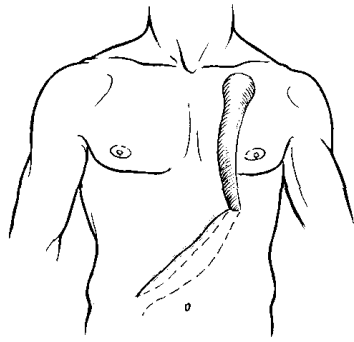


Рис. 2.7. "Крокуюче" стебло

Б.В.Парін у 1927 році запропонував для скорочення кількості етапів міграції стебла спосіб переносу його через руку. При цьому способі ніжку, яка підлягає переносу, відтинають і пришивають до кисті або передпліччя тієї або іншої руки в залежності від місця виготовлення стебла. Для цього на руці викроюють клапоть шкіри 85напівмісячної форми, відвертають його, і до всієї оголеної поверхні пришивають ніжку стебла (рис.2.8). Після приживлення стебла до руки іншу ніжку відтинають і з рукою підносять до дефекту.

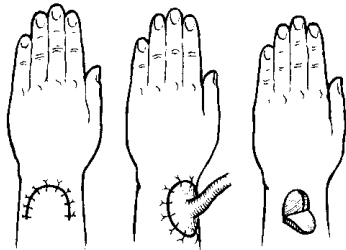


Рис. 2.8. Перенос стебла за Паріним

Ф.М.Хитров при переносі стебла на руку для поліпшення харчування ніжки стебла на його відсіченому кінці знімав шкіру, залишаючи оголеною жирову клітковину. Цей жир він підсував під відвернутий клапоть шкіри на руці (рис.2.9).

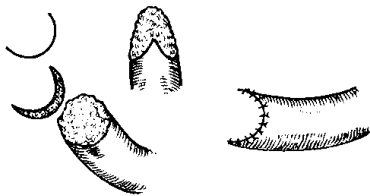


Рис. 2.9. Перенос стебла за Хітровим

Н.М.Міхельсон запропонував при плануванні переносу стебла користуватися, так званою, «чемоданною ручкою». «Чемоданна ручка» являє собою товсту дренажну трубку довжиною 20-22 см (можна використовувати трубки різних розмірів). На кінцях трубку розрізають на протязі 3-4 см, розпластують і до отриманих площадок на кінцях трубки пришивають щільний картон; по довжині трубки чорнилами наносять лінію швів. У такому вигляді трубка нагадує «чемоданну ручку» і має велику схожість зі стеблом В.П.Філатова (рис.2.10).



Рис. 2.10. "Чемоданна ручка"

6. Матеріали для самоконтролю:

А. Завдання для самоконтролю:

1. Загальне поняття про пластику філатовським стеблом.

- 2.Знати показання до операції філатовським стеблом.
- 3.Мати уяву про визначення оптимальної донорської ділянки для забору стебла.
- 4.Техніка виконання операції.
- 5.Види стеблових клаптів.
- 6.Правила догляду за стеблом.
- 7.Можливі ускладнення в післяопераційному періоді.
- 8.Тренування стебла.
- 9.«Чемоданна ручка».

Б. Задачі для самоконтролю:

4.1. Хворому 42 років в щелепно-лицевому відділенні була проведена операція з приводу видалення пухлини шкіри розміром 9,0 x 8,0 см в лівій скроневій ділянці. Який вид лікування доцільно застосувати для усунення дефекту тканин?

(Відповідь: пластичну операцію філатовським стеблом).

4.2. Військовослужбовець отримав поранення в обличчя осколком снаряду. Об'єктивно: в правій щічній ділянці велика рвана наскрізна рана розміром 5x6 см. Хворому показана реконструктивна операція філатовським стеблом. В якій ділянці найзручніше виготовити стебло?

(Відповідь: в ділянці правої бокової поверхні шиї по ходу грудино-ключично соскоподібного м'яза).

4.3. У щелепно - лицеве відділення доставлено пораненого з тотальним дефектом губ. Хворому заготовлено філатовське стебло в ділянці шиї для проведення реконструктивної операції. Коли і як необхідно почати тренування ніжки стебла; який критерій його готовності до переносу?

(Відповідь: тренування починають з 4 – 6 суток після формування стебла, починаючи з 5 хвилин 2 – 3 рази на добу, збільшуючи час стиску ніжки щодня на 5 – 10 хвилин. Якщо при перетисканні ніжки впродовж 1 години стебло залишається теплим і не змінюється в кольорі (ціаноз), то його можна вважати готовим до переносу).

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиночною відповіддю.

2.1. В клініку щелепно – лицевої хірургії поступив хворий з діагнозом: опік правої половини обличчя III^б ступеню. Який вид реконструктивної хірургії доцільно запропонувати хворому?

- А. Пластика філатовським стеблом.
- В. Пластика зустрічними трикутними клаптями за Лімбергом.
- С. Пластика за Шимановським.
- Д. Пластика клаптем на ніжці.
- Е. Пластика за Діффенбахом.

(Правильна відповідь: А).

2.2. Який з перелічених етапів не є методикою підняття та мобілізації філатовського стебла?

- А. Відшарування шкірної стрічки.
- В. Формування зі стрічки стебла.
- С. Накладання шва під ніжками стебла.
- Д. Підйом та мобілізація вільного шкірного аутоотрансплантата для закриття материнської зони.
- Е. Ушивання материнської зони.

(Правильна відповідь: Е).

2.3. На якій ділянці тіла не можна формувати стеблеподібний клапоть?

- А. На стопі.
- В. На шиї.
- С. На передньо – бічній поверхні живота.
- Д. На передньо – бічній поверхні грудей.
- Е. На спині.

(Правильна відповідь: А).

2.4. Коли роблять першу перев'язку стебла після операції?

- А. Не пізніше, ніж через 8 годин.
- В. Не пізніше, ніж через 10 годин.
- С. Не пізніше, ніж через 18 годин.
- Д. Не пізніше, ніж через 20 годин.
- Е. Не пізніше, ніж через 24 години.

(Правильна відповідь: Е).

Г. Навчальні задачі III рівня (нетипові задачі).

1. У хворого 32 років наявний тотальний дефект тканин в ділянці нижньої губи після видалення злоякісної пухлини. Який вид пластичної операції показаний даному пацієнту?
(Відповідь: пластика філатовським стеблом).
2. У щелепно – лицеве відділення поступив пацієнт з після травматичним тотальним дефектом носа. Травму отримав під час бойових дій 3 місяці тому. За якими показаннями і яке лікування необхідно запропонувати хворому?
(Відповідь: необхідна операція - пластика носа філатовським стеблом за функціональними і естетичними показаннями: вогнепальні рани).
3. До хірурга звернувся військовослужбовець з приводу проведення пластичної операції в ділянці підборіддя та нижньої губи. Із анамнеза захворювання виявлено, що у хворого була вогнепальна травма, яку він отримав під час бойових дій 3 роки тому. При обстеженні виявлена рубцева деформація вказаної ділянки келоїдними рубцями. Який спосіб пластичної операції показаний хворому?
(Відповідь: показана пластика філатовським стеблом).

7. ЛІТЕРАТУРА.

Основна література:

1. Щелепно – лицева хірургія. Реконструктивна хірургія голови та шиї: підручник/ В.М.Соколов, В.І.Митченко, Д.С.Аветіков – Вінниця, Нова книга, 2006. – С.6-8.
2. Г.П.Рузін, М.П.Бурих. Основи технології операцій у хірургічній стоматології та щелепно – лицевій хірургії. – Вінниця, Нова книга, 2008. С.344 – 372.
3. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно – лицевой области, Киев, «Здоров'я», 1971. – С 11 - 24.
4. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2 т. – Т.2/ В.О.Маланчук, І.П.Логвіненко, Т.О.Маланчук, О.Л.Ціленко – К.: ЛОГОС, 2011. – С.335 - 354 .

Додаткова література.

1. Михельсон Н.М. Восстановительные операции челюстно-лицевой области. – М.: Медгиз, 1962. – С.167-213.
2. Мухин М.В., Мамонов А.Г. Кожная пластика. Клиническая оперативная челюстно – лицевая хирургия. – Л.: Медицина, 1985. – С.54 – 88.
3. Неробеев А.И. Определение показаний к восстановительным операциям после удаления распространенных злокачественных опухолей головы и шеи // Вопр. онкол. – 1983. - №4. – С.78-82.
4. Золтан Я. Атлас, т.1, «Сicatrix optima», 1974, - С. 9 – 18.
5. Лимберг А.А. Планирование местнопластических операций на поверхности тела. – Ленинград, - 1963, 593 с.
6. Мухин М.В. Клиническая оперативная челюстно – лицевая хирургия, Ленинград, 1974. – С. 31 – 44.
7. Неробеев А.И. Восстановление тканей головы и шеи, 1988. – С. 8 – 21.
8. Рауэр А.Е., Михельсон Т.М. Пластические операции на теле, 1954. – С.13 – 17.
9. Фришберг И.А. Косметические операции на лице, 1984. – С. 4 – 9.
10. Хитров Ф.М. Атлас пластической хирургии лица и шеи, 1984. – С. 11 – 16.
11. Сергиенко В.И., Кулаков А.А., Петросян Н.Э., Петросян Э.А. Пластическая хирургия лица и шеи. – Москва, «Гэотар - медиа». – 2010, С.20 – 22; 73 – 117.
12. Пластическая и эстетическая хирургия. Под ред. Эйзенманн – Кляйн М., Нейханн – Лоренц К. – Москва, «Практическая медицина», 2011, С.167 – 304.
13. Пластическая и реконструктивная хирургия лица. Под ред. А.Д.Пейпла. – Москва, «Бином. Лаборатория знаний», 2007, 951 с.
14. Белоусов А.Е. Пластическая реконструктивная и эстетическая хирургия. – Санкт-Петербург, «Гиппократ», 1998, 743 с.

№ 12. Дефекти шкіри, слизової оболонки, закриття їх вільним клаптем. Вільна пересадка шкіри та слизової оболонки.

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

В сучасному світі постійно зростає кількість поєднаної та комбінованої травми наслідками яких, досить часто, є виникнення дефектів щелепно-лицевої ділянки, що потребують відновлювання за

рахунок вільної пересадки тканин. Особливо багато таких дефектів виникає внаслідок опіків щелепно-лицевої ділянки. Це обумовлює необхідність для майбутнього лікаря-стоматолога знання основ вільної пересадки тканин, зокрема вільної пересадки шкіри та слизової оболонки.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати дані статистики природжених та набутих дефектів шкіри і слизової оболонки порожнини рота.
- 2.2. Пояснювати особливості етіології природжених та набутих дефектів шкіри та слизової оболонки порожнини рота.
- 2.3. Запропонувати план обстеження хворого з набутих або природженим дефектом шкіри або слизової оболонки порожнини рота.
- 2.4. Класифікувати дефекти шкіри або слизової оболонки порожнини рота.
- 2.5. Тракувати гістологічну побудову шкіри або слизової оболонки порожнини рота.
- 2.6. Малювати схему оперативного усунення дефекту шкіри або слизової оболонки порожнини рота.
- 2.7. Проаналізувати розміри та характер дефекту шкіри або слизової оболонки порожнини рота.
- 2.8. Скласти план оперативного лікування.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

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 дефектом шкіри обличчя.
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. Епідерміс.	Це поверхневий епітеліальний шар шкіри.
2. Дерма (власне шкіра).	Це шар шкіри, який розташований нижче епідерміса.
3. Дерматом.	Це інструмент за допомогою якого одержують клапоть для вільної пересадки шкіри.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Гістологічна побудова шкіри.
2. Метод вільної пересадки шкіри на обличчя. Показання та протипоказання.
3. Пересадка шкіри за Реверденом.
4. Пересадка шкіри за Яновичем-Чайнським-Девісом.
5. Пересадка шкіри за Краузе.
6. Пересадка шкіри за Тиршем.
7. Пересадка шкіри за Педжетом.
8. Переваги та недоліки існуючих методів вільної пересадки шкіри при їх застосуванні на обличчі.
9. Методика одержання клаптів шкіри для вільної пересадки на обличчя.
10. Методика пересадки вільного клаптя на ділянку дефекту.
11. Методика пересадки шкіри в порожнину рота.
12. Пересадка слизової оболонки та її показання.

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

1. Оволодіти методикою передопераційного аналізу дефекту.
2. Оволодіти методикою виготовлення операційного шаблону для формування шкірного клаптя.

5. ЗМІСТ ТЕМИ:

Вільна пересадка тканин

Вільна пересадка шкіри. Для заміщення дефектів шкіри та слизової оболонки широко застосовують вільну пересадку шкірних клаптів. Цей спосіб був описаний ще на початку XIX

століття, але відомості він набув значно пізніше, після того, як Реверден (1869) запропонував свій спосіб пересадки шкіри на раньову поверхню у вигляді маленьких шматочків епідерміса разом з шаром власне шкіри.

Спосіб Ревердена полягає в тому, що гострими ножицями зрізають поверхневий шар шкіри у вигляді шматочків до 5 мм в діаметрі, які потім накладають на гранулюючу поверхню. Протягом 3 – 5 діб вони зростаються з грануляціями, утворюючи острівки, які потім розростаються з країв та зливаються між собою. Однак, після епітелізації рани утворюється некрасива, схожа на мозаїку поверхня, що є протипоказанням для застосування цього способу на обличчі.

За методом Яновича-Чайнського та Девіса шматочки шкіри в діаметрі 3 – 5 мм зрізують до підшкірно-жирового прошарку та накладають їх з невеличкими проміжками на поверхні, що гранулює – пересадка «малих клаптів всієї товщи шкіри».

Спосіб Тирша відрізняється тим, що шкіру беруть не окремими шматочками, а цілим клаптем відповідно до розмірів дефекту. Шкірний клапоть тонкий, включає в себе епідерміс та поверхневий шар власне шкіри. Товщина клаптя складає 0,2 – 0,25 мм.

Спосіб Краузе застосовує більш товстий клапоть у всю товщу шкіри до підшкірного шару але не включає його.

Спосіб Педжета застосовує так званий «розщеплений клапоть», товщина якого складає 1/3, 2/3 або 3/4 товщини шкіри.

Взагалі, чим товще клапоть, тим гірше він сприймається раневою поверхнею і відповідно, тим більше ризик його відторження. З іншого боку, тонкий клапоть відрізняється кольором від оточуючої шкіри і має тенденцію до зморщування, тоді як товстий клапоть дає найкращі результати щодо зовнішнього вигляду пацієнта. Вимогам щелепно-лицевої хірургії більш відповідає клапоть товщина якого 2/3 або 3/4 товщини шкіри. Такий клапоть не має недоліків тонкого клаптя і в той же час більш життєздатний ніж клапоть у всю товщу шкіри.

Місце звідки беруть трансплантат для вільної пересадки не повинно мати волосяного покриву, за винятком того випадку, коли необхідно відновлювати ділянки де ріст волосся бажаний (брови, підборіддя у чоловіків та ін.). Трансплантати невеликого розміру беруть в заушній, надключичній та підключичній ділянках. Трансплантати більших розмірів беруть з внутрішньої поверхні плеча. Для закриття великої площі (8 – 10 см в діаметрі) трансплантат беруть з живота або бокової поверхні грудної клітини, в рідких випадках зі стегна, бо шкіра тут більш груба і менш підходить для пересадки на обличчя.

Техніка одержання тонкого клаптя. Місце з якого беруть клапоть обробляють 2% розчином йоду і спиртом. Для знеболення застосовують інфільтраційну анестезію 0,5% розчином новокаїну. За допомогою шматочка відмитої та простерилізованої рентгенівської плівки виготовляють шаблон, що повторює форму та розміри рани на яку здійснюватиметься пересадка, після чого шаблон накладають на підготовлену донорську ділянку та відмічають межі майбутнього клаптя. Асистент розтягує шкіру донорської ділянки поставленими на ребро долонями, щоб надати операційному полю рівномірно плоску поверхню. Зріз одержують за допомогою спеціального інструмента – дерматома, а якщо його немає – гострим скальпелем або бритвою. Необхідно намагатись одержати клапоть потрібного розміру цілком, одномоментно. Товщина клаптя повинна бути рівномірною на всьому протязі. Ознакою вірного одержання клаптя є поява крові на місці де він був знятий у вигляді окремих крапельок.

При накладанні клаптя на призначене місце стежать за тим, щоб ранева поверхня клаптя безпосередньо контактувала з раневою поверхнею дефекта шкіри або слизової оболонки.

Тонкий клапоть звичайно не фіксують швами, він тримається на раневій поверхні прошарком фібрини. Пересаджений клапоть вкривають шаром стерильної марлі, обережно натискають на нього рукою, щоб видалити кров, що скопичилась під клаптем, а потім фіксують пов'язку креолом або лейкопластиром. Знімають пов'язку на 8-й – 10-й день. Місце звідки був взятий клапоть закривають шарами марлі просякнутої стерильною вазеліновою маслом олією. Пов'язку накладають на 14 – 16 днів. До цього терміну здійснюється епітелізація. Переваги тонкого клаптя полягають в його високій життєздатності.

Недоліком є те, що трансплантат відрізняється білісуватим кольором і менш еластичний ніж оточуюча його шкіра.

Техніка одержання клаптя шкіри за Краузе. Клапоть формують у всю товщу шкіри за винятком підшкірно-жирового прошарку. Щоб не травмувати клапоть пінцетами його краї, по мірі відшарування прошивають волосом (або іншим матеріалом) та беруть на держалки, які застосовують надалі як основні шви для фіксації трансплантата на місці. Після фіксації клаптя на

місці держалками, накладають шви, щоб забезпечити повне прилягання країв. З метою кращого прилягання клапоть обережно придавлюють до раневої поверхні. Деякі автори рекомендують застосовувати пов'язку з дозованим тиском в 25 – 30 мм рт. ст. З цією ж метою можна користуватись гумовою губкою 2 – 3 см завтовшки яку обгортають у марлю і накладають на трансплантат, закріплюючи потім бинтом або клеоловою пов'язкою. Без застосування тиску в трансплантаті розвиваються застійні явища і можливі негативні наслідки.

В перші 3 – 4 доби після пересадки клапоть набуває іноді синюшного відтінку. Вразі приживання, на 7 – 8 добу клапоть приймає рожевий колір. Шви знімають на 10-й – 12-й день. Пересадка товстого клаптя дає найкращий результат у косметичному відношенні. Такий клапоть менш життєздатний у порівнянні з тонким клаптем, але більш стійкий до пошкоджень і більш еластичний.

Так звані розщеплені клапті (за Педжетом) товщиною $1/3$ та $3/4$ товщини шкіри одержують за допомогою дерматома, який дозволяє формувати досить великі клапті шкіри з однаковою на всьому протязі товщиною, що практично неможливо при ручному способі. Техніка пересадки такого клаптя не відрізняється від пересадки клаптя за Краузе.

Вільна пересадка шкіри в порожнину рота. При цьому застосовують клапоть за Тіршем або Педжетом, який фіксують в порожнині рота на вкладишах з відбиткової маси (частіше зі стенсу). Вкладиш одержують шляхом відбитка під час операції. Клапоть, що пересаджують фіксують на вкладиші швами таким чином, щоб ранева поверхня клаптя була назовні, після чого вкладиш вводять в операційну рану. Замість вкладиша з відбиткових матеріалів можна застосовувати валик з йодоформної марлі (за Євдокімовим). Вкладиш фіксують в роті за допомогою протеза або назубної шини. Клапоть приростає на 5-й – 6-й день, але вкладиш видаляють на 8 – 10 день. Чутливості трансплантат набуває лише через 5 – 6 місяців, спочатку він погано сприймає травму та температурні коливання. Шкіряний клапоть пересаджений в порожнину рота зберігає всі притаманні шкірі особливості, тому, якщо в ньому збереглися волосяні цибулини, ріст волосся продовжуватиметься і в роті.

Вільна пересадка слизової оболонки здійснюється в пародонтальній хірургії з метою закриття рецесій ясен, а також при відновленні втрачених повік та губ. Клапті звичайно формуються в присінку порожнини рота або на твердому піднебінні.

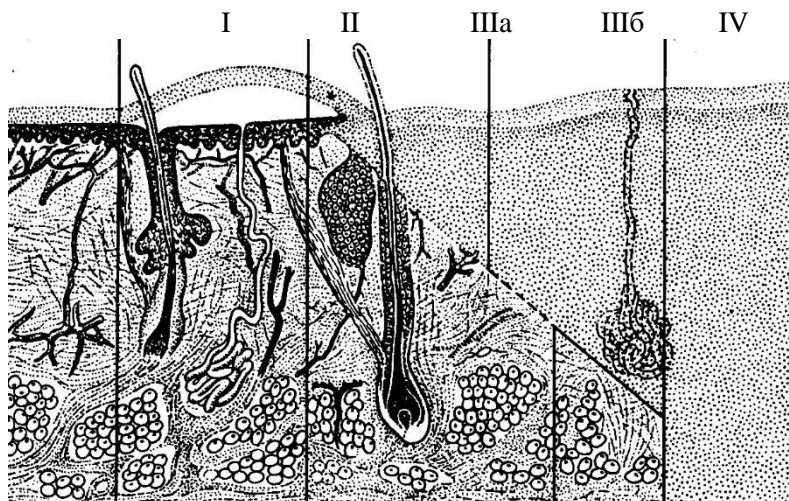
Вільна пересадка жирової тканини застосовується в при хірургічному лікуванні анкілоза (в якості прокладки після остеотомії) або при здійсненні контурної пластики обличчя (наприклад, при геміатрофії). Частіше використовують підшкірний жир передньобочкової поверхні стегна або живота. Жир завжди потрібно брати разом з фасцією, інакше він легко розпадається на окремі дольки. Місце для трансплантата заготовляють у вигляді тунелю з таким розрахунком, щоб шви на шкірі не були розташовані над пересадженим жиром, інакше він може просякнути між швами та інфікуватись.

Фасцію, як пластичний матеріал застосовують при підтягуванні паралізованих м'язів. З цією метою використовують шматочки широкої фасції стегна.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Завдання для самоконтролю:

Класифікація термічних опіків за глибиною ураження



Б. Задачі для самоконтролю:

1. При відновленні ділянок обличчя, що постраждали від опіку III ступеня була виконана пластика брови шляхом вільної пересадки шматочка шкіри у всю товщу (без підшкірно-жирового шару) у вигляді полоски з волосистої ділянки голови. За якою методикою був сформований шкірний клапоть?

(Відповідь: за методикою Краузе)

2. При відновленні повік з приводу їх післяопікового вивороту була здійснена вільна пересадка шкіри за Тіршем. Через 2 місяці після операції виникло ускладнення у вигляді вторинного вивороту повік, незважаючи на те, що трансплантати добре прижилися. Яка з властивостей тонкого клаптя стала причиною ускладнення в цьому випадку?

(Відповідь: тонкі клапті добре приживаються, але мають схильність до зморщування.)

3. У постраждалого з опіком III ступеня після нефректомії утворилась великих розмірів гранулююча поверхня, яка займає всю задню поверхню шиї. Не маючи достатньо донорського матеріалу, хірург закрити поверхню рани шматочками шкіри 3 – 4 мм, які взяв у всю товщу шкіри без підшкірно-жирового шара, і які розташував з невеликими проміжками. Хто є автором цієї методики?

(Відповідь: застосована методика Яновича-Чайнського-Девіса)

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю ($\alpha=1$):

1. Вільна пересадка шкіри за Реверденом це:

- A. Шматочки епідерміса розміром до 5 мм з верхнім прошарком власне шкіри.
- B. Шматочки шкіри розміром 3 – 4 мм у всю товщу шкіри без підшкірно-жирового шару.
- C. Тонкий клапоть шкіри 0,2 – 0,25 мм завтовшки.
- D. Клапоть шкіри у всю товщу без підшкірно-жирового шару.
- E. Розщеплений клапоть шкіри завтовшки у $\frac{1}{2}$, $\frac{2}{3}$ або $\frac{3}{4}$ товщини шкіри.

(Правильна відповідь: шматочки епідерміса розміром до 5 мм з верхнім прошарком власне шкіри.)

2. Вільна пересадка шкіри за Яновичем-Чайнським та Девісом це:

- A. Шматочки епідерміса розміром до 5 мм з верхнім прошарком власне шкіри.
- B. Шматочки шкіри розміром 3 – 4 мм у всю товщу шкіри без підшкірно-жирового шару.
- C. Тонкий клапоть шкіри 0,2 – 0,25 мм завтовшки.
- D. Клапоть шкіри у всю товщу без підшкірно-жирового шару.
- E. Розщеплений клапоть шкіри завтовшки у $\frac{1}{2}$, $\frac{2}{3}$ або $\frac{3}{4}$ товщини шкіри.

(Правильна відповідь: шматочки шкіри розміром 3 – 4 мм у всю товщу шкіри без підшкірно-жирового шару.)

3. Вільна пересадка шкіри за Тіршем це:

- A. Шматочки епідерміса розміром до 5 мм з верхнім прошарком власне шкіри.
- B. Шматочки шкіри розміром 3 – 4 мм у всю товщу шкіри без підшкірно-жирового шару.
- C. Тонкий клапоть шкіри 0,2 – 0,25 мм завтовшки.
- D. Клапоть шкіри у всю товщу без підшкірно-жирового шару.
- E. Розщеплений клапоть шкіри завтовшки у $\frac{1}{2}$, $\frac{2}{3}$ або $\frac{3}{4}$ товщини шкіри.

(Правильна відповідь: тонкий клапоть шкіри 0,2 – 0,25 мм завтовшки.)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. При лікуванні хворого з термічним опіком обличчя хірург виконав вільну пересадку шматків епідермісу на гранулюючу рану щічної ділянки. Назвіть автора даної методики та вкажіть помилку, яку здійснив хірург.

(Відповідь: вільна пересадка за Реверденом; цей спосіб не можна застосовувати на обличчі, оскільки його результати не відповідають косметичним вимогам).

2. В відновлювальній операції з приводу після травматичної рубцевої деформації присінка порожнини рота хворому була здійснена вільна пересадка шкірного розщепленого клаптя $\frac{2}{3}$ товщини шкіри, який був взятий з передньої поверхні грудної клітини хворого після попереднього видалення волосяного покриву. Чи мала місце помилка в діях лікаря? За якою методикою був застосований клапоть?

(Відповідь: в порожнину рота не можна пересаджувати шкіру з ділянок де росте волосся, як це було зроблено в даному випадку. Була застосована методика пересадки шкіри за Педжетом).

7. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2т. – Т.2/В.О.Маланчук, І.П.Логвіненко, Т.О.Маланчук, О.Л.Ціленко – К.: ЛОГОС, 2011. – С. 3-4, 9-12.
2. Рузин Г.П. Краткий курс лекций по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Геннадий Петрович Рузин – Киев: «Книга плюс», 2006 – С. 88-89.

Додаткова література:

1. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия: Руководство для врачей / Под ред. проф. В.Н.Балина и проф. Н.М.Александрова. 4-е изд., доп. и испр. – СПб.: СпецЛит, 2005. – С. 10-16, 543-547.
2. Щелепно-лицева хірургія: підручник / О.О.Тімофєєв. – К.: ВСВ «Медицина», 2011. – С. 370-380.
3. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство / под ред. А.А.Кулакова, Т.Г.Робустовой, А.И.Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 – С. 697-706, 724-725.

**№ 13. Вроджені та набуті черепно-щелепно-лицеві деформації.
Спеціальні методи обстеження тематичних хворих.**

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Черепно-щелепно-лицеві деформації які виникають внаслідок остеодисплазій зустрічаються в практиці хірурга-стоматолога досить рідко, тому, звичайно, становлять труднощі під час діагностики, що призводить іноді навіть до необґрунтованих оперативних втручань.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати клінічні прояви вроджених та набутих черепно-щелепно-лицевих деформацій.
- 2.2. Пояснювати етіологію та патогенез виникнення черепно-щелепно-лицевих деформацій.
- 2.3. Запропонувати основні та додаткові методи обстеження хворих з черепно-щелепно-лицевими деформаціями.
- 2.4. Класифікувати вроджені та набуті черепно-щелепно-лицеві деформації.
- 2.5. Трактувати особливості клінічних синдромів, що спостерігаються у хворих з вродженими та набутими черепно-щелепно-лицевими деформаціями.
- 2.6. Малювати графологічну схему заняття.
- 2.7. Проаналізувати принципи консервативного та хірургічного лікування хворих з вродженими та набутими черепно-щелепно-лицевими деформаціями.
- 2.8. Скласти схему обстеження хворого з черепно-щелепно-лицевою деформацією.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Гістологія.	Знати механізм остеогенезу.
2. Топографічна анатомія та оперативна хірургія.	Вміти визначити топографо-анатомічну ділянку лицевого та мозкового відділу черепа.
3. Пропедевтика хірургічної стоматології.	Вміти провести курацію хворого.
4. Рентгенологія.	Знати основні рентгенологічні проекції, що застосовують при діагностиці захворювань щелепно-лицевої ділянки.

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. Остеодисплазія.	Це порушення формування кісткової тканини на різних стадіях її розвитку.
2. Дизостоз.	Це вроджена аномалія розвитку кісток обличчя.

4.2.Теоретичні питання до заняття:

1. Механізм виникнення вроджених та набутих черепно-щелепно-лицевих деформацій.
2. Клінічні прояви фіброзної дисплазії.
3. Клінічні прояви хвороби Педжета.
4. Клінічні прояви дизостозів (щелепно-черепного, щелепно-лицевого, черепно-лицевого).
5. Методи діагностики черепно-щелепно-лицевих деформацій.
6. Методи лікування черепно-щелепно-лицевих деформацій.

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

1. Провести курацію хворого з черепно-щелепно-лицевою деформацією.
2. Вміти проаналізувати рентгенограму.

5. ЗМІСТ ТЕМИ:

Захворювання, що призводять до виникнення черепно-щелепно-лицевих деформацій об'єднують в групу так званих остеодисплазій. Під терміном дисплазія розуміють вади розвитку кісткової тканини, обумовлені порушеннями остеогенезу на певній його стадії: фіброзній, хрящовій або остеїдній. Цим пояснюється різноманітність клінічно-рентгенологічних та морфологічних проявів цих захворювань.

До дисплазій відносять наступні хвороби: фіброзна остеодисплазія, деформуючий остоз, дизостози.

Фіброзна дисплазія (хвороба Брайцева-Ліхтенштейна) має моноосальну та поліосальну форму. Захворювання довгий час може розвиватись безсимптомно. Частіше всього проявляє себе болем в зубах та вздуттям кістки, що викликає деформацію обличчя. При пальпації вздуття кістки щільне, безболісне, оточуючі м'які тканини процесом не пошкоджуються, відкриття рота не утруднене. У випадку нагноювання осередку фіброзної дисплазії виникає набряк та гіперемія слизової оболонки, з'являються симптоми запального процесу. Іноді захворювання зупиняється в розвитку, в рідких випадках трансформується в пухлину. На рентгенограмі визначають декілька осередків остеопороза або деструкції кістки без чітких меж округлої форми.

Різновидом фіброзної дисплазії є херувізм, який є сімейною хворобою та спостерігається у дітей у вигляді симетричної гіпертрофії кутів нижньої щелепи. Захворювання не потребує хірургічного втручання, з віком лице приймає звичайну форму.

Іншою формою прояви фіброзної остеодисплазії є хвороба Олбрайта, яка виявляє себе осередками остеодисплазії та гіперпігментацією шкіри у вигляді плям кольору кави на тлі передчасного статевого созрівання у дівчаток.

Лікування фіброзної дисплазії хірургічне.

Деформуючий остоз (хвороба Педжета). Ця патологія характеризується деформацією кісток у вигляді їх потовщення та викривлення. На відміну від інших дисплазій процес розповсюджується на окістя. Надбровні дуги, вилицеві кістки та підборіддя потовщуються, перенісся западає і обличчя хворого стає схожою на морду лева. Крім кісток черепа спостерігаються ураження кісток гомілки стегна та хребта.

Щелепно-лицевий дизостоз (синдром Франческетті) характеризується гіпоплазією нижньої щелепи та виличних кісток з порушенням розвитку зубів, деформацією вух, а також макростомією. При ньому спостерігаються дефекти повік (колобоми), зрощення променевої та ліктьової кісток, неповне закриття спино-мозкового каналу.

Щелепно-черепний дизостоз (синдром Петерс-Хевельса) включає в себе гіпоплазію верхньої щелепи та виличних дуг, прогенію та укорочення переднього відділу основи черепа.

Черепно-лицевий (синдром Крузона). Характеризується сполученням недорозвитку кісток черепа з передчасним закриттям черепних швів, занадто великою відстанню між очима, екзофтальмом. Спостерігається косоокість, гіпоплазія середньої зони обличчя, стеноз або атрезія носових ходів.

Особливістю діагностики та обстеження хворих є необхідність залучення широкого кола суміжних спеціалістів, у першу чергу ендокринолога, окуліста та ЛОР-спеціаліста.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Завдання для самоконтролю:

Б. Задачі для самоконтролю:

1. На прийом до лікаря мати привела дівчинку 10 років з деформацією нижньої щелепи у вигляді вздуття альвеолярного відростку нижньої щелепи. Деформація безболісна. У дитини наявні ознаки передчасного статевого дозрівання та пігментація шкіри у вигляді окремих плям кольору кави. Про яку форму дисплазії можна думати в цьому випадку?

(Відповідь: хвороба Олбрайта)

2. На амбулаторний прийом звернувся хворий якого турбує біль в зубах нижньої щелепи зліва періодично виникаючий на протязі останніх місяців. Раніше нічим не хворів. При огляді лікар звернув увагу на незначну деформацію обличчя за рахунок потовщення тіла нижньої щелепи зліва. Шкіра не змінена, пальпація безболісна, відкривання рота вільне, зуби інтактні. На рентгенограмі нижньої щелепи зліва визначається декілька осередків остеопорозу округлої форми в ділянці тіла нижньої щелепи зліва не пов'язаних з зубами. Контури осередків нечіткі. Яким може бути попередній діагноз?

(Відповідь: фіброзна остеодисплазія)

3. При огляді у пацієнта виявлені гіпоплазія нижньої щелепи, макростомія, деформація виличних кісток та вух. Після рентгенологічного обстеження встановлено, що у хворого неповністю сформований канал хребта. Про який з дизостозів йде мова в даному випадку?

(Відповідь: щелепно-лицевий дизостоз)

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю ($\alpha=II$):

1. Пігментація шкіри та передчасне статеве созрівання спостерігаються у дівчаток хворих на:

A. Хворобу Педжета.

B. Херувізм.

C. Синдром Крузона.

D. Синдром Олбрайта.

E. Синдром Франческетті.

(Правильна відповідь: D)

2. Деформація кісток черепа при якій обличчя хворого нагадує морду лева спостерігається при:

A. Хворобі Таратинова.

B. Хворобі Брайцева-Ліхтенштейна.

C. Хворобі Олбрайта.

D. Хворобі Педжета.

E. Хворобі Шегрена.

(Правильна відповідь: D)

3. Стеноз або атрезія носових ходів мають місце при:

A. Синдромі Крузона.

B. Синдромі Папільон-Лефевра.

C. Синдромі Олбрайта.

D. Синдромі Розенталя.

E. Синдромі Франческетті.

(Правильна відповідь: A)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. До хірурга-стоматолога на консультацію направлено хворого з підозрою на наявність синдрому Крузона. Які обстеження необхідно провести та яких спеціалістів залучити до співпраці?

(Відповідь: необхідна рентгенографія черепа; консультація окуліста та отоларинголога).

2. На прийом до щелепно-лицевого хірурга з'явилась мати з дитиною 5 років. Хлопчик направлений на оперативне лікування хірургом-стоматологом з приводу деформації обличчя. При огляді кидається у вічі невідповідність худорлявої статури дитини її круглому обличчю. На об'єктивній рентгенограмі черепа визначається гіпертрофія нижньої щелепи в ділянці кутів з обох сторін, наявність в ділянках кутів та гілок осередків остеопорозу з нечіткими межами. Яка форма дисплазії має місце у хлопчика і в чому полягає помилка хірурга-стоматолога?

(Відповідь: у дитини херувізм, який не потребує хірургічного втручання).

7. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2т. – Т.2/В.О.Маланчук, І.П.Логвіненко, Т.О.Маланчук, О.Л.Ціленко – К.: ЛОГОС, 2011. – С. 3-4, 9-12.

2. Рузин Г.П. Краткий курс лекций по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Геннадий Петрович Рузин – Киев: «Книга плюс», 2006 – С. 100 - 122.

Додаткова література:

1. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия: Руководство для врачей / Под ред. проф. В.Н.Балина и проф. Н.М.Александрова. 4-е изд., доп. и испр. – СПб.: СпецЛит, 2005. – С. 42-52.

2. Щелепно-лицева хірургія: підручник / О.О.Тімофєєв. – К.: ВСВ «Медицина», 2011. – С. 370-380.

3. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство / под ред. А.А.Кулакова, Т.Г.Робустовой, А.И.Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 – С. 406-416.

№ 14. Регенерація кісткової тканини щелеп. Остеогенна та остеоіндуктивна терапія. Трансплантація органів і тканин. Головний комплекс гістосумісності, РТПГ та РТПТ. Основні методи попередження відторгнення трансплантатів.

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Остеопластика – це ефективний метод усунення кісткових дефектів, який в останні роки збагатився новими перспективними технологіями. Запропоновані численні оригінальні матеріали застосування яких дозволяє одержувати оптимальні результати як при усуненні невеликих дефектів кістки (кісткові кишені, дефекти при лікуванні кіст та ін.), так і під час відновлювальних операцій значного об'єму, наприклад, після резекції щелепи.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати фази регенерації кісткової тканини.
- 2.2. Пояснювати механізм утворення первинної та вторинної кісткової мозолі.
- 2.3. Запропонувати план обстеження хворого, якому планується пересадка кісткового трансплантату.
- 2.4. Класифікувати остеопластичні матеріали.
- 2.5. Трактувати механізм дії остеопластичних матеріалів.
- 2.6. Малювати графологічну схему видів трансплантації.
- 2.7. Проаналізувати причини відторгнення пересаженого трансплантату.
- 2.8. Скласти план перевірки донора на сумісність.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Нормальна фізіологія.	Знати механізм регенеративного процесу кісткової тканини.
2. Загальна хірургія.	Мати уяву про основи пересадки органів та тканин.
3. Гістологія.	Знати гістологічну будову кісткової тканини.
4. Фармакологія.	Знати механізм дії препаратів, які застосовують для імундепресії.

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
6. Аутотрансплантація.	Це матеріал для пересадки, одержують з тканин самого пацієнта.
2. Алотрансплантація.	Це пересадка тканин від людини людині.
3. Гетеротрансплантація.	Це пересадка тканин від тварини людині.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Гістологічна побудова кісткової тканини.
2. Механізм регенерації кістки.
3. Визначення поняття «остеопластика». Класифікація остеопластичних матеріалів.
4. Визначення поняття «трансплантація». Класифікація видів трансплантації.
5. Визначення сумісності тканин донора та реципієнта.
6. Методи попередження відторгнення пересаджених трансплантатів.

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

5. ЗМІСТ ТЕМИ:

Під терміном регенерація слід розуміти відновлення організмом втрачених або пошкоджених тканин.

Можна виділити чотири стадії цього процесу в кістковій тканині.

Перша стадія – руйнування клітинних елементів та структур, що входять до складу кістки. Це первинна реакція на травму. Тривалість цього періоду до 3 діб.

Друга стадія – проліферація та диференціювання клітинних елементів. Формується молода сполучена тканина (грануляційна тканина), що поступово заповнює дефект. Триває цей період до 8 діб.

Третя стадія – поява первинних кісткових структур. Грануляційна тканина перетворюється в фіброзну, формується первинна кісткова мозоль. Цей період починається з 9 – 10-го дня після травми і триває в середньому 20 – 30 діб.

Четверта стадія – спостерігається резорбція первинної кісткової тканини та утворення пластинчастої кісткової тканини, що означає формування вторинної кісткової мозолі. Повний цикл перебудови тканини займає приблизно 100 днів.

Остеогенна та остеоіндуктивна терапія. Під цим розуміють пересадку остеопластичного матеріалу в ділянку дефекту кістки з ціллю його усунення.

За механізмом регенераторної відповіді кісткової тканини на проведення підсадки численні на сьогодні остеотропні матеріали розподіляють на три основні групи:

- остеоіндуктивні;
- остеокондуктивні;
- остеонейтральні.

Остеоіндуктивні матеріали безпосередньо впливають на ріст кістки оптимізуючи процес трансформації недиференційованих мезенхімальних клітин в остеобласти.

Остеокондуктивні матеріали безпосередньо не впливають на ріст кістки і виконують роль матрикса або каркаса на якому відбувається новоутворення кісткової тканини та її подальше диференціювання.

Остеонейтральні матеріали – це інертні матеріали, що не розсмоктуються і застосовуються для заповнення кісткових дефектів.

В залежності від походження остеотропні матеріали розподіляються на:

- аутогенні (джерелом матеріалу є сам пацієнт);
- алогенні (матеріал одержують із тканин іншої людини);
- ксеногенні (донором матеріалу є тварина);
- алопластичні (синтетичні матеріали виготовлені штучно).

Трансплантація органів і тканин

Трансплантація – це операція по заміщенню органа, або тканин пацієнта відповідними структурами взятими від пацієнта, або іншого організму.

Класифікація трансплантацій

1. За типом трансплантатів:

- пересадка органів;
- пересадка тканин.

2. За типом донорів:

- аутотрансплантація (донор та реципієнт – одна й та ж особа);
- алотрансплантація (гомотрансплантація) – пересадка здійснюється між двома організмами одного біологічного виду (від людини людині);
- ксенотрансплантація (гетеротрансплантація) – пересадку здійснюють від представника одного біологічного виду представнику іншого виду, наприклад, від тварини людині (застосовується вкрай рідко).

3. За місцем пересадки:

- ортотопічна трансплантація (орган або тканину пересаджують в теж місце де знаходились орган реципієнта);
- гетеротопічна трансплантація (орган або тканину пересаджують в інше місце).

При алотрансплантації проблема сумісності донора та реципієнта є найважливішою для забезпечення нормального функціонування трансплантата в організмі реципієнта.

На сьогодні підбір донорів здійснюється за двома основними системами антигенів: АВО (антигенів еритроцитів) і HLA (антигени лейкоцитів або антигени гістосумісності).

Сумісність за системою АВО. Оптимальним є співпадіння груп крові донора та реципієнта за системою АВО. Допустиме також неспівпадіння за наступними правилами:

- якщо у реципієнта група крові О (I) – можлива пересадка тільки від донора з групою О (I);
- якщо у реципієнта група крові А (II) – можлива пересадка тільки від донора з групою А (II);
- якщо у реципієнта група крові В (III) – можлива пересадка від донора з групою В (III) або О (I);
- якщо у реципієнта група крові АВ (IV) – можлива пересадка від донора з групою АВ (IV) або А (II) і В (III). Співпадіння за Rh-фактором не є обов'язковим.

Сумісність за системою HLA. Сумісність за антигенами HLA є головною при підборі донора. Комплекс генів, що контролюють синтез основних антигенів гістосумісності міститься в IV-й хромосомі. Різновиди антигенів HLA досить численні. Основне значення мають локуси А, В та DR. На сьогодні ідентифіковані 24 алелі (сублокуса) локуса HLA-A, 52 алелі локуса HLA-B та 20 алелів локуса HLA- DR. Комбінації генів можуть бути вкрай різноманітними і одночасне співпадіння в усіх трьох означених локусах практично неможливе.

Перехресне типування (визначення генотипу) проводять шляхом тестування сироватки реципієнта (декілька проб сироватки беруть в різний час) лімфоцитами донора. Якщо хоча б в одному

випадку виявлена загибель лімфоцитів, реакція визначається позитивною, а трансплантація від такого донора протипоказана. Трансплантацію органів звичайно проводять при сумісності за системою АВО, співпадінні 2 – 4 антигенів за системою НІА та негативному результаті перехресної проби.

Попередження відторгнення трансплантатів

Незважаючи на всі зусилля при підборі донора досягнути повної ідентичності генотипу неможливо. Після операції у реципієнта може виникнути реакція його імунної системи пацієнта на руйнування пересаженого органа або тканини – реакція відторження. Клінічно ця реакція виявляє себе погіршенням функції пересаженого органа та морфологічними змінами в ньому. Різке погіршення загального стану пацієнта, пов'язане з підвищенням активності його імунної системи по відношенню до трансплантованого органу одержало назву «криз відторження». Для профілактики і лікування таких явищ хворим після трансплантації проводять імунодепресивну терапію. При неускладненому перебігу застосовують порівняно невеликі дози імунодепресантів за спеціальними схемами. При розвитку кризи відторгнення дози значно збільшують, змінюють комбінації препаратів. Слід пам'ятати, що імунодепресія призводить до значного збільшення ризику виникнення інфекційних ускладнень. В основному застосовують такі препарати як циклоспорін, азатіопрін, преднізолон, ортоклон, антилімфоцитарний глобулін та антилімфоцитарні сироватки.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Завдання для самоконтролю:

Б. Задачі для самоконтролю:

1. Хворому на пародонтит в амбулаторних умовах з метою усунення кісткових кишень була виконана клаптева операція в ділянці фронтальних зубів нижньої щелепи. Під час операції в кістковій кишени була підсажена кісткова стружка яка була одержана з ділянки зовнішньої косої лінії нижньої щелепи іншого хворого. Назвіть вид трансплантата, що був використаний в цьому випадку.

(Відповідь: ауто трансплантат)

2. Під час хірургічного втручання з приводу радикальної кісти верхньої щелепи, в ділянці альвеолярного відростка утворився операційний дефект 2x2 см який був заповнений штучним матеріалом на основі гідроксіапатиту. Який тип матеріалу був застосований у цього хворого?

(Відповідь: алопластичний)

3. Хворому з амелобластомою була виконана резекція тіла нижньої щелепи з правого боку в ділянці молярів. На заключному етапі операції з метою усунення дефекту, що утворився, здійснена остеопластика шматком консервованої кістки, одержаної від трупа людини. Який тип трансплантації мав місце в даному випадку?

(Відповідь: алотрансплантація)

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю ($\alpha=II$):

1. Алотрансплантація – це:

- А. Пересадка в межах одного організму.
- В. Пересадка в межах одного біологічного виду.
- С. Пересадка між близнюками.
- Д. Пересадка між різними біологічними видами.
- Е. Пересадка між родичами по лінії матері.

(Правильна відповідь: В)

2. Ксенотрансплантація – це:

- А. Пересадка в межах одного організму.
- В. Пересадка в межах одного біологічного виду.
- С. Пересадка між близнюками.
- Д. Пересадка між різними біологічними видами.
- Е. Пересадка між родичами по лінії матері.

(Правильна відповідь: D)

3. Ауто трансплантація – це:

- А. Пересадка в межах одного організму.
- В. Пересадка в межах одного біологічного виду.
- С. Пересадка між близнюками.
- Д. Пересадка між різними біологічними видами.

Е. Пересадка між родичами по лінії матері.

(Правильна відповідь: А)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. При підборі донора для хворого, що чекає пересадки органа була проведена перевірка на сумісність за антигенами еритроцитів (АВО) та перехресне типування (визначення генотипу). Чи була зроблена помилка при визначенні донора?

(Відповідь: не був виконаний тест на гістосумісність за антигенами лейкоцитів).

2. Хворий, який нещодавно переніс пересадку нирки без консультації з лікарем під час епідемії грипу приймав на протязі декількох тижнів настоянки ехінацеї та жень-шеню. Черговий диспансерний огляд виявив різке погіршення функції нирки. Який стан розвивається у хворого та чи може він бути пов'язаний з несанкціонованим прийомом означених ліків?

(Відповідь: у хворого розвивається реакція відторження. Названі ліки стимулюють імунітет і протипоказані таким хворим).

7. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2т. – Т.2/В.О.Маланчук, І.П.Логвіненко, Т.О.Маланчук, О.Л.Ціленко – К.: ЛОГОС, 2011. – С. 3-4, 9-12.

2. Рузин Г.П. Краткий курс лекций по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Геннадий Петрович Рузин – Киев: «Книга плюс», 2006 – С. 100 - 122.

Додаткова література:

1. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия: Руководство для врачей / Под ред. проф. В.Н.Балина и проф. Н.М.Александрова. 4-е изд., доп. и испр. – СПб.: СпецЛит, 2005. – С. 42-52.

2. Щелепно-лицева хірургія: підручник / О.О.Тимофєєв. – К.: ВСВ «Медицина», 2011. – С. 370-380.

3. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство / под ред. А.А.Кулакова, Т.Г.Робустовой, А.И.Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 – С. 406-416.

№ 15. Біологічні принципи та методи трансплантації кісткових, хрящових тканин.

Принципи та методи імплантації штучних конструкцій. Результати, ускладнення.

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ: велике значення у житті будь-якої людини відіграє обличчя, яке віддзеркалює внутрішній світ людини, настрій, емоції, функції організму тощо. Тому дефекти та деформації обличчя можуть порушувати психологічний стан людини, її самооцінку, соціальну адаптованість працездатність та ін. Невелика кількість людей здатна тривалий час витримувати психо-емоційне напруження та не дозволяти наявному фізичному дефекту або деформації негативно впливати на їх життя. Тому значення реконструктивно-відновної, естетичної та пластичної хірургії у нівелюванні таких станів має велике значення. Хірург-стоматолог має знати біологічні засади та методи трансплантації кісткових, хрящових тканин для того, щоби надати адекватну допомогу цьому контингенту хворих.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

2.1. Запропонувати класифікацію трансплантатів.

2.2. Пояснювати особливості різних видів трансплантатів.

2.3. Запропонувати методи вибору трансплантатів.

2.4. Класифікувати види регенерації кісткової тканини.

2.5. Скласти план забору трансплантату для проведення певного оперативного втручання.

2.6. Скласти план проведення оперативного втручання при використанні різних видів трансплантатів.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, УМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (МІЖДИСЦИПЛІНАРНА ІНТЕГРАЦІЯ)

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Пропедевтика внутрішніх хвороб	Демонструвати навички обстеження пацієнта по органах і системах. Описувати загальний статус пацієнта. Демонструвати навички по інтерпретації даних додаткових методів обстеження. Скласти план лікування пацієнта з дефектом кісткової тканини щелепно-лицевої ділянки.

2. Хірургічні хвороби	Описувати історію хвороби пацієнта з дефектом кісткової тканини щелепно-лицевої ділянки.
3. Оперативна хірургія і топографічна анатомія	Застосовувати знання по хірургічній анатомії голови та шиї. Зобразити схематично методику оперативного втручання при наданні допомоги пацієнтам з дефектами кісткової тканини щелепно-лицевої ділянки. Демонструвати навички по накладанню різних видів швів при проведенні оперативних втручань у пацієнтів з дефектами кісткової тканини щелепно-лицевої ділянки. оперативних втручань у пацієнтів з дефектами верхньої щелепи.

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. Трансплантат (transplantatum; лат. transplanto пересаджувати)	ділянка тканини чи орган, який використовують для трансплантації
2. Остеогенез (osteogenesis, остео- + грец. genesis зародження, розвиток)	процес утворення кісткової тканини.
3. Регенерація (від от пізньолат. regeneratio – відродження, відновлення)	Відновлення організмом втрачених частин на тій чи іншій стадії життєвого циклу. Регенерація, що відбувається у випадку ушкодження або втрати органа чи частини організму, має назву репаративної. Регенерацію у процесі нормальної життєдіяльності організму, яка зазвичай не пов'язана з ушкодженнями, називають фізіологічною.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Класифікація трансплантатів.
2. Види регенерації кісткової тканини.
3. Переваги та недоліки використання кісткових трансплантатів.
4. Методики застосування кісткових трансплантатів у черепно-щелепно-лицевій хірургії.
5. Застосування хрящових трансплантатів у черепно-щелепно-лицевій хірургії.
6. Застосування імплантатів з металу, силікону, пластмас у черепно-щелепно-лицевій хірургії.

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

1. Провести опитування пацієнта з дефектом кісток лицевого скелету.
2. Провести обстеження пацієнта з дефектом кісток лицевого скелету.
3. Скласти план обстеження пацієнта з дефектом кісток лицевого скелету.
4. Інтерпретувати результати додаткових методів обстеження (лабораторних, клінічних, біохімічних, спеціальних).
5. Визначити основні принципи лікування пацієнта з дефектом кісток лицевого скелету.
6. Скласти план лікування пацієнта з дефектом кісток лицевого скелету.
7. Оформити медичну документацію.
8. Підібрати інструментарій, необхідний для проведення оперативного втручання з приводу дефекту кісток лицевого скелету.
9. Намалювати схему оперативного втручання при дефектах кісток лицевого скелету.

5. ЗМІСТ ТЕМИ:

Причинами дефектів щелеп можуть бути вогнепальні і невогнепальні травми, механічні, термічні і інші ушкодження. Усі ці чисельні причини породжують важке слідство - дефект щелеп. Але і вони не залишаються тільки наслідками, а у свою чергу породжують новий патологічний стан, є причинами розвитку і погіршення деформацій навколишніх органів і тканин, порушення функцій їх - рубцеві зміни м'яких тканин особи, рубцеві вивороти губ, щік, повік, зміщення крил носа, порушення акту жування, ковтання, мови та ін.

Таким чином, слідство не пасивний: він діє на причину, значно змінюючи її. І першочергова причина (в даному випадку механічна травма) і наслідки її (дефекти і деформації тканин,

порушення функції) є причиною подальших ще важчих, порушень (зокрема, викликають психічні порушення) тобто ведуть до нових наслідків і так далі. Щоб зупинити цей вплив, цей патологічний взаємозв'язок потрібний втручання лікаря, спрямовано на лікування хворого і в першу чергу усунення дефекту щелепи, тобто на здійснення остеопластики.

Кісткова пластика дає можливість усунути функціональні недоліки і існуючі спотворення, створити опору для протеза, а також нормалізувати психіку хворих.

При побудові плану кісткової пластики на нижній щелепі необхідно:

1. Враховувати загальний стан хворого.
2. З'ясувати розміри дефекту, стан кінців фрагментів і стан навколишніх м'яких тканин, а також можливість утворення у них ложе для трансплантата.
3. По два-три тижні до операції треба ретельно санувати порожнину рота.
4. Изобразити спосіб фіксації фрагментів і заздалегідь виготовити відповідні апарати (каппы, шина Ванкевич, апарат Рудько і так далі)
5. Встановити спосіб заміни кісткового дефекту і розміри клаптя. Прийнято розрізняти 4 основні види osteo- і хондроластики.

1. Аутоотрансплантація.
2. Гомотрансплантація.
3. Гетеротрансплантація.
4. Алопластика.

Аутоостеопластика може бути здійснена шляхом пересадки кістки, узяті по сусідству з дефектом або шляхом вільної пересадки кістки ребра (УИ-УИИ ребер), гребеня клубової кістки, кута лопатки і тому подібне

Остеопластика місцевими тканинами показана при великих розмірах дефекту до 2 см При великих дефектах нижньої щелепи робиться вільна одно- або двоментна пересадка клаптя, який може бути узятий цілим або розщепленим.

У останньому випадку ризикують не цілий шматок ребра, а лише зовнішню частину і після відповідної підготовки сприймаючого ложа переносять трансплантат на місце дефекту, включають його у вигляді накладки або розпірки, закріплюючи кетгутутовими швами або капроною лисичкою.

Показаннями для двохетапного методу остеопластики по О. О. Лимбергом служать випадки, коли місцеві умови не сприяють тому, що приживає кісткового клаптя (рубцевий змінені м'які тканини, небезпека прориву слизової оболонки рота та ін.) В цих же випадках може бути застосована і подрібнена кістка у вигляді щеченя.

У тих випадках, коли за станом здоров'я хворого або його бажанню неможливо застосувати аутоостеопластику, її поміняють гомотрансплантацію, тобто пересадкою щелепною або ребровою тканиною, що свіжопоморозилася або ліофілізованою, від трупа.

Суть різних способів заморожування (Е.А.Александрова, 1959) полягає в тому, щоб вода тканинної рідини перейшла в аморфний стан. Ця обставина виключає пошкоджующе дію картої структури.

Режими заморожування існують слідуєчи: від - 4 до - 10 і від - 10 до - 80 (глибоке заморожування). Від - 40 до - 90 (заморожування вакууму) і від - 80 до - 90 але нижче (високе заморожування).

Охолодження (+2 до +8) розраховане на те, щоб зберегти максимальну кількість живих клітин і ґрунтується на вченні В. П. Філатова про використання біогенних стимуляторів.

Застосовується також метод ліофілізації, тобто висушування кістки або хряща із стану, що поморозився. В даному випадку вода яка є у біологічних тканинах після заморожування, віддається у вигляді парів. Для заміщення дефекту нижньої щелепи користуються трупною нижньою щелепою хімічно обробленої (2% розчин їдконого натрію) по методу Е.С.Малевиц (1959).

Застосовується також відновлення частини нижньої щелепи за допомогою реплантату з термічно (кип'ячення) і механічно обробленою пухлиноподібною (адамантинома, остеобластокластома області щелепи по Ю.И.Бернадскому (1965-1966).

Для заміщення дефекту нижньої щелепи може бути использованна гетеротрансплантація, тобто, пересадка обробленою кістковою тканин тварини.

Заміщення дефекту нижньої щелепи може бути здійснене за допомогою алопластичного матеріалу (АКР-7, плексиглас та ін.). Далі асистент демонструє студентам маски, слайди по темі заняття,

проводить розбір хворих, при цьому звертає увагу студентів не лише на наявні анатомічні порушення, але і на супроводжуючі їх функціональні розлади. На малюнках і схемах - викладач демонструє студентам різні методи остео- і хондропластики і способи фіксації фрагментів і лиску ті.

Студенти самостійно, під керівництвом асистента використовують таких хворих, встановлюють показання до різних видів остео- і хондропластики, намічають план лікування, місце узяття матеріалу та ін.

Викладач знайомить студентів з шинами і апаратами, які застосовуються для фіксації фрагментів окісної пластинки.

Студенти беруть участь в операціях остеохондропластики, обходах і перев'язках хворих.

У черепно-щелепно-лицевій відновно-реконструктивній хірургії найчастіше використовують кісткові, хрящові трансплантати, трансплантати із колагену, клітинні трансплантати з остеогенними (стовбуровими) клітинами, речовини, якими заміщують кісткову тканину (заповнювачі дефектів кістки), імплантати з металу, силікону, різних пластмас.

Кісткові трансплантати. При кістково-пластичних операціях на лицевому черепі людини взагалі та, зокрема, на нижній щелепі, для усунення дефектів, вроджених і набутих деформацій часто використовують різні трансплантати: фрагменти нижньої щелепи, ребро, клубову кістку, напівсуглоб з метатар- зальної кістки, плесно-фаланговий суглоб, лопатку та інші тканини, перенесені різними методами, або консервовані тканини (хладокістка, брєфокістка, ліофілізована кістка тощо). Також здійснюють трансплантацію кістковомоз- кових клітин як самостійно, так і в комбінації з ксенотрансплантатами як у дорослих і дітей.

У 1892 р. А. Vardenheuer уперше виконав кістково-гіластичне усунення дефекту, що виник після резекції частини нижньої щелепи внаслідок саркоми, вільним кістковим трансплантатом з лобової ділянки черепа людини. Нині реконструктивно-відновні операції на кістках і суглобах здійснюють з метою: 1) відновлення втрачених форми, розмірів, структури та функції кістки і суглобів; 2) створення умов для фіксації зубних протезів для відновлення жувальної функції; 3) запобігання вторинних деформацій кісток, які погребують оперативної реконструкції; 4) скорочення періоду лікування та зниження вартості лікування.

Вважають, що для отримання необхідного результату при вільному пересадженні кісток потрібно мати: 1) належне кісткове ложе; 2) необхідні механічні властивості трансплантата; 3) оптимальні біологічні якості кісткового трансплантата.

Кісткове ложе має бути добре ізольованим від інфікованих порожнин (порожнини рота, носа, лобової та верхньощелепної пазух), складатися із здорових елементів сполучної тканини, які мають високі остеогенні властивості, мати добре кровопостачання тощо.

Кістковий трансплантат має відповідати низці умов: анатомічних (механічних) — бути необхідної форми і міцності, подібної структури та архітектоніки, доступним і дешевим, та біологічних, фізіологічних — не викликати імунного відторгнення, впливати необхідним чином на остеогенез (корегувати його в реципієнтній ділянці) тощо. Нині існує достатній вибір пластичного матеріалу: автогенні, алогенні, ксеногенні трансплантати, різні алопла- стичні матеріали та їх комбінації.

Консервують кісткові трансплантати різними методами: охолодженням (до -20...-30 °С), заморожуванням у рідкому азоті (до -196,2 °С), у 0,1 % розчині формаліну, в етилені, гелях і пластмасах, піддають ліофілізації (зневоднення при низькій температурі, до -196,2 °С), демінералізації тощо.

При виборі кісткового трансплантата враховують: 1) зміни стану репара- тивних можливостей кістки в ділянці дефекту (необхідність їх корекції транс- плантатом); 2) біологічні властивості трансплантата, який має відповідати потребам репаративних властивостей кістки ділянці захворювання (їх потрібно підвищити, що спостерігається частіше, або понизити); 3) види остеогенезу, який може забезпечити або на які може впливати пересаджений трансплантат.

Пересаджують кісткові трансплантати різними методами: і) вільним чином без збереження в них кровообігу у вигляді цілого фрагмента або в подрібненому стані (так пересаджують автологічні і консервовані трансплантати); 2) на живильних клаптях з м'яких тканин; 3) на живильних ніжках із включенням артерії; 4) на мікросудинних анастомозах.

Кісткові трансплантати можуть мати живі остеогенні клітини (власні або донорські) з різними необхідними функціональними властивостями, або не мати в собі живих остеогенних клітин

(консервовані трансплантати), і по різному впливати на репаративні властивості кістки в реципієнтній ділянці. Зокрема, вони можуть спричинювати:

1. Остеобластичний детермінований остеогенез — виникає в результаті функції детермінованих остеогенних клітин-попередників трансплантата, які є в пересаженій аутогенній губчастій кістці.

2. Остеоіндуктивний остеогенез — виникає в результаті активації індуци-бельних остеогенних клітин-попередників у відповідь на дію гуморальних факторів (наприклад морфогенетичного білка).

3. Остеокондуктивний остеогенез — виникає в місці пересаження ало-генного кісткового трансплантата або синтетичних замінників кістки, які виконують роль кістяка для проростання кровоносних судин, а ріст остеогенних клітин відбувається за рахунок активації власних детермінованих клітин кісткового ложа. У результаті алогенний трансплантат резорбується й поступово заміщається новою кісткою.

4. Стимульований остеогенез (остеостимуляція) — виникає в результаті дії факторів (наприклад, фактор росту), які сприяють посиленню тих процесів остеосинтезу, що вже відбуваються, тобто стимулюють його.

Оптимальними є автотрансплантати, які містять живі детерміновані остеогенні клітини, які після пересаження в оптимальне тканинне ложе часто залишаються живими і забезпечують детермінований остеогенез, тобто, мають високий структуроутворювальний та остеогенний (репаративний) потенціал. Кістковий мозок спонгіозної кістки донорських кісток скелета людини мають різний репаративний потенціал, який знижується в такому ряду: кістковий мозок груднини, клубової кістки, нижньої щелепи, ребер, стегнової, великої гомілкової, метатарзальної кісток, кістки склепіння черепа.

Репаративний потенціал кісток оцінюють за рядом факторів: загальна кількість ядерних клітин кісткового мозку в 1 см^3 кістки, кількість клітин в 1 см^3 , які при вирощуванні можуть утворити колонії; вид цих колоній (одно- або багаточисельні); ступінь диференціювання клітин тощо.

Для пересаження автологічні кісткові трансплантати беруть із різних кісток скелета — клубової, великої гомілкової кісток, нижньої щелепи (симфіз, кут і гілка щелепи), горб верхньої щелепи, кістка прилеглої до місця операції ділянки щелепи, тіло і нижній край виличної кістки, кістки склепіння черепа.

Після пересаження кісткового трансплантата або заміщувального кістку матеріалу починаються (або продовжуються) процеси регенерації тканин реципієнтної ділянки та пересаженого матеріалу.

Регенерація (лат. відродження, відновлення) — це процес відновлення організмом втрачених або пошкоджених частин, і, відповідно, втрачених функцій пошкоджених тканин і органів. Для виживання організму більш важливим є відновлення і збереження функцій, ніж зовнішньої форми. Тож, регенерація може бути: 1) фізіологічною (постійною, що триває все життя); 2) ре-парагивною (після пошкодження тканин і органів); 3) патологічною (якщо вона дає хибні результати, уповільненою або надмірною).

За видом відновлених структур: 1) органо- або тканинспецифічна (будову і функцію органа або тканини відновлено); 2) органо-, тканиннеспецифічна (будову органа або тканини не відновлено, функцію не відновлено або відновлено частково, тоді замість втрачених тканин виникає рубець, сполучна тканина, яку організму створити значно легше з точки зору швидкості регенерації, кількості енергетичних потреб і використаних на це матеріалів).

За повнотою регенерації: повна (завершена) або неповна (незавершена).

За обсягом (об'ємом) регенерації пересаженого кісткового трансплантата, заміщувального кістку біологічного або синтетичного матеріалу: 1) повна органотипова перебудова трансплантата (функція відновлена); 2) часткова органогіпова перебудова трансплантата і часткове його розсмоктування (часткове відновлення функції); 3) повне розсмоктування трансплантата без виникнення нової кістки; 4) нагноєння рани і відторгнення трансплантата; 5) патологічна перебудова трансплантату (перебудова функціонально неспроможна).

Відповідно до функціональної ролі трансплантатів і матеріалів, які збільшують об'єм опорної кістки для опори дентальних імплантатів, регенерація може: 1) повністю (за об'ємом і якістю кістки)

забезпечити тривалу опору для імплантату; 2) забезпечити опору дентальному імплантату частково, але достатньо для його тривалої (зменшеної) функції; 3) частково забезпечити опору дентальному імплантату, недостатньо для його функції; 4) не забезпечити опору для імплантату.

Обираючи вплив на кістку і прилеглої до неї тканини за допомогою, наприклад, кісткового трансплантата, потрібно знати, що індукована кістка поводить себе як несамопідтримуюча тканинна система — вона зберігається доти, поки не припиняється дія індуктора (декальцинованого кісткового мат-риксу), після чого розсмоктується.

Кісткові трансплантати для вільного пересадження беруть з різних кісток скелета, тому вони мають різні механічні і функціональні властивості. **Екстраоральні кісткові трансплантати беруть з різних кісток:**

1) з клубової кістки (os ilea): мають кортикальну і спонгіозну кістку у великій кількості з високим репаративним потенціалом, післяопераційний період дуже болючий, рубець майже не помітний, тривалість госпіталізації до 8-12 діб;

2) великої гомілкової кістки (os tibia): мають кортикальну і спонгіозну кістку в малій кількості, репаративний потенціал її середній, післяопераційний період дуже болючий, рубець після взяття трансплантата помітний, тривалість госпіталізації до 8—12 діб;

3) кісток склепіння черепа: мають переважно кортикальну кістку з малим регенераторним потенціалом, кількість може бути достатньою, післяопераційний період малоболючий, рубець після операції непомітний, тривалість госпіталізації до 2—5 діб.

Інтраоральні кісткові трансплантати беруть :

1) з підборіддя: має переважно кортикальну кістку, спонгіозної кістки менше, загальний обсяг кістки малий, але достатній для малих реконструкцій, післяопераційний період, як правило, не болючий, рубець після операції не помітний, госпіталізація триває до 1—3 доби;

2) з ретромолярної ділянки: має кортикальну і губчасту кістку, післяопераційний період мало болючий, рубця не видно, тривалість госпіталізації до 1-2 діб;

3) із зовнішньої косої лінії та гілки нижньої щелепи: має переважно, кортикальну кістку з малою кількістю спонгіозної кістки, обсяг може бути достатнім, репаративний потенціал високим, рубці не видно, брати трансплантат можна амбулаторно;

4) з альвеолярного відростка: кістку беруть зі стінки ямки зуба, який видаляють, або міжзубної та між кореневої перетинки, тому цієї кістки мало, вона переважно кортикальна, має низький регенераторний потенціал, але рубця не помітно і операцію можна виконувати амбулаторно;

5) з виличної кістки, горба та передньої стінки верхньої щелепи.

Позаротові кісткові аутологічні трансплантати беруть зі склепіння черепа, клубової кістки, ребер, ключиці, великої та малої гомілкової кісток, кісток стопи (метатарзальні кістки), кісток передпліччя.

Пересаджують кісткові трансплантати у різному вигляді — цілого фрагмента кістки, кількох приблизно однакового розміру і товщини фрагментів («в'язанка хворосту»), подрібнених до різного розміру фрагментів кісток (кістковий «щебінь», мука), комбінації таких фрагментів. Доведено, що кровоносні судини врастають у кістковий трансплантат на глибину не більше, ніж на 5 мм, тому, чим менше розмір трансплантата, то більше буде площа травмованої кістки, яка контактує з прилеглими тканинами швидше, то більше буде вплив на прилеглі тканини стимуляторів остеогенезу і то швидше трансплантат буде перебудовуватися та заміщуватися новою кісткою.

Аутологічні кісткові трансплантати в соматично здорової людини приблизно у 80 % випадків перебудовуються повністю зі збереженням наданої при операції форми, у 10—12 % — частково, і в 8—10 % випадків розсмоктуються або відторгаються через запальний процес. Але і в цьому разі вони можуть сприяти запуску процесів стимуляційного остеогенезу з прилеглих остеогенних тканин. Слід зазначити, що при пересадженні консервованих кісткових трансплантатів або речовин-замінників кістки результати значно гірші.

Тривалість перебудови аутологічного кісткового трансплантату залежить від ряду факторів і триває до 12—24 міс.

Переваги і недоліки використання кісткових трансплантатів.

Різні кісткові трансплантати в клінічному використанні мають свої переваги і недоліки, які необхідно враховувати при плануванні лікування хворого.

Переваги використання вільних аутологічних трансплантатів кістки при реконструктивно-відновних операціях: 1) є найбільш повноцінними в біологічному відношенні, бо на них не виникають імунологічні реакції (окрім ситуацій із автосенсибілізацією на кісткову тканину) відторгнення, відсутній

високий ризик розсмоктування або патологічної перебудови трансплантата; 2) мають високу життєздатність і можливість перебудови навіть у несприятливих умовах інфікованого тканинного ложа; 3) здатні до процесів регенерації; 4) здатні до подальшого (координованого) розвитку, що важливо для збереження симетричності щелепи у віддалені терміни після оперативного втручання (особливо в дітей); 5) практично універсальні для хазяїна; 6) виключено ризик інфікування сторонніми збудниками; 7) швидко васкуляризу- ються, перебудовуються і адаптуються до нових умов.

Недоліки використання автотрансплантатів: 1) для їх взяття потрібне додаткове оперативне втручання, що означає додаткову травму, крововтрату, больовий синдром, рубець, дискомфорт у донорській ділянці; 2) після їх взяття залишається дефект донорської кістки (після взяття ребра воно часто відновлюється, особливо в дітей та підлітків); 3) кількість донорського матеріалу обмежена, а його форма і розміри не завжди відповідають необхідним; 4) збільшується час оперативного втручання, тому бажано оперувати двома операційними бригадами.

Однак, ураховуючи наявність в аутологічних трансплантатах усіх живих клітин кісткової тканини, їх використовують для усунення дефектів кісток, оскільки вони сприяють перебудові кістки за допомогою процесів прямого остеогенезу, остеоіндукції та остеокондукції.

Переваги використання алотрансплантатів: 1) вони здатні тільки до остеоіндукції; 2) немає потреби в додатковій операції, що зменшує час оперативного втручання і його травматичність; 3) є можливість повного відтворення анатомічної форми; 4) можуть зберігатися тривалий час (це залежить від виду консервації); 5) їх можна додатково обробляти для надання їм бажаних властивостей (наприклад, видаляти з них мінеральний компонент, білки, або насичувати необхідними речовинами).

Недоліки використання алотрансплантатів: 1) є інертними і мають низькі остеогенні властивості; 2) на трансплантат виникає імунна реакція (відторгнення) різного ступеня активності; 3) є нестійкими до інфекції, тому є вірогідність інфікування трансплантата і нагноєння операційної рани з його відторгненням; 4) в організмі, що росте, не здатні до росту, тому пацієнт буде потребувати наступного оперативного втручання; 5) потребують значних зусиль і витрат на заготовку, стерилізацію і зберігання; 6) неможливість використання консервованих трансплантатів в інфікованому ложі реципієнта; 7) існує певний ризик передачі хворому своєчасно не виявленої інфекції від трансплантата.

У разі використання комбінованого трансплантата, наприклад аутологічного і консервованого, недоліки і ризики використання консервованого трансплантата дещо зменшуються, але повністю не усуваються.

Хрящові трансплантати. Трансплантати з колагену.

У щелепно-лицевій хірургії застосовують аутологічні та консервовані хрящові трансплантати. Їх використовують в цілому або подрібненому вигляді для відновлення природних хрящових структур (хрящів носа, вушної раковини) або для контурної пластики обличчя.

Хрящ складається переважно з колагену, який має практично ідентичну будову в різних індивідів, тому підбір трансплантата здійснюють лише за антигенами крові А,В,0 і Rh-фактором.

Для відтворення або нормалізації форми носа частіше беруть хрящові трансплантати з вушної раковини пацієнта, формують їх і фіксують у реци- пієнтній ділянці. Трансплантатами створюють або зміцнюють носову перегородку або крилові хрящі, при цьому хрящі трансплантата зшивають із місцевими хрящами і тканинами.

Для відтворення зовнішнього вуха використовують реберний хрящ пацієнта або донора. У хворого оголюють реберний хрящ біля груднини, малюють по шаблону необхідну форму трансплантату, висікають хрящовий трансплантат, уводять його під шкіру в ділянці відсутньої вушної раковини і за 2— 4 міс. використовують перенесений трансплантат для пластики вушної раковини.

Для контурної пластики використовують цілі або подрібнені хрящі. Цілим хрящам надають необхідної форми, уводять у тканини і фіксують швами. Подрібнені хрящі вводять у тканини під провідниковим знеболюванням або НЛА за допомогою спеціального шприца, який створює велику силу ви- тискання-видавлювання хрящових частинок, і таким чином під візуальним контролем створюють нову форму м'яких тканин (Алла А. Лімберг).

Хрящова тканина практично не має кровоносних судин і власної судинної системи і характеризується повільним обміном речовин. Вона отримує необхідні їй поживні речовини за рахунок осмотичних процесів, шляхом їх просочування з прилеглої тканинної рідини, а тому і автотрофічні, і консервовані хрящові трансплантати є досить стійкими до несприятливих нових умов у тканинах тієї реципієнтної ділянки, куди було здійснено їх пересадження. Зазначене обумовлює, зазвичай, довготривалість отриманих результатів лікування.

Колагенові трансплантати. Ці трансплантати є рідкими. Вони містять колаген, гіалуронову кислоту та інші компоненти сполучної тканини, хрящів. При ретельному контролі їх готують з хрящів великої рогатої худоби для використання у вигляді ін'єкцій. Застосовують з метою збільшення об'єму тканин обличчя, усунення малих зморшок, місцевого омолодження тканин.

Уводять ці рідкі імплантати після премедикації під візуальним контролем у різні ділянки обличчя. Зазвичай за 6—9 міс. вони розсмоктуються і виникає потреба у повторній маніпуляції.

Клітинні трансплантати із остеогенними і стовбуровими клітинами. Кісткова тканина утворюється завдяки функції остеогенних клітин, тому виникла думка пересаджувати в ділянку дефекту кістки такі остеогенні клітини. Для цього їх відокремлюють з тканин, бажано з кісткової тканини, вирощують на живильних середовищах і після цього в певній кількості вводять в ділянку дефекту.

Алогенні та автогенні фібробласти використовують для усунення рецесій ясен. З твердого піднебіння або з ретромоларного простору беруть матеріал, у стерильній пробірці із живильним розчином і гентаміцином (50 мкг/мл) передають його в лабораторію, де виділяють, культивують і зберігають клітинну культуру фібробластів. Потім цей матеріал інсуліновим шприцом уводять у слизову оболонку ясен біля шийки зуба, у міжзубні ясенні сосочки на глибину 1 мм.

Після відкриття стовбурових клітин та їх властивостей, зокрема, спроможності створювати будь-яку тканину організму в ділянці ушкодження, ці клітини почали. Після відкриття стовбурових клітин та їх властивостей, зокрема, спроможності створювати будь-яку тканину організму в ділянці ушкодження, ці клітини почали використовувати в клінічній медицині. Стовбурові клітини отримують з різних тканин — з пуповинної або венозної крові, з брештових матеріалів людини, тварин. Використовують також речовини з фето-ембріонального комплексу людини, які мають властивості пришвидшувати ріст, розмноження і диференціювання клітин.

Імплантати з металу, кераміки, силікону, пластмас

Металеві імплантати — це штучні корені зубів (дентальні імплантати), гвинти й пластини, що фіксують відламки щелеп, формуючі пластини для дна орбіти, протези скронево-нижньощелепного суглобу, фіксатор з ефектом пам'яті форми, металеві сітки для усунення дефектів кісток, що застосовують у черепно-щелепно-лицевій хірургії та хірургічній стоматології.

Металеві імплантати виготовляють з титану, віталізму, кераміки, цирконію та інших матеріалів і сплавів, які є біологічно нейтральними і не чинять негативної дії на тканини. Для збільшення рівня біологічної інерції та контакту з тканинами на деякі імплантати наносять спеціальні шари-покриття. Такі металеві імплантати достатньо довго перебувають в тканинах, ніяк не виявляючи себе. Але у деяких випадках, особливо при пластиці СНЩС металевим протезом може виникнути відчуття тертя, тиску, деформації або розсмоктування опорної кістки та прилеглих тканин. Іноді штучний суглоб не завжди вдається пристосувати до гілки нижньої щелепи. Крім того, є суттєвий ризик перфорації суглобової ямки м'яким покриттям протезу, якщо одночасно не використовують протез суглобової ямки.

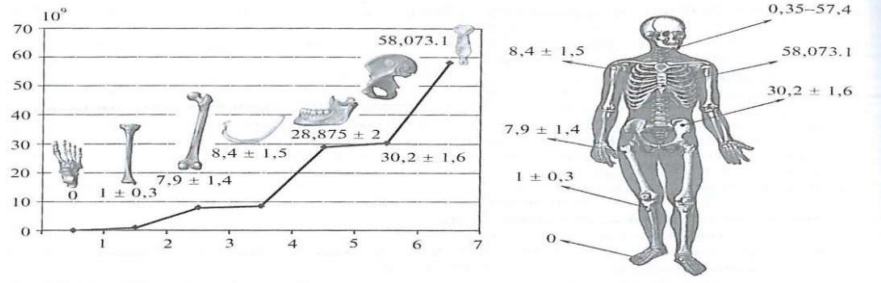
Імплантати з силікону, пластмас. Вони служать переважно для створення потрібного контуру тканин обличчя. Існують імплантати для різних відділів обличчя — підборіддя, носа, виличних кісток, надбрівних валиків, кутів щелепи тощо. Вони можуть мати стандартну форму (за розмірами) або виготовлену індивідуально за моделями обличчя, стерео літографічними моделями. Встановлюють ці імплантати, як правило, з внутрішньоротового оперативного доступу

під нейролептанальгезією або місцевою потенційованою анестезією. Імпланти бажано фіксувати швами до окістя кісток, форму яких корегують.
За відсутності запальних ускладнень і значних травмуючи дій на донорську ділянку такі імпланти можуть перебувати в тканинах достатньо довго.

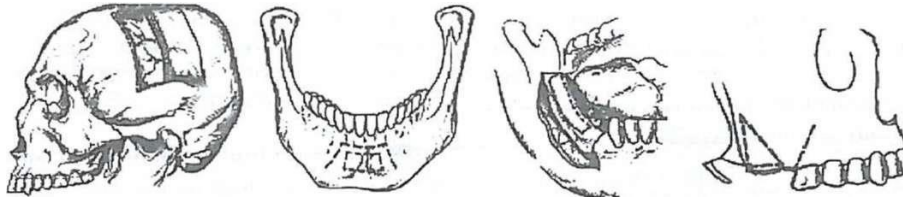
6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

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

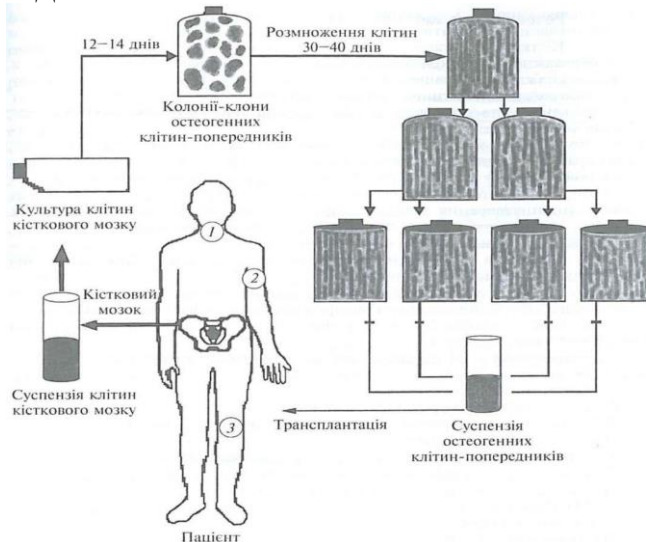
1. Опишіть малюнок:



2. Опишіть малюнок:



3. Дайте опис схеми:



Б. Задачі для самоконтролю:

- Пацієнтці, 25 років, планується проведення операції щодо заміщення дефекту верхньої щелепи кістковим трансплантатом від близнюка. Який це вид трансплантації?
(Відповідь: ізотрансплантація).
- Пацієнту, 32 років, планується пластика дефекту нижньої щелепи розщепленим кістковим трансплантатом з його ребра. Який це вид трансплантації?
(Відповідь: автотрансплантація).
- Пацієнтці, 30 років, з приводу амелобластоми була виконана часткова резекція нижньої щелепи від напівмісяцевої вирізки до зуба 36. Оберіть оптимальний метод заміщення дефекту.
(Відповідь: пластика автотрансплантатом з гребеня клубової кістки).

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з однією правильною відповіддю ($\alpha=II$):

- Пацієнту планується пластика ділянки нижньої щелепи кістковим трансплантатом від донора. Який це вид трансплантації?
А. алотрансплантація;
В. автотрансплантація;
С. ізотрансплантація;

D. ксенотрансплантація;

E. експлантація.

(Правильна відповідь: А).

2. Автотрансплантат – це матеріал, взятий у:

A. пацієнта;

B. тварини;

C. донора;

D. однойцевого близнюка;

E. трупа.

(Правильна відповідь: А).

3. Алотрансплантат – це матеріал, взятий у:

A. пацієнта;

B. тварини;

C. донора;

D. однойцевого близнюка;

E. трупа.

(Правильна відповідь: С).

Г. Навчальні завдання 3-го рівня (нетипові завдання):

1. Пацієнтці, 40 років, планується операція видалення амелобластоми нижньої щелепи справа шляхом резекції нижньої щелепи з екартикуляцією до рівня 45.

1. Складіть план лікування пацієнтки.

2. Які вимоги необхідно виконати для зниження вірогідності відторгнення трансплантату?

(Відповідь: 1. план лікування: клініко-рентгенологічне дослідження, для з'ясування справжніх розмірів майбутнього кісткового дефекту; бімаксилярне шинкування; заміщати дефект ортотопічним гомотрансплантатом (немає необхідності забирати автотрансплантат, що знижує об'єм операційної травми; алотрансплантат має форму щелепи, що дасть задовільний косметичний ефект після операції). 2. раціональна фіксація та іммобілізація нижньої щелепи з гарним післяопераційним доглядом. Спостереження у динаміці впродовж 1 -1,5 місяців.).

2. Пацієнт, 22 років, звернувся у клініку зі скаргами на порушення функції жування через неправильне змикання зубів. Два роки тому у пацієнта був перелом нижньої щелепи в ділянці правого кута. Проводилась фіксація фрагментів нижньої щелепи бімаксилярними шинами з зачіпними гачками, однак через складності харчування пацієнт сам зняв їх через 12 діб. Відмічає труднощі при жуванні. При рентгенологічному дослідженні нижньої щелепи у правій боковій проекції має місце порушення цілісності кісткової тканини до 0,5 см, несправжній суглоб.

1. Яка причина утворення несправжнього суглобу?

2. Складіть план обстеження та лікування.

3. Назвіть методики закріплення кісткового трансплантату в ділянці дефекту нижньої щелепи.

4. Які вимоги слід виконати для успішного результату кістково-пластичної операції?

(Відповідь: 1. порушення режиму лікування, пацієнт самовільно зняв шини, фрагменти не консолидувалися, утворився несправжній суглоб. 2. клініко-рентгенологічне обстеження, визначення справжнього розміру дефекту нижньої щелепи та вибір розміру та виду кісткового трансплантату, метода фіксації фрагментів нижньої щелепи. Операція видалення несправжнього суглобу з кістковою пластикою дефекту. Ретельний нагляд за пацієнтом у післяопераційному періоді. 3. кістковий трансплантат між фрагментами нижньої щелепи після їх вивільнення від рубців та видалення склерозованих ділянок кісткової тканини може бути застосований у вигляді розпірки, у столярного замка, накладки на кінці фрагментів та фіксації дротом та ін. 4. успіх кістково-пластичних операцій залежить від: 1- врахування загального стану пацієнта; 2- стану м'яких тканин у ділянці дефекту та можливості створення в них ложа для трансплантату; 3 – санація порожнини рота; 4 – вибрати спосіб фіксації фрагментів та заздалегідь виготовити відповідний апарат; 5 – визначити де та який трансплантат буде взятий та його розміри.).

3. Пацієнту, 43 років, п'ять років тому була проведена операція з приводу видалення злоякісної пухлини альвеолярного відростку нижньої щелепи справа в межах 43-46 зубів з оточуючими м'якими та кістковими тканинами. Проводилась променева терапія. У результаті проведеного лікування утворився наскрізний дефект правої щічної ділянки та нижньої щелепи справа до 5 см у діаметрі. Краї дефекту рівні. Відкривання рота вільне. Враховуючи, що для проведення кісткової пластики нижньої щелепи необхідно було створити м'якотканинне ложе для кісткового трансплантату, використано філатовське стебло.

1. Яке дообстеження необхідно провести до кістково-пластичної операції?
2. Що необхідно з'ясувати з анамнезу?
3. Який вид кісткового трансплантату бажаний для пластики дефекту нижньої щелепи?
4. Особливості догляду та харчування пацієнта.

(Відповідь: 1. перед проведенням операції слід переконатися у відсутності рецидиву та метастазування, нормалізації загального стану. 2. з анамнезу необхідно з'ясувати про проведену променевою терапію, дозу, вид лікування. 3. враховуючи, що пацієнт отримав курс променевої терапії, яка знижує регенераторні властивості усіх тканин, бажано використання комбінованого алотрансплантату. 4. харчування пацієнта має бути трубочним, високо калорійним (3000 Ккал), вітамінізованим. Слід рясно зрошувати порожнину рота розчинами антисептиків (5-6 разів на добу).

7. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2т. – Т.2/В.О.Маланчук, І.П.Логвіненко, Т.О.Маланчук, О.Л.Ціленко – К.: ЛОГОС, 2011. – С. 3-4, 24-27.
2. Рузин Г.П. Краткий курс лекций по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Геннадий Петрович Рузин – Киев: «Книга плюс», 2006 – С. 98 - 156.

Додаткова література:

1. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия: Руководство для врачей / Под ред. проф. В.Н.Балина и проф. Н.М.Александрова. 4-е изд., доп. и испр. – СПб.: СпецЛит, 2005. – С. 34-39.
2. Щелепно-лицева хірургія: підручник / О.О.Тимофєєв. – К.: ВСВ «Медицина», 2011. – С. 287-304.
3. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство / под ред. А.А.Кулакова, Т.Г.Робустовой, А.И.Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 – С. 328-466.

№ 16. Деформації нижньої щелепи: етіологія, патогенез, класифікація, клініка, діагностика, лікування.

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ: велике значення у житті будь-якої людини відіграє обличчя, яке віддзеркалює внутрішній світ людини, настрій, емоції, функції організму тощо. Тому дефекти та деформації обличчя можуть порушувати психологічний стан людини, її самооцінку, соціальну адаптованість працездатність та ін. Невелика кількість людей здатна тривалий час витримувати психо-емоційне напруження та не дозволяти наявному фізичному дефекту або деформації негативно впливати на їх життя. Тому значення реконструктивно-відновної, естетичної та пластичної хірургії у нівелюванні таких станів має велике значення. Стоматолог будь-якої спеціалізації повинен знати особливості перебігу таких станів та вміти надавати адекватну допомогу цьому контингенту хворих.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1 Запропонувати класифікацію деформацій нижньої щелепи.
- 2.2 Пояснювати особливості етіології та патогенезу деформацій нижньої щелепи.
- 2.3 Запропонувати методи діагностики деформацій нижньої щелепи.
- 2.4 Класифікувати додаткові методи обстеження, які використовуються для діагностики деформацій нижньої щелепи.
- 2.5 Скласти план диференціальної діагностики деформацій нижньої щелепи.
- 2.6 Скласти план лікування пацієнта із деформаціями нижньої щелепи.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, УМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (МІЖДИСЦИПЛІНАРНА ІНТЕГРАЦІЯ)

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Пропедевтика внутрішніх хвороб	Демонструвати навички обстеження пацієнта по органах і системах. Описувати загальний статус пацієнта. Демонструвати навички по інтерпретації даних додаткових методів обстеження. Скласти план лікування пацієнта з деформацією нижньої щелепи.
2. Хірургічні хвороби	Описувати історію хвороби пацієнта з деформацією нижньої щелепи.

3. Оперативна хірургія і топографічна анатомія	Застосовувати знання по хірургічній анатомії голови та шиї. Зобразити схематично методику оперативного втручання при наданні допомоги пацієнтам з деформаціями нижньої щелепи. Демонструвати навички по накладанню різних видів швів при проведенні оперативних втручань у пацієнтів з деформаціями нижньої щелепи.
--	---

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. Деформація (від лат. <i>deformatio</i> – «викривлення»)	Порушення морфологічних і функціональних співвідношень елементів кісток обличчя, їх естетичних пропорцій, що об'єктивно відображається у змінах форми, розмірів і розташування кісткових відділів лицевого скелета.
2. Прогенія (від грец. <i>pro</i> – уперед і <i>genesis</i> – підбороддя)	Патологічний тип прикусу (зазвичай вродженого генезу), при якому зуби нижньої щелепи при змиканні перекривають однойменні зуби верхньої щелепи; альвеолярний відросток верхньої щелепи нахилений уперед або розташований вертикально.
3. Мікрогенія (<i>microgenia</i> ; <i>micro</i> - + грец. <i>genys</i> , <i>genyos</i> щелепа, нижня щелепа)	аномалія розвитку: малі розміри нижньої щелепи.
4. макрогенія (<i>macrogenia</i> ; <i>macro</i> - + грец. <i>genys</i> , <i>genyos</i> щелепа, нижня щелепа)	аномалія розвитку: надмірно велика нижня щелепа.
5. Остеотомія (грец. <i>osteon</i> кістка + <i>tomē</i> розріз, розсічення)	хірургічна операція, спрямована на усунення деформації або покращення функції опорно-рухового апарата шляхом штучного перелому кістки.
6. Паліативна допомога (від фр. <i>Palliatif</i> , від лат. <i>pallium</i> покривало, плащ)	Це підхід, що дозволяє покращити якість життя пацієнтів та їх сімей, що стикаються з проблемами захворювання, що загрожує життю, шляхом запобігання та полегшення страждань завдяки раньому виявленню, ретельній оцінці та лікуванню болу та інших фізичних симптомів, а також наданню психосоціальної та духовної підтримки пацієнту та його близьким. Термін «паліативний» походить від латинського « <i>pallium</i> », що має значення «маски» або «плаща». Це визначає зміст та філософію паліативної допомоги: згладження – пом'якшення проявів невиліковної хвороби і/або укриття плащом – створення покрову для захисту тих, хто залишився «у холоді та без захисту».

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Етіологія та патогенез деформацій нижньої щелепи.
2. Основні клінічні ознаки прогенії.
3. Основні клінічні ознаки макрогенії.
4. Основні клінічні ознаки мікрогенії.
5. Основні клінічні ознаки відкритого прикусу.
6. Основні клінічні ознаки синдрому I-II зябрових дуг.
7. Послідовність обстеження загального і місцевого статусу пацієнта з деформаціями нижньої щелепи
8. Хірургічні методи лікування прогенії.
9. Хірургічні методи лікування макрогенії.
10. Хірургічні методи лікування мікрогенії.
11. Хірургічні методи лікування відкритого прикусу.
12. Хірургічні методи лікування синдрому I-II зябрових дуг.

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

1. Провести опитування пацієнта з деформацією нижньої щелепи.
2. Провести обстеження пацієнта з деформацією нижньої щелепи деформацією нижньої щелепи
3. Скласти план обстеження пацієнта з деформацією нижньої щелепи
4. Інтерпретувати результати додаткових методів обстеження (лабораторних, клінічних, біохімічних, спеціальних).
6. Визначити основні принципи лікування пацієнта з деформацією нижньої щелепи.
7. Скласти план лікування пацієнта з деформацією нижньої щелепи деформацією нижньої щелепи.
8. Оформити медичну документацію.
9. Підібрати інструментарій, необхідний для проведення оперативного втручання з приводу деформації нижньої щелепи.
10. Намалювати схему оперативного втручання при деформаціях нижньої щелепи.

5. ЗМІСТ ТЕМИ:

Деформація лицевого черепа – це порушення морфологічних і функціональних співвідношень елементів кісток обличчя, їх естетичних пропорцій, що об'єктивно проявляється у змінах форми, розмірів і розташування кісткових відділів лицевого черепа.

Частота деформацій нижньої щелепи у США близько 5 % населення мають скелетні форми деформацій нижньої щелепи. Інші деформації мають 0,5—4,3 % населення, тобто у 10 % населення відзначають деформації нижньої щелепи. У недоношених дітей деформації нижньої щелепи спостерігаються частіше, вони є у 27 % психічно неповноцінних осіб.

Етіологія. Деформації можуть бути спадковими і набутими. Виникають деформації унаслідок ендокринних, обмінних порушень, захворювань і пошкоджень зон росту нижньої щелепи; зміни функціонального навантаження (з посиленням або гальмуванням росту щелепи); після травми, у тому числі операційної; після запальних процесів, інфекційних захворювань, пухлин (судинних тощо); тривалих зовнішніх дій (шийний корсет, рубці шиї, «кривошия», опромінювання); порушення трофіки кісткової тканини (судинної, нервової).

Патогенез зумовлений такими факторами:

1. Пригнічення чи повне виключення (одномоментно або почергово) функції зон росту щелепи.
2. Обмеження рухомості нижньої щелепи і функціонального навантаження (зниження функціонального навантаження на щелепу).
3. Посилення функції зон росту, наприклад унаслідок травми (це може спричинити локальні гіперплазії, подовження тіла і гілки щелепи).
4. Порушення балансу «новоутворення — резорбція кістки» різними екзогенними та ендогенними впливами.

Класифікація деформацій нижньої щелепи. Основні види деформації нижньої щелепи у вигляді окремого патологічного стану або компонента клінічного синдрому: прогенія (макрогенія); мікрогенія (синдром П'єра—Робе- на); відкритий прикус; синдром 1—2 зябрових дуг; атрофія обличчя (хвороба Ромберга); напівщелепні деформації (напівщелепне подовження та напівщелепна гіперплазія — кондиллярна, гілки, половинна, тіла щелепи); щелепно-лицеві дизостози (черепно-щелепно-лицеві; черепно-ключичні; щелепно-лицеві) тощо.

За локалізацією деформації нижньої щелепи виділяють одно- та двобічні, симетричні або несиметричні, повні (у разі залучення всіх відділів щелепи) або часткові (локальні), зі зміною нормальної довжини щелепи або без такої зміни. Зрозуміло, що найскладнішими в лікуванні є повні двобічні деформації щелепи зі зміною її нормальної довжини.

Хірургічні методи лікування деформацій нижньої щелепи:

1. Місцева кісткова пластика — різні остеотомії, остеоектомії.
2. Компресійно-дистракційний метод.
3. Вільна, мікросудинна кісткова пластика (з використанням різних кісткових трансплантатів, замінювачів кісткової тканини тощо).
4. Контурна пластика обличчя (м'якими тканинами, кістками, пластмасовими імплантатами, гелем).

Типові місця остеотомії нижньої щелепи при деформаціях: виростковий відросток гілки щелепи, гілка, кут щелепи, тіло, ментальний та серединний відділи щелепи. Остеотомії і остеоектомії можуть бути одиночними, подвійними та потрійними; симетричними або несиметричними; без

порушення безперервності нижньої щелепи або з її порушенням; а також поперечними, площинними та комбінованими.

Зміна форми та розміру нижньої щелепи практично завжди змінює площу дна порожнини рота та об'єм порожнини рота. Останнє є особливо важливим для положення язика та в прохідності верхніх дихальних шляхів. Вплив оперативного втручання на об'єм кісткової тканини остеотомії щелепи:

1. без зміни об'єму кісткової тканини (місцеві кістково-пластичні операції);
2. зі зменшенням об'єму кісткової тканини (з остеоектомією або подальшим застосуванням компресійного методу — доцільно за наявності достатнього в порожнині рота місця для язика);
3. зі збільшенням об'єму кісткової тканини (шляхом місцевої кісткової пластики, з пересадженням кістки або подальшим застосуванням дист-ракційного методу).

Остеотомії нижньої щелепи також передбачають: 1) збереження положення головки нижньої щелепи в суглобовій ямці; 2) покращення її положення, але, в будь-якому випадку потрібно запобігати перевантаженням та неправильному положенню головки щелепи.

Для збереження доопераційного положення головки щелепи в суглобовій ямці запропоновано кілька методів. Наприклад, до операції оголюють невелику ділянку верхньої щелепи або виличної кістки, накладають на неї та на гілку щелепи при закритому роті накісткову пластинку з 4 гвинтами (по 2 гвинта на кожен кістку) і знімають пластинку і гвинти. Після виконання двобічної операції та мобілізації середнього фрагмента нижньої щелепи обидві гілки щелепи за допомогою тих самих накісткових пластинок та гвинтів повертають у доопераційне положення, і при такому положенні гілок встановлюють серединний фрагмент у необхідне положення та фіксують його. Закінчують операцію типовим чином.

Зафіксувати доопераційний стан гілки щелепи можна також за допомогою такої самої накісткової пластинки, яку фіксують до гілки та до назубного фіксатора, розташованого на коронках молярів відповідного боку. В іншому операцію виконують аналогічно попередній методиці.

Прогенія

Прогенія — стан надмірного розвитку нижньої щелепи з її вистоянням уперед, супутніми анатомічними, функціональними та естетичними порушеннями). Частота прогенії становить 1,5—4,3 % від усіх аномалій прикусу. Вона може бути істинною (справжньою) або несправжньою (фронтальна, вимушений прикус).

Визначають 3 ступені клінічної вираженості проявів **істинної прогенії**:

- 1-й ступінь — кут нижньої щелепи до 131°; сагітальна щілина між різцями щелеп може сягати 2 мм;
- 2-й ступінь — кут нижньої щелепи до 138°; сагітальна щілина між різцями щелеп може досягати 10 мм;
- 3-й ступінь — кут нижньої щелепи до 145°; сагітальна щілина між різцями щелеп більше 10 мм, може поєднуватися з відкритим прикусом.

Несправжня прогенія має **дві форми**:

- 1) фронтальна — зумовлена недорозвиненням верхньої щелепи або надмірним розвитком фронтальної ділянки нижньої щелепи;
- 2) вимушений прикус — виникає внаслідок різних незручностей, які перешкоджають правильному зімкненню зубів із звичкою висувати нижню щелепу вперед.

Клінічні ознаки істинної прогенії:

- збільшення всіх розмірів нижньої щелепи у вертикальному, передньо-задньому та поперечному напрямках;
- вистояння масивного підборіддя вперед;
- збільшення нижньощелепних кутів (більше норми в 127°);
- подовження нижньої третини обличчя;
- звуження обличчя;
 - уявне западання середньої третини обличчя та вкорочення верхньої губи;
- уявне вистояння та потовщення нижньої губи;
 - поглиблення носо-губних складок, згладжування губо-підборідної складки;

- сагітальна невідповідність у ділянці фронтальних зубів;
 - порушення сагітального співвідношення між «ключами оклюзії» (16, 26, 36, 46 зубами);
 - порушення вертикального співвідношення фронтальних зубів: глибоке перекриття зубів, відкритий прикус і тощо;
- невідповідність розмірів зубних дуг у трансверзальному напрямку;
 - аномалійне розташування окремих зубів або груп зубів, їх скупченість, діастеми, тремі і т.д.;
- варіації зубних дуг за формою та довжиною.

Лікування прогенії полягає у стійкій нормалізації, по можливості, всіх наявних відхилень від нормальної будови та функції нижньої щелепи, а також забезпечувати нормальний вигляд обличчя людини та корекцію її психологічного стану. Досягають зазначеного переважно спочатку хірургічними, а потім — ортодонтичними методами лікування (можлива також доопераційна ортодонтична підготовка пацієнта як етап лікування).

Операцій з корекції істинного збільшення нижньої щелепи розроблено досить багато. Численні автори радять виконувати операції в різних відділах нижньої щелепи: у ділянці альвеолярних відростків щелепи, шийки або основи виросткового відростка навіть із його резекцією, тіла щелепи, її кута та гілки.

Основні види операцій з усунення прогенії:

1. Поперечні, косі та ковзні остеотомії нижньої щелепи в ділянці її тіла, кута зі зміщенням щелепи назад.
2. Площинні остеотомії нижньої щелепи в ділянці її гілки і кута (Dai- Pont) або гілки (H. Obwegeser) та їхні модифікації.
3. Комбіновані остеотомії нижньої щелепи.
4. Поперечні остеотомії з видаленням зуба й апаратна компресія тіла щелепи назубними внутрішньоротовими апаратами (В.І. Куцевляк, 1986), тобто зменшення розмірів тіла нижньої щелепи на ширину коронки видаленого 5 або 6 зуба.

Усі операції передбачають зміщення назад підборіддя щелепи за рахунок зменшення розмірів таких відділів щелепи: 1) лише гілки щелепи; 2) лише тіла щелепи; 3) гілки та кута щелепи; 4) лише підборіддя щелепи (геніопластика); 5) підборіддя з остеотомією інших ділянок щелепи.

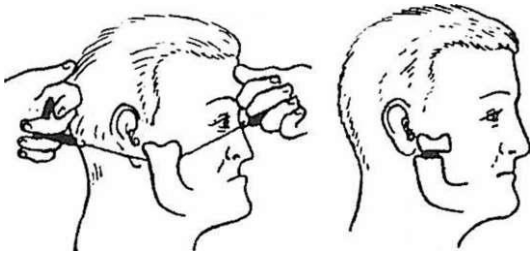
Слід зазначити, що нормалізацію прикусу та співвідношення зубів забезпечують лише ті операції, які змінюють форму тіла щелепи (нижньощелепної дуги) та переміщують щелепу назад. Враховуючи малі розміри нижньої щелепи при її поперечному розсіченні, особливості остеогенезу і умови проведення операції тощо, доцільнішими є площинні остеотомії, що забезпечують значно більшу площину контакту остеотомованих фрагментів щелепи та надійне зрощення фрагментів у правильному положенні. Бажана площа площинного контакту фрагментів щелепи, яка забезпечує достатні умови для надійного їх зрощення, має становити близько 300 мм².

Ось чому нині частіше застосовують операції в ділянці кута щелепи, зокрема площинні остеотомії в різних модифікаціях, і значно рідше — операції в ділянці тіла та гілки щелепи з її поперечним розсіченням.

Основні позитивні і негативні результати операцій:

I. Поперечні, косі та ковзні остеотомії, остеоектомії нижньої щелепи в ділянці її тіла, кута дають недостатню площу контакту ранових поверхонь фрагментів кістки, ненадійне зрощення фрагментів і високу вірогідність різних ускладнень:

- резекція суглобових відростків і переміщення щелепи назад. Виконують з позаротового доступу, але ця операція часто призводить до виникнення відкритого прикусу, значних анатомічних і функціональних порушень, а тому вона не є фізіологічною і нині її не застосовують;
- горизонтальна остеотомія гілки щелепи пилкою Джиглі (методика Kostecka). Виконують всліпу з двох проколів шкіри з обох країв гілки щелепи, а тому вона є дуже ризикованою з огляду на можливість травмування великих кровоносних судин та лицевого нерва, і також має нині історичне значення (мал. 1);



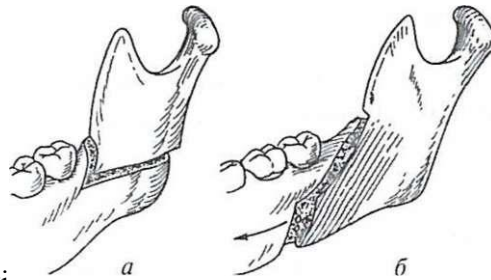
Мал.1. Схема горизонтальної остеотомії гілки щелепи пилкою Джиглі, введеної через проколи шкіри (Kostecka)

- зовнішньоротова вертикальна клиноподібна остеоектомія гілки щелепи (В.Ф. Рудько) — висікання клиноподібного фрагмента гілки щелепи дозволяє змістити щелепу назад та одночасно зменшити нижньощелепний кут, але поздо вжні розпили гілки знижують надійність цієї операції.

II. Площинні остеотомії нижньої щелепи в ділянці її гілки забезпечують велику площу контакту між остеотомованими поверхнями кістки, що зумовлює високу надійність зрощення кісток у правильному положенні та стійкість отриманого результату. Операції виконують з позаротового та внутрішньоротового доступів. Останній доступ є більш косметичним, хоча і складніший технічно:

- коса остеотомія гілки щелепи (операція Trauner, H. Obwegeser) — дає змогу змістити тіло щелепи назад, збільшити площу контакту фрагментів щелепи та забезпечити більш надійне, порівняно з поперечною остеотомією, зрощення її фрагментів. На основі ідеї цієї операції згодом стали розробляти її численні модифікації;

- площинна остеотомія в ділянці гілки та кута щелепи (операція Dal-Pont) та різні її модифікації є сьогодні найбільш застосовуваними операціями для реконструкції нижньої щелепи, бо вони забезпечують майже максимально можливу площу контакту поверхонь фрагментів щелепи після їх переміщення у правильне положення (мал.2);

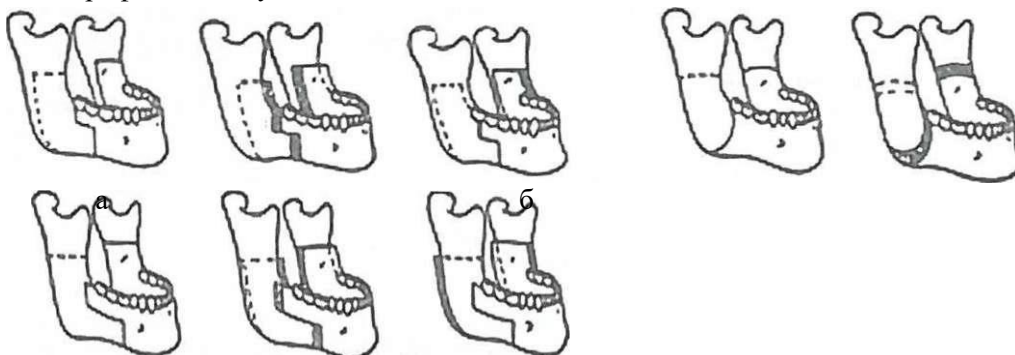


Мал.2. Основні варіанти площинної остеотомії нижньої щелепи: а — за Trauner— H. Obwegeser; б — модифікація Dal-Pont

— численні площинні остеотомії інших авторів (В.Ф. Рудька, Митрофанова та інших) є модифікаціями операції Dal-Pont. Вони дещо змінюють або вдосконалюють основну операцію відповідно до конкретних клінічних умов, не змінюючи її суті, але значно поліпшують можливості утримання серединного фрагмента щелепи в потрібному положенні на період зрощення її фрагментів (мал. 3);

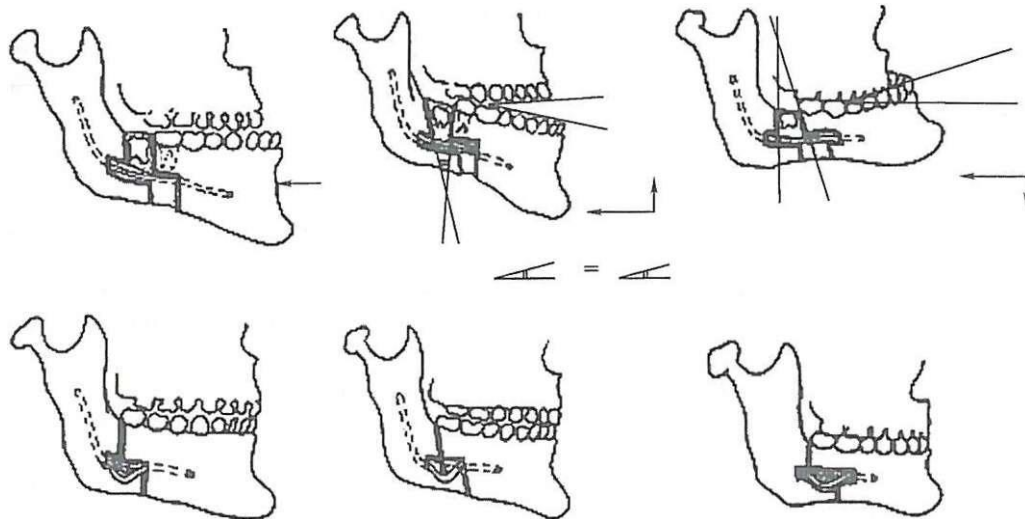
— площинні остеотомії з фігурними розпилами зовнішньої кортикальної пластинки щелепи та створенням кісткових прогиупорів на зовнішніх кортикальних пластинках контактуючих фрагментів щелепи для запобігання їх післяопераційному зміщенню в попереднє положення розтягнутими на 0,15— 0,2 від вихідної їх довжини основними жувальними м'язами.

Мал. 3. Схеми площинної остеотомії нижньої щелепи за методами: а — Волфорд; б — Митрофанова— Рудька; в — Семенченка—Лозенка



3. Комбіновані остеотомії щелепи мають усі переваги площинних остео- томій:

- 3 варіанти сходиноквих остеотомій (В.А. Богацький) у ділянці тіла нижньої щелепи передбачають одночасне переміщення тіла щелепи назад (1-й варіант) з корекцією відкритого (2-й варіант) або глибокого (3-й варіант) прикусу в передньому відділі щелеп та збереженням судинно-нервового пучка. Кожний варіант операцій передбачає відкриття судинно-нервового пучка щелепи, поперечну сходинокву остеоектомію з урахуванням необхідного напрямку та величини переміщення серединного фрагмента щелепи назад(1-, 2-й та 3-й варіанти) і кута переміщення серединного фрагмента вгору-вниз (2-й та 3-й варіанти) з подальшою фіксацією нової форми щелепи різними методами (мал.4);



Мал. 4. Схема варіантів остеотомії нижньої щелепи (В.А. Богацький): а—в — варіанти проведення операції залежно від типу прикусу

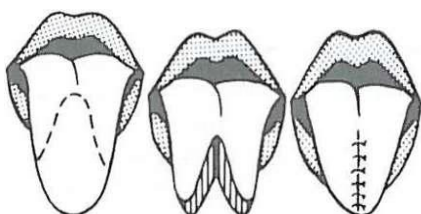
- комбінована площинна остеотомія в ділянці кута та тіла щелепи забезпечує створення на зовнішній поверхні щелепи прямокутних розпилів кортикальної пластинки з видаленням ділянок кортикальної пластинки такої ширини, на яку потрібно перемістити щелепу назад (Г.І. Семенченко, П.А. Ло- зенко). По цих прямокутних кісткових пазах і переміщують фрагменти щелепи відносно один одного, що забезпечує їх надійну післяопераційну фіксацію;

- площинна остеотомія в ділянці кута та тіла щелепи може бути виконана зі збереженням на малих фрагментах гілок щелепи їх нижнього краю (Л. Крекманов, 1990), що також забезпечує надійне утримання досягнутого під час операції положення серединного фрагмента щелепи.

4. Поперечні остеоектомії з видаленням зуба з наступною апаратною компресією тіла щелепи: видаляють 5 або 6 зуб. З внутрішньоротового доступу виконують ектомію кортикальної кістки в ділянці видаленого зуба зі збереженням спонгіозної кістки та нижньощелепного судинно-нервового пучка, фіксують на зубах компресійний апарат, і через 5—10 діб після операції починають компресію фрагментів щелепи до досягнення повного контакту між фрагментами щелепи (В.І. Куцевляк). Після зменшення розмірів тіла нижньої щелепи на ширину коронки видаленого 5 або 6 зуба (5—10 мм) компресійний апарат слугує як ретенційний.

Одночасно з основними операціями усунення прогенії, які супроводжуються зменшенням об'єму порожнини рота, виконують додатково резекцію передньої третини язика для запобігання рецидиву, деформації, що можуть розвинути внаслідок тиску великого язика на щелепу у напрямку вперед (мал.5).

Мал. 5. Схема резекції язика при над, мірному розвитку нижньої щелепи



Мікрогенія

Мікрогенія («маленьке підборіддя») — недорозвинення всіх або деяких відділів нижньої щелепи, що призводить до її загальних малих розмірів і ретропозиції щелепи, підборіддя. Мікрогенія може бути вродженою і набутою.

Можливе недорозвинення (у довжину, ширину) різних відділів нижньої щелепи: тільки виrostкового відростка, тільки гілки щелепи, тільки тіла щелепи, одночасне недорозвинення тіла та гілки щелепи.

Класифікація мікрогенії: одно- (60 %) та двобічна (40 %); симетрична (13,3 %) або несиметрична (86,7 %). Частота вкорочення різних відділів нижньої щелепи є різною. Так, коротшає: тільки гілка щелепи — у 4 % випадків; тіло і гілка щелепи — у 96 % випадків; лише тіло щелепи — випадків відзначено не було.

Розвиток мікрогенії спричинюють: травма зон росту щелепи, запалення (остеомієліт) із загибеллю її зон росту; тривале носіння шийного корсета із стримуванням росту щелепи; невідомі фактори тощо. Мікрогенія може бути самостійним захворюванням або компонентом інших тяжких захворювань та синдромів (анкілозу скронево-нижньощелепного суглоба, синдрому 1—II зябрових дуг, синдрому П'єра—Робена, асептичного некрозу головки щелепи, двобічних переломів головок нижньої щелепи, що неправильно зрослися, однобічної атрофії обличчя та інших дизостозів).

Клінічна картина. Вроджену мікрогенію діагностують вже при народженні дитини (переважно як компонент якого-небудь синдрому). Набута мікрогенія починає проявлятися ктінічно вже з 5—6-го місяця після народження. Основні ознаки мікрогенії є типовими.

Двобічна симетрична мікрогенія проявляється двобічним симетричним недорозвиненням щелепи, розміщенням підборіддя по середній лінії, кутів нижньої щелепи — вище від їх нормального положення. Наявне недорозвинення задніх відділів верхньої щелепи, віялоподібне положення нижніх різців та сагітальна щілина між зубами (якщо вони є) до 1—2 см, середні лінії зубів збігаються, язик нормального розміру не поміщається в порожнині рота внаслідок її малого об'єму, відзначають ротове дихання і ознаки гіпоксії, рот може бути на гії ввід критим, відкривається повністю (за відсутності анкілозу скронево-нижньощелепного суглоба) або частково (при анкілозі скронево-нижньощелепного суглоба), скупченість зубів, каріозну хворобу тощо. Уночі - хропіння, язик часто западає, що змушує батьків або родичів будити дитину та повертати її обличчям униз, або пальцями, інструментом виводити запалий язик з глотки для відновлення дихання (ССА — синдром сонних апное).

Двобічна несиметрична мікрогенія. До клінічної картини двобічної симетричної мікрогенії додається зміщення підборіддя в бік на різну величину, можливе зміщення кутів щелепи вгору на різну величину, несиметричне недорозвинення задніх відділів верхньої щелепи, різний об'єм м'яких тканин щік – він є більшим на тому боці, куди є зміщене підборіддя.

Однобічна мікрогенія — зміщення підборіддя у хворий бік є більш вираженим, значна різниця в об'ємі м'яких тканин щік, середні лінії зубів не збігаються, відзначають їх скупченість, каріозну хворобу (мал. 39, кольорова вклейка). Відкривання рота залежить від стану суглоба та активності жувальних м'язів.

Рентгенографічно визначаються різні розміри тіла, гілки та вінцевого відростка (довжина, та інколи ширина гілки) щелепи на здоровому та ураженому боці, скупченість зубів тощо.

Лікування — консервативне (лише ортодонтичне) та хірургічне, але обов'язково з післяопераційним ортодонтичним лікуванням. Воно залежить від віку пацієнта, ступеня тяжкості його загального та місцевого стану тощо.

Ортодонтичне лікування можна застосовувати лише в період росту лицевого черепа та за умови незначного симетричного недорозвинення щелепи, коли необхідно впливом ортодонтичних апаратів активувати ріст щелепи або адаптувати прикус у межах незначного переміщення зубів.

Хірургічні методи застосовують за неефективності ортодонтичного лікування або після закінчення росту лицевого черепа, тобто в разі необхідності подовження тіла та гілки щелепи на значну величину, зміни нижньощелепного кута, запобігання розвитку вторинних кісткових деформацій верхньої щелепи та грудної клітки, відновлення нормального дихання тощо.

Для цього застосовують різні оперативні методи та підходи. Але, враховуючи те, що відновлення повноцінного дихання є головним завданням лікування, потрібно вказати, що операції в межах тіла та гілки щелепи мають різний ефект щодо збільшення, тобто нормалізації об'єму та площі дна порожнини рота (трикутника Бонвіля) і переміщення язика вперед, усунення звуження язиком ротоглотки та розблокування верхніх дихальних шляхів. Приблизно в 1,7 разу ефективнішими є операції подовження щелепи, які виконують у ділянці тіла нижньої щелепи.

Ураховуючи необхідність збільшення об'єму порожнини рота для нормалізації положення язика і виведення його вперед (це можна вирахувати по площині дна порожнини рота), оптимальний вид оперативного втручання обирають залежно від клінічної картини мікрогенії, локалізації вкороченого

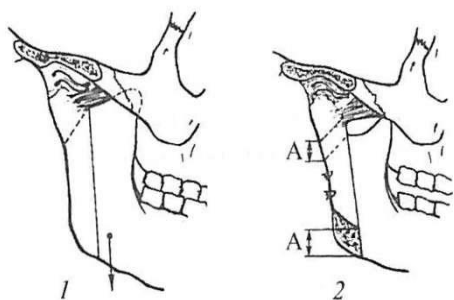
відділу щелепи, стану зубів тощо.

Основні операції подовження різних відділів нижньої щелепи.

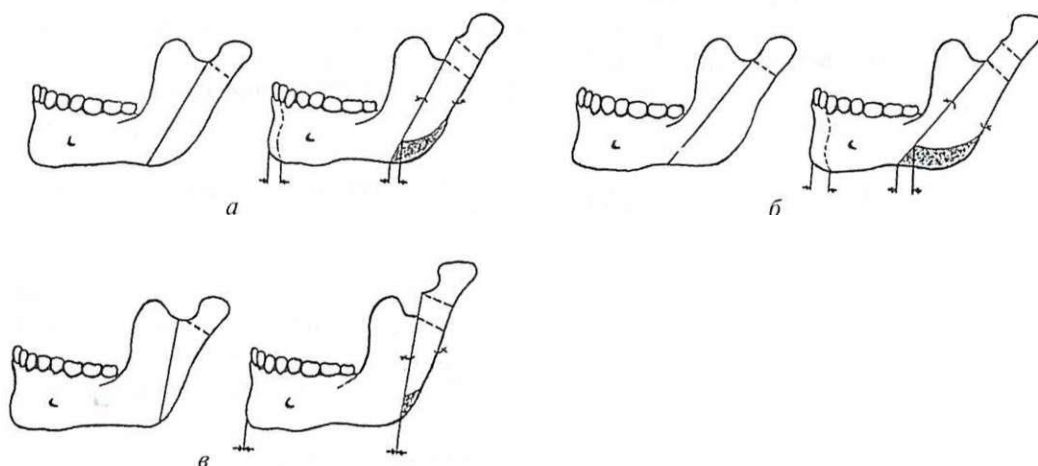
1. Подовження гілки нижньої щелепи.

Площинна остеотомія заднього відділу гілки щелепи (за Катцом) — з під-нижньощелепного доступу відкривають зовнішню поверхню гілки щелепи, від вирізки щелепи паралельно задньому її краю виконують вертикальну остеотомію зовнішньої кортикальної пластинки гілки, площинну остеотомію, зміщують униз великий фрагмент гілки на потрібну величину та здійснюють остеосинтез при новому положенні фрагментів (мал. 6).

Площинні остеотомії заднього відділу гілки нижньої щелепи можна проводити по-різному. Ступінь подовження гілки та тіла щелепи, переміщення щелепи вперед залежить від клінічної ситуації, напрямку розпилів зовнішньої кортикальної пластинки щелепи та ступеня переміщення фрагментів гілки (мал. 7).



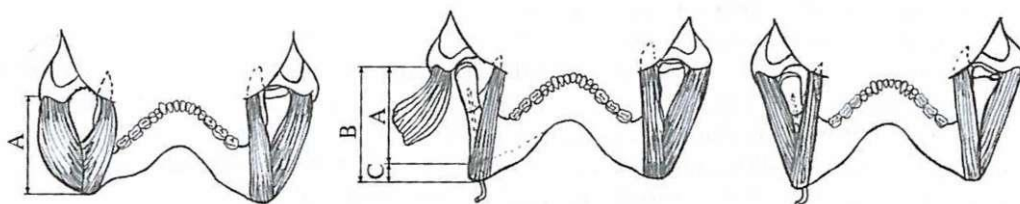
Мал. 6. Схема площинної остеотомії заднього відділу гілки щелепи і її подовження (Катц): 1,2— етапи операції; А — розмір подовження гілки щелепи



Мал.7. Схема варіантів площинної остеотомії гілки щелепи і розтини зовнішньої кортикальної пластинки: а — паралельно задньому краю гілки (подовження гілки та тіла щелепи), б — в напрямку вперед (переміщення щелепи вперед більше, ніж у випадку а), в — перпендикулярно нижньому краю щелепи (подовження гілки щелепи без переміщення щелепи вперед)

Площинна остеотомія заднього відділу гілки щелепи з дистракцією жу-

жувальних м'язів (В.О. Маланчук, І.Г. Скворцова, 1989): операцію виконують аналогічно попередній, однак відшаровують від гілки щелепи власне жувальний м'яз лише в задній половині гілки, після остеотомії гілки зводять великий фрагмент щелепи вниз одночасно з дистракцією (розтягуванням) жувальних м'язів на 0,15—0,2 від їх початкової довжини, і проводять остеосинтез трансплантата, який виконує роль розпірки щелепи (мал. 8).



Мал.8. Схема дистракції жувальних м'язів при подовженні гілки щелепи: А — довжина м'яза до оперення; В - довжина м'яза після операції; С — величина збільшення довжини м'яза (В.А. Маланчук, І.Г. Скворцова, 1989)

Після загоєння рани при відкриванні рота жувальні м'язи поступово розтягуються додатково, унаслідок чого їх довжина збільшується на 0,3—0,33 від початкової довжини м'яза. Таким чином вдається подовжити і кістку (гілку щелепи), і жувальні м'язи, тобто зберегти природне біомеханічне співвідношення між довжиною кістки та довжиною м'язів, забезпечити умови оптимального їх функціонування.

2. Подовження тіла нижньої щелепи.

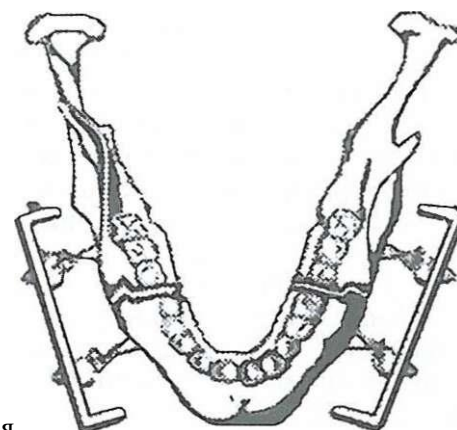
Поперечні остеотомії з вільною кістковою пластикою. Остеотомію щелепи частіше виконують зовнішньоротову, потім розводять фрагменти, переміщують тіло щелепи вперед на потрібну величину та фіксують назубними шинами, заповнюють діастаз між фрагментами кістковим трансплантатом, бажано, аутологічним, і з'єднують кістки між собою.

Сходинкова остеотомія тіла щелепи з її подовженням: операцію виконують із зовнішньо- або внутрішньоротового доступів, після розсічення щелепи її фрагменти розводять в сторони до необхідного прикусу та фіксують їх у новому положенні. Діастаз кісткових фрагментів по альвеолярному відростку щелепи перекривають слизовою оболонкою з перехідної складки або шоки.

Поперечна остеотомія тіла нижньої щелепи та дистракція фрагментів: із зовнішньо- або внутрішньоротового доступів виконують поперечну остеотомію щелепи в межах її тіла, накладають дистракційний (внутрішньо- або зовнішньоротовий) апарат і рану ушивають. Через 10—12 діб, після загоєння рани та виникнення в ділянці остеотомії кісткового регенерату, починають проводити дистракцію фрагментів із середнім темпом дистракції 0,25 мм 4 рази на добу (мал. 9).

Після закінчення дистракції апарат слугує як ретенційний протягом 3-8 тижнів, що залежить від активності остеогенезу. Можливе подовження тіла щелепи: однібічне – до 10-12 мм назубними внутрішньоротовими апаратами, двобічне – до 60 мм та більше зовнішньоротовими апаратами (У.Т. Таїров; М.Б. Швирков; А.А. Дацко).

Мал. 9. Схема сходинкової остеотомії тіла нижньої щелепи з накладеними компресійно-дистракційними апаратами (У.Т. Таїров, 1988)



Комбінована остеотомія тіла нижньої щелепи та дистракція фрагментів (мал. 10): із зовнішньо- або внутрішньоротового доступів виконують поперечну

остеотомію альвеолярного відростка щелепи в межах зубного ряду, та площинну - у межах її тіла, накладають дистракційний (внутрішньо- або зовнішньоротовий) апарат, відразу активують його на 2—3 мм і рану ушивають. Ця методика збільшує площу остеогенної ранової поверхні кістки, відразу переміщує щелепу в потрібному напрямку, поліпшує дихання, що сприяє перебігу репаративних процесів.

Через 5—10 діб, після зменшення набряку та загоєння рани починають проводити дистракцію фрагментів із середнім темпом 0,25—0,5 мм 4 рази на добу. Після закінчення дистракції протягом 3—8 тиж. (період мінералізації регенерату) апарат слугує як ретенційний (В.О. Маланчук).

Комбінована остеотомія тіла нижньої щелепи, дистракція фрагментів кістки та їх остеосинтез: виконують площинну остеотомію тіла щелепи так, щоб довжина ділянки площинної остеотомії була більше величини необхідного подовження щелепи. Після дистракції фрагментів на потрібну величину з темпом дистракції до 1,5-3мм на добу (впродовж 10-20 днів) відкривають ділянку остертомії, зіставляють (за потреби) та з'єднують між собою кінці розведених фрагментів кістки, після чого рану ушивають і дистракційний апарат знімають. За 20-40 днів після остеосинтезу фрагменти щелепи зростаються.

3. Подовження гілки та тіла нижньої щелепи.

Поперечну сходинову або дугоподібну остеотомію виконують у ділянці кута щелепи так, щоб отримати одномоментне подовження гілки і тіла щелепи. При цьому операцію виконують переважно із зовнішньоротового доступу, серединна частина розпилу щелепи має бути в напрямку потрібного її подовження, а остеосинтез фрагментів має забезпечити надійну їх фіксацію.

Площинну остеотомію (за Даль-Понтом) виконують типовим чином, але тіло щелепи перемішують униз-уперед, що забезпечує подовження також і гілки щелепи за умови надійної фіксації фрагментів щелепи.

Надійніша операція — площинна остеотомія щелепи в ділянці кута зі створенням кісткових протиупорів на зовнішній кортикальній пластинці щелепи, що дає змогу надійно фіксувати фрагменти в потрібному положенні лише одним дротяним швом з ефектом компресії.

Максимальна величина переміщення мобільного фрагмента сягає 15—18 мм, що залежить від розмірів щелепи і є достатньою в переважній кількості клінічних випадків для корекції деформації. Ортодонтичне лікування проводять після всіх реконструктивних операцій на щелепі і починають його через 1—3 міс. після консолідації фрагментів щелепи в новому положенні, нормалізації відкривання рота.

Паліативні операції. До них належать кісткова пластика підборіддя (геліопластика), контурна пластика підборіддя та кутів щелепи, контурна пластика прищелепних тканин.

Геніопластика полягає у нормалізації кісткових контурів лише переднього відділу нижньої щелепи, при цьому положення язика і ширина верхніх дихальних шляхів, об'єм порожнини рота, положення та форма нижньої щелепи, її альвеолярний відросток, міжзубні співвідношення із зубами верхньої щелепи не змінюються. Виконують операцію переважно з внутрішньоротового доступу по перехідній складці: після оголення підборіддя проводять остеотомію нижнього відділу підборіддя (інколи з остеоектомією заздалегідь визначеного фрагмента кістки), переміщують мобільний фрагмент вперед (після остеоектомії його переміщують уперед-угору) та фіксують на кістковими міні- пластинками або дротяним швом.

Ця операція дозволяє не тільки збільшити, а й зменшити розміри підборіддя, що потрібно при надмірному розвитку щелепи, нормалізувати положення підборіддя встановленням його по середній лінії щелепи, а за недостатністю об'єму кісткової тканини для одномоментної геніопластики, необхідності контролю лікування — виконати її з дистракційним переміщенням фрагмента вперед на потрібну величину тощо (У.Т. Таїров, 1988).

Контурна пластика нижньої щелепи в ділянці підборіддя та кутів щелепи забезпечує зміну тільки зовнішніх контурів щелепи. Виконують її з застосуванням різних матеріалів — твердим або рідким силіконом (Л.А. Брусова, 1989), пластмасою, консервованим хрящем тощо. До операції моделюють форму і розміри імплантату, з внутрішньоротового доступу відшаровують від щелепи м'які тканини, вводять імплантат і фіксують його в потрібному положенні, і рану ушивають.

Контурна пластика м'яких прищелепних тканин передбачає збільшення об'єму м'яких тканин біля щелепи за рахунок використання місцевих м'яких тканин, уведення в тканини рідкого

силікону, різних гелів, колагену, розмеленого хряща. Але властивості зазначених матеріалів не завжди безпечні для організму, а отриманий результат — не завжди повноцінний і стійкий.

Відкритий прикус

Відкритий прикус може виникати як прояв деформації нижньої щелепи – недорозвинення переднього відділу щелепи, її альвеолярного відростка або викривлення (деформації) тіла щелепи зі зміщенням її переднього відділу вниз.

Причини – гормональні захворювання (рахіт), аномалійна тяга м'язів дна порожнини рота, спадковість.

Класифікація відкритого прикусу:

А. По вертикалі:

- 1-й ступінь — деформація фронтального відділу верхньої щелепи — вертикальна щілина між різцями до 2 мм;
- 2-й ступінь — деформація дистального відділу верхньої щелепи — вертикальна щілина між різцями до 3—5 мм;
- 3-й ступінь — деформація нижньої щелепи — вертикальна щілина більше 5 мм;
- 4-й ступінь — деформація обох щелеп.

Б. По довжині: 1-й ступінь — між собою не контактують різці та ікла; 2-й ступінь — не контактують різці, ікла й премоляри; 3-й ступінь — не контактують різці, ікла, премоляри до 16, 26 і до 17, 27 зубів.

Хірургічне лікування передбачає вибір і проведення різних операцій.

Операції на гілці щелепи:

— горизонтальна остеотомія гілки щелепи (Костечка): проведення пилки Джиглі через проколи шкіри, горизонтальне перепилювання гілки, зміщення щелепи в нове положення та наступна іммобілізація щелепи на період консолідації фрагментів;

— коса клиноподібна остеоектомія (А.А. Лимберг): з підщелепного доступу відкривають зовнішню поверхню гілки щелепи, проводять від вирізки вниз клиноподібне розсічення кістки з наступним видаленням фрагмента гілки, встановленням щелепи в правильне положення та остеосинтез фрагментів.

Операції на тілі щелепи:

Операції на тілі щелепи:

— декортикація щелепи в місці її найбільшої деформації, післяопераційне забезпечення вертикальної міжщелепної тяги шинами (Катц);

— клиноподібна остеоектомія тіла щелепи в ділянці найбільшої її деформації з остеосинтезом фрагментів та утриманням в досягнутому положенні на період зрощення фрагментів (А.А. Лимберг);

- клиноподібна остеоектомія альвеолярного відростка (після видалення зуба) та пряма поперечна та сходинкова остеотомія тіла щелепи зі збереженням судинно-нервового пучка була запропонована Converse і Shapiro для усунення відкритого прикусу;

- остеотомія, остеоектомія та місцева кісткова пластика автокісткою з внутрішньоротового Виконують із внутрішньоротового доступу з остеосинтезом фрагментів та на- зубною фіксацією.

За наявності відкритого прикусу як компонента одно-, двощелепної деформації виконують одно- або двощелепні коригуючі операції з подальшим ортодонтичним лікуванням. Комплексне хірургічно-ортодонтичне лікування і досягнення функціонально адаптованого прикусу забезпечує тривалий доступу була розроблена Коїе для корекції відкритого прикусу, зумовленого деформацією нижньої щелепи та одномоментної пластики підборіддя;

- остеотомія альвеолярного відростка щелепи (Нпіїкеп, Т.Н. Бабицкая). позитивний результат.

Макрогенія

Макрогенія - стан двобічного збільшення в розмірах, потовщення та гіперплазії обох або деяких відділів нижньої щелепи. Уперше клінічно проявляється переважно в 15—20 років, після закінчення періоду росту та розвитку кісток лицевого черепа.

Пацієнти скаржаться на косметичний дефект, труднощі під час вживання їжі, психологічні проблеми тощо.

Клінічна картина. Відзначають збільшення нижньої третини обличчя, вистояння підборіддя вперед, порушення прикусу, утруднення вживання їжі тощо. Якщо має місце подовження гілки

щелепи зі зміщенням униз зубного ряду нижньої щелепи, то відбудеться вторинне зміщення вниз і зубів верхньої щелепи, лінія змикання зубів також буде розташована нижче.

Диференціювати макрогоенію потрібно з деформацією (гіперплазією) суглобової головки нижньої щелепи, яка має переважно однобічний характер, а інші відділи щелепи не зазнають значних викривлень.

Лікування — хірургічне, оскільки є двобічне подовження і гіперплазія всіх відділів нижньої щелепи (інколи — і верхньої щелепи), яке консервативними методами усунути неможливо. Завдання хірургічного лікування:

зменшити вертикальні розміри тіла нижньої щелепи — досягають корекцією, нівелюванням, остеоектомією нижнього краю щелепи на всьому його протязі на величину до 5—10 мм, що зумовлено положенням нижньо- альвеолярного нерва. Виконують це зазвичай з внутрішньоротового доступу;

зменшити горизонтальний розмір тіла та вертикальний розмір гілки нижньої щелепи — досягають виконання операцій у ділянці кута щелепи, площинної остеотомії з остеоектомією зайвих фрагментів тіла та гілки щелепи. Виконують операцію з внутрішньоротового або, частіше, позаротового доступу через технічну складність. Як правило, хірургічне лікування здійснюють у два етапи, оскільки одномоментно нормалізувати всі розміри нижньої щелепи є досить складно.

Синдроми I—II зябрових дуг

Синдроми I —II зябрових дуг (напівлицеве недорозвинення, ото- краніостеноз, hemifacial microsomia, синдром Трічера— Колінза, синдром Франческетті) є групою вроджених синдромів, аномалій тих структур обличчя, які розвиваються на 6—10-му тижні внутрішньоутробного розвитку з екто- і мезодерми I та II зябрових дуг, що проявляється порушеннями формування тканин та органів щелепно-лицевої ділянки.

Численні комбінації природжених аномалій дозволяють з різним ступенем чіткості виділити синдроми I, II, I—II зябрових дуг тощо. Вони можуть бути одно- та двобічними, симетричними або несиметричними.

З I зябрової дуги розвиваються: слухові кісточки, зовнішнє вухо, частково вилична дуга і кістка, з II зябрової дуги — зовнішнє вухо, гілка нижньої щелепи, скронево-нижньощелепний суглоб, з III зябрової дуги — тіло під'язикової кістки, м'язи дна порожнини рота тощо.

Залежно від ступеня клінічної вираженості, тяжкості деформації виділяють такі клінічні форми синдромів:

1. Абортивна – без помітної деформації обличчя;
2. Неповна – помірна деформація обличчя;
3. Повна – різка деформація обличчя;
4. Тяжка – дуже різка деформація обличчя.

Основні порушення структур та будови щелепно-лицевої ділянки при синдромах I—II зябрових дуг:

- різка асиметрія обличчя внаслідок недорозвинення та аномалій половини лицевого черепа (верхньої та нижньої щелеп, виличної кістки, гілки щелепи, скронево-нижньощелепного суглоба) і м'яких тканин привушно- жувальної ділянки (привушної слинної залози, зовнішнього вуха);

- наявність привушних виростів м'яких тканин; деформація або аплазія вушної раковини, шкіра та м'які тканини є тонкими, зі складками; можливі атрофія та парез м'язів обличчя, піднебіння, язика;

- асиметрія, недорозвинення половини (або всього) обличчя - верхньої та нижньої щелеп, виличної кістки, одно- (двобічна) мікрогенія зі зміщенням підборіддя та кінчика носа в бік недорозвинення, утруднене дихання, викривлення лінії змикання губ, прикус зазвичай адаптований і порушений, ротова щілина викривлена, каріозна хвороба тощо.

На ортопантограмі чітко виявляється недорозвиток нижньої щелепи, гілка може бути відсутньою, тіло різко звужене, сплющене, вкорочене, закінчується округленням, що нагадує суглобову головку, підборіддя зміщене в бік аномалії. Супутні патології відзначаються у 45 % хворих. Зокрема, у хворих часто відзначають ураження хребта, внутрішніх органів і систем (переважно серцево-судинної системи, травний тракт та ін.), грижі різної локалізації (у 45 % хворих), що є свідченням патології сполучної тканини, аномалії кінцівок (у 30 % хворих), первинний

вроджений переважно Т-імунодефіцит різного ступеня вираженості (оскільки загруднинна залоза розвивається з ІІІ зябрової дуги) тощо.

Численність порушень різного рівня, зокрема організменного, тканинного, системного та місцевого рівнів свідчить про необхідність детального обстеження та підготовки до операції, лікування цієї групи хворих за участю багатьох спеціалістів.

Лікування — переважно хірургічне. Перед операцією всім хворим призначають імунокорекцію, зокрема тималін для нормалізації стану Т-системи імунітету, яка завжди різною мірою страждає при цих синдромах, оскільки зяброві дуги участь у розвитку загруднинної залози. Запропоновано призначати тималін за двома типовими схемами:

1- а схема: 5—20 мг внутрішньом'язово 5—7 днів до операції;

2- а схема: 5—20 мг внутрішньом'язово 5—7 днів після операції. Лише обов'язковою імунокорекцією, бажано доопераційною, проводять хірургічне лікування. Вибір методу хірургічного лікування залежить від ступеня деформації, але спочатку нормалізують будову кісток лицевого черепа, а вже потім виконують корекцію м'яких тканин обличчя методами місцевої або контурної пластики.

При абортивній формі синдрому здійснюють незначну корекцію довжини тіла та гілки щелепи (площинною остеотомією в ділянці кута щелепи) або лише ортодонтичне лікування. У разі неповної форми — корекцію довжини тіла та гілки щелепи (площинною остеотомією в ділянці кута щелепи), корекцію форми вушної раковини. При повній формі — потрібна обов'язкова корекція довжини тіла та гілки щелепи (площинною остеотомією в ділянці кута щелепи), хірургічна корекція положення верхньої щелепи, створення вушної раковини з її залишків. При тяжкій — створення гілки щелепи, виличної дуги, скронево-нижньощелепного суглоба, корекція довжини тіла та гілки щелепи, хірургічна корекція положення та розмірів верхньої щелепи, створення вушної раковини, зовнішнього слухового ходу тощо.

Застосовують різні види операцій: вільне або мікросудинне пересадження автологічних або консервованих кісток, площинні та поперечні остеотомії в ділянці тіла і кута щелепи, пластику м'якими тканинами, контурну пластику кісток та м'яких тканин тощо.

Насамперед необхідно відновити нормальну будову кісток лицевого черепа, що забезпечує правильну форму обличчя, правильне положення ока, зубних рядів, прикусу, зменшує дисгармонію обличчя і дає реальне уявлення щодо величини дефіциту м'яких тканин обличчя. На 2-му етапі лікування корегують місцеві м'які тканини.

Ефективними при неповній та повній формах синдрому є, окрім типових площинних остеотомій щелеп, застосування вільних автологічних або консервованих кісткових трансплантатів, реконструктивно-відновні операції на лицевому черепі, зокрема створення гілки щелепи, скронево-нижньощелепного суглоба, виличної дуги. На стопі пацієнта беруть той же авто трансплантат, вводять його в рану, при цьому плесно-фаланговим суглобом формують скронево-нижньощелепний суглоб, а кістками — виличну дугу та гілку щелепи. Після фіксації трансплантата і накладання мікросудинних ана-стомозів рану ушивають (В.О. Маланчук, Н.Ф. Дрюк, Ю.С. Лисайчук, 1989). Цей метод також можна виконувати у варіанті вільного пересадження трансплантата.

Паліативні операції з контурної пластики кісток лицевого черепа і м'яких тканин обличчя можуть забезпечити лише приблизну нормалізацію зовнішніх контурів деформованої зони, що не дає, як правило, ані повного, ані тривалого результатів лікування. У тканини вводять різні гелі, імплантати із силікону, коралу, гідроксиапатиту тощо. До того ж, враховуючи ризики, пов'язані із наявністю у хворих первинного вродженого імунодефіциту різного ступеня вираженості, паліативні операції є більш ризикованими в плані розвитку можливих запальних ускладнень після введення в тканини сторонніх тіл- імплантатів, можливого розвитку інших небажаних процесів (особливо після введення рідкого силікону та різних гелів).

Однобічні деформації нижньої щелепи

Проявляються в період росту лицевого черепа та мають типові клінічні ознаки, зокрема у вигляді напівщелепного (Н. Obwegesser): 1) подовження (збільшення розмірів половини щелепи в довжину); 2) гіперплазії (збільшення кісткової маси щелепи, її потовщення у вертикальному напрямку); 3) подовження і гіперплазії (поєднання обох зазначених компонентів).

Причини виникнення деформації є стандартними — травма щелепи, обличчя в період розвитку щелепи тощо.

Клінічна картина: на фоні нормально розвиненої, у нормальному положенні здорової половини нижньої щелепи інша її половина є збільшеною у розмірах, тіло щелепи зміщено вниз. Може бути також, що подовжена половина нижньої щелепи зміщує здорову половину у свій бік, чим викривлює обличчя, у тому числі і середню його зону. Прикус зазвичай є адаптованим.

Якщо зубний ряд унаслідок подовження гілки щелепи змістився вниз, то верхня щелепа може відповісти на це локальним збільшенням свого альвеолярного відростка і зміщенням верхніх зубів униз, і тоді таку деформацію потрібно розцінювати як двощелепну.

Рентгенографічно — на ортопантограмі обидві половини нижньої щелепи значно відрізняються за розмірами по довжині та ширині, структури суглоба не порушені, розміри суглобового відростка можуть бути збільшеними відповідно та пропорційно до збільшення розмірів усієї половини щелепи. Причини виникнення деформації є стандартними — травма щелепи, обличчя в період розвитку щелепи тощо.

Клінічна картина: на фоні нормально розвиненої, у нормальному положенні здорової половини нижньої щелепи інша її половина є збільшеною у розмірах, тіло щелепи зміщено вниз. Може бути також, що подовжена половина нижньої щелепи зміщує здорову половину у свій бік, чим викривлює обличчя, у тому числі і середню його зону. Прикус зазвичай є адаптованим.

Якщо зубний ряд унаслідок подовження гілки щелепи змістився вниз, то верхня щелепа може відповісти на це локальним збільшенням свого альвеолярного відростка і зміщенням верхніх зубів униз, і тоді таку деформацію потрібно розцінювати як двощелепну.

Рентгенографічно — на ортопантограмі обидві половини нижньої щелепи значно відрізняються за розмірами по довжині та ширині, структури суглоба не порушені, розміри суглобового відростка можуть бути збільшеними відповідно та пропорційно до збільшення розмірів усієї половини щелепи.

Лікування полягає у вкороченні гілки та тіла щелепи, зменшенні об'єму (товщини) кістки, збереженні нормального прикусу або його корекції, що досягають хірургічним методом.

1. Для вкорочення тіла щелепи застосовують:

— поперечну остеотомію з остеоектомією нижньої щелепи в ділянці її подовження: операцію виконують із внутрішньо- або позаротового доступів, висікають фрагмент щелепи потрібної довжини поперечними розрізами, зіставляють та фіксують фрагменти в правильному положенні;

— комбіновану остеотомію з остеоектомією: у ділянці альвеолярного відростка виконують поперечну остеотомію та остеоектомію, а в межах тіла щелепи — площинну остеотомію з остеоектомією. В іншому ця операція не відрізняється від попередньої.

2. Для вкорочення гілки щелепи застосовують:

— радикальну реконструкцію: I етап операції — сегментарна остеотомія та остеоектомія альвеолярного відростка верхньої щелепи в ділянці його гіперплазії (феномен Попова—Годона) для звільнення місця нижній щелепі та її переміщення вгору після вкорочення гілки щелепи; II етап операції - площинна остеотомія або остеоектомія в ділянці кута щелепи зі зміщенням тіла щелепи вгору. Після мобілізації фрагментів зайві ділянки щелепи (по нижньому краю кута щелепи та внутрішній поверхні гілки вище лінії горизонтальної остеотомії) видаляють, фіксують фрагменти нижньої щелепи в новому положенні будь-яким методом остеосинтезу та рану ушивають;

— паліативну операцію — корекція лише нижньощелепного краю, кута та зовнішньої поверхні кістки на боці подовження гілки щелепи на можливу величину, зазвичай до нижньощелепного каналу. Бажаний доступ - внутріш- ньоротовий.

3. Для вкорочення тіла та гілки щелепи застосовують:

— радикальну реконструкцію щелепи. I етап операції — типова сегментарна остеотомія та остеоектомія альвеолярного відростка верхньої щелепи в ділянці його гіперплазії (феномен Попова—Годона) для звільнення місця нижній щелепі та її переміщення вгору після вкорочення гілки щелепи; II етап операції — площинна остеотомія та остеоектомія в ділянці кута щелепи зі зміщенням тіла щелепи назад і вгору. Після мобілізації фрагментів зайві ділянки щелепи (по нижньому, задньому краю кута щелепи та внутрішній поверхні гілки вище лінії горизонтальної остеотомії) видаляють, фіксують фрагменти нижньої щелепи у новому положенні будь-яким

методом остеосинтезу та рану ушивають. Можлива додаткова корекція зовнішньої поверхні нижньої щелепи;

— паліативну операцію — корекція лише нижньощелепного краю та кута щелепи на боці подовження тіла та гілки. Додатково інколи виконують корекцію підборіддя з внутрішньоротового доступу.

Деформації підборіддя

Деформації підборіддя бувають як симптом при деформаціях щелеп або як ізольована деформація тільки підборіддя при збереженні правильного прикусу та зубних рядів щелеп нормальних розмірів, правильної їх форми, місця розташування та співвідношення між собою.

Деформації підборіддя виникають унаслідок таких же впливів на організм, як і деформації щелеп. Практично завжди є двобічними, відзначають збільшення (гіперплазію) або зменшення розмірів підборіддя. Деформації є також симетричними або несиметричними, а за напрямком розвитку кістки: у горизонтальному напрямку або в горизонтальному та вертикальному напрямках.

Клінічні прояви деформації залежать від ступеня недорозвинення цього відділу щелепи та стану нижньої та верхньої щелепи. Ізольоване збільшення-зменшення підборіддя має чіткі ознаки — зміна зовнішніх розмірів підборіддя, що точно видно на бічних телерентгенограмах черепа. По цих самих бічних телерентгенограмах планують бажаний контур обличчя, лінії розпилу кісток, напрям та ступінь переміщення підборіддя в нормальне положення, відповідний спосіб фіксації фрагментів.

Варіанти корекції підборіддя (геніопластики) численні. Серед них найуживанішими видами є ті, які виконують переважно із внутрішньоротового доступу:

1. Нівелювання підборіддя — зменшення товщини кістки підборіддя на 3-5 мм, тобто, до внутрішньої кортикальної пластинки щелепи. Показання: незначні збільшення розмірів підборіддя — на величину зазначеного можливого його зменшення. Видалення зайвої кістки виконують бором або пилкою, при цьому фіксація нижньої щелепи не потрібна.
2. Остеотомія і горизонтальне переміщення підборіддя назад — можливе на величину до 10—15 мм з наступним остеосинтезом.
3. Остеотомія, остеоектомія, переміщення фрагмента назад і догори — переміщення назад — до 10—15 мм, переміщення вгору — до 5—10 мм, що залежить від ступеня гіперплазії підборіддя, можливо із заповненням кісткового діастазу вільним кістковим автотрансплантатом (вільний фрагмент підборіддя, що виник після остеоектомії).
4. Переміщення підборіддя вперед — є показане при мікрогенії, переміщення вперед — до 10—15 мм з подальшим остеосинтезом.
5. Переміщення підборіддя вперед і вниз — використовують при мікрогенії, водночас між мобільним фрагментом підборіддя та тілом щелепи вводять кістковий автотрансплантат, взятий поруч із місцем пластики. Після остеосинтезу під час ушивання м'яких тканин можливий дефіцит слизової оболонки, що вимагатиме проведення додаткових оперативних прийомів для повного закриття зони реконструйованої кістки.
6. Переміщення підборіддя в бік, до середньої лінії застосовують як паліативну операцію за неможливості виконати радикальну операцію з нормалізації форми та положення всієї нижньої щелепи (її тіла та гілки) — можливе переміщення підборіддя в потрібний бік може сягати 10—15 мм.
7. Переміщення підборіддя в бік та вперед-назад — також застосовують при несиметричних деформаціях нижньої щелепи.
8. Дистракційне переміщення підборіддя вперед — є доцільним гіри малих об'ємах кісткової тканини, необхідності контролювати результат лікування.

Усі зазначені операції потрібно виконувати без порушення з'єднання остеотомованого підборіддя з м'язами дна порожнини рота, які живлять цей трансплантат. Під час переміщення підборіддя в нове положення бажано зіставляти кортикальні пластинки між собою, а остеосинтез фрагментів має бути виконаним із використанням їх зовнішньої та внутрішньої кортикальних пластинок.

Паліативні корекції форми (збільшення) підборіддя, або його контурну пластику проводять з використанням імплантатів із силікону; корала, гелів, гідроксиапатиту та інших матеріалів, які вводять із внутрішньоротових доступів та фіксують до кістки або окістя.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Задання для самоконтролю:

1. Заповнити графи:

Ознака	Прогенія	Макрогенія
Збільшення всіх розмірів нижньої щелепи у вертикальному, передньо-задньому та поперечному напрямку	+	
Збільшення нижньої третини обличчя		
Вистояння масивного підборіддя вперед	+	
Утруднене вживання їжі		
Звуження підборіддя	+	

2. Заповните графи:

Операція	Подовження тіла нижньої щелепи	Паліативні операції
Геніопластика		
Контурна пластика нижньої щелепи		
Поперечна остеотомія з вільною кісткврю пластикою		
Сходинкова остеотомія тіла нижньої щелепи		
Комбінована остеотомія тіла нижньої щелепи та distraкція фрагментів		

3. Заповните графи:

Лікування відкритого прикусу	
Операції на гільці щелепи	Операції на тілі щелепи

Б. Задачі для самоконтролю:

1. 4.1. До хірурга-стоматолога звернувся пацієнт з деформацією нижньої щелепи. Які обстеження слід провести для уточнення діагнозу?

(Відповідь: рентгенологічне, вивчення діагностичних моделей).

4.2. Пацієнтка 22 років звернулася у клініку зі скаргами на деформацію нижнього відділу обличчя, утруднене пережовування їжі. У ранньому дитинстві хворіла на правобічний отит та остеомієліт нижньої щелепи справа. З 11 років помітили викривлення нижнього відділу обличчя справа. Перебувала на лікуванні в лікаря-ортодонта. При огляді виявлено зменшення розміру тіла нижньої щелепи справа, зміщення підборіддя на 2 см праворуч та назад. Прикус перехресний. Відкривання рота вільне. Назвіть основний метод лікування.

(Відповідь: сходинкова остеотомія тіла нижньої щелепи справа зі зміщенням щелепи, остеотомія гільки нижньої щелепи справа зі зміщенням щелепи впеод, подовження тіла нижньої щелепи за рахунок кісткового трансплантату).

4.3. Хвора, 20 років, звернулася у клініку зі скаргами на деформацію нижнього відділу обличчя. У дитинстві пацієнтка хворіла на остеомієліт нижньої щелепи справа. З 13 років відзначає викривлення нижнього відділу обличчя справа. Середня лінія підборіддя зміщена праворуч на 1,5 см. Прикус не порушений, адаптований, ортогнатичний. Відкривання рота вільне. Який вид хірургічного лікування показаний у даному випадку – остеотомія нижньої щелепи або контурна пластика?

(Відповідь: при однобічній мікрогенії з адаптованим прикусом показана контурна пластика).

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з однією правильною відповіддю ($\alpha=II$):

1. Термін «нижня макрогнатія» визначає нижню щелепу:

А. недорозвиненою;

- В. несиметричною;
 - С. зміщеною назад;
 - Д. зміщеною уперед;
 - Е. надмірно розвиненою.
- (Правильна відповідь: Е).

2. Термін «нижня мікрогнатія» визначає нижню щелепу:

- А. недорозвиненою;
 - В. несиметричною;
 - С. зміщеною назад;
 - Д. зміщеною уперед;
 - Е. надмірно розвиненою.
- (Правильна відповідь: А).

3. Анатомічні порушення верхньої щелепи при верхній макрогнатії:

- А. недорозвиненість;
 - В. зміщення вперед;
 - С. зміщення назад;
 - Д. надмірний розвиток;
 - Е. несиметрична деформація.
- (Правильна відповідь: Д).

Г. Навчальні завдання 3-го рівня (нетипові завдання):

1. Пацієнтка, 19 років, звернулася в клініку зі скаргами на збільшення нижньої третини обличчя, вистояння підборіддя уперед, утруднене вживання їжі.

1. Поставте попередній діагноз.
2. З якими захворюваннями слід диференціювати дане захворювання?
3. Які додаткові методи обстеження слід провести?

(Відповідь: 1. Макрогенія. 2. Гіперплазія суглобової головки нижньої щелепи. 3. ТРГ, КТ з 3D-моделюванням.).

2. Пацієнт, 18 років, звернувся з приводу хрипіння та надмірних розмірів язика. При огляді встановлено: має місце двобічне недорозвинення нижньої щелепи, віялоподібне положення нижніх різців, ротове дихання, язик нормального розміру, не поміщається у порожнині рота внаслідок її малого об'єма. Множинний карієс фронтальних зубів нижньої щелепи. В анамнезі: хронічний атрофічний фарингіт, вазомоторний риніт.

1. Поставте діагноз.
2. Складіть план лікування.
3. Оберіть метод лікування.

(Відповідь: 1. Двобічна симетрична мікрогенія. 2. Обстежити пацієнта для проведення оперативного лікування під загальним знеболенням. КТ з 3D-моделюванням. Проведення хірургічного втручання. Медикаментозна терапія. 3. Лікування: площинна остеотомія заднього відділу гілки щелепи абр площинна остеотомія задньої гілки щелепи з дистракцією жувальних м'язів.).

3. Хворий, 24 років, звернувся зі скаргами на збільшення нижньої щелепи, вистояння підборіддя уперед. При обстеженні встановлено: вистояння підборіддя уперед, звуження обличчя, сагітальна невідповідність у ділянці фронтальних зубів.

1. Яких даних не дістає для постановки попереднього діагнозу?
2. Намітьте план обстеження.
3. Назвіть основні оперативні втручання при даній патології прикусу.

(Відповідь: 1. Уявне западання середньої третини обличчя, згладження носогубних складок, порушення сагітального співвідношення між «ключами оклюзії». 2. Консультація ортодонта. ТРГ, КТ, обстеження для проведення оперативного втручання під загальним знеболенням 3. Поперечні, косі, ковзні остеотомії нижньої щелепи; площинні остеотомії; комбіновані остеотомії та поперечні остеотомії з видаленням зуба та апаратною компресією)

7. ЛІТЕРАТУРА.

Основна література:

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2т. – Т.2/В.О.Маланчук, І.П.Логвіненко, Т.О.Маланчук, О.Л.Ціленко – К.: ЛОГОС, 2011. – С. 3-4, 24-27.
2. Рузин Г.П. Краткий курс лекций по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Геннадий Петрович Рузин – Киев: «Книга плюс», 2006 – С. 98 - 156.

Додаткова література:

3. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия: Руководство для врачей / Под ред. проф. В.Н.Балина и проф. Н.М.Александрова. 4-е изд., доп. и испр. – СПб.: СпецЛит, 2005. – С. 34-39.
4. Щелепно-лицева хірургія: підручник / О.О.Тімофєєв. – К.: ВСВ «Медицина», 2011. – С. 287-304.
5. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство / под ред. А.А.Кулакова, Т.Г.Робустовой, А.И.Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 – С. 328-466.

№ 17. Дефекти нижньої щелепи: етіологія, клініка, діагностика, методи кісткової пластики і показання до них.

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ: велике значення у житті будь-якої людини відіграє обличчя, яке віддзеркалює внутрішній світ людини, настрій, емоції, функції організму тощо. Тому дефекти та деформації обличчя можуть порушувати психологічний стан людини, її самооцінку, соціальну адаптованість працездатність та ін. Невелика кількість людей здатна тривалий час витримувати психо-емоційне напруження та не дозволяти наявному фізичному дефекту або деформації негативно впливати на їх життя. Тому значення реконструктивно-відновної, естетичної та пластичної хірургії у нівелюванні таких станів має велике значення. Стоматолог будь-якої спеціалізації повинен знати особливості перебігу таких станів та вміти надавати адекватну допомогу цьому контингенту хворих.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Запропонувати класифікацію дефектів нижньої щелепи.
- 2.2. Пояснювати особливості етіології та патогенезу дефектів нижньої щелепи.
- 2.3. Запропонувати методи діагностики дефектів нижньої щелепи.
- 2.4. Класифікувати додаткові методи обстеження, які використовуються для діагностики дефектів нижньої щелепи.
- 2.5. Скласти план диференціальної діагностики дефектів нижньої щелепи.
- 2.6. Скласти план лікування пацієнта із дефектами нижньої щелепи.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, УМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (МІЖДИСЦИПЛІНАРНА ІНТЕГРАЦІЯ)

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Пропедевтика внутрішніх хвороб	Демонструвати навички обстеження пацієнта по органах і системах. Описувати загальний статус пацієнта. Демонструвати навички по інтерпретації даних додаткових методів обстеження. Скласти план лікування пацієнта з дефектом нижньої щелепи.
2. Хірургічні хвороби	Описувати історію хвороби пацієнта з дефектом нижньої щелепи.
3. Оперативна хірургія і топографічна анатомія	Застосовувати знання по хірургічній анатомії голови та шиї. Зобразити схематично методику оперативного втручання при наданні допомоги пацієнтам з дефектами нижньої щелепи. Демонструвати навички по накладанню різних видів швів при проведенні оперативних втручань у пацієнтів з дефектами нижньої щелепи.

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. Дефект - (від лат. defectus) -	вада, псування, пошкодження, ненормальність, відхилення, патологія.
2. Трансплантат (transplantatum; лат. transplanto пересаджувати)	ділянка тканини чи орган, який використовують для трансплантації

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Етіологія та патогенез дефектів нижньої щелепи.
2. Основні клінічні ознаки дефектів тіла нижньої щелепи.
3. Основні клінічні ознаки дефектів підборіддя.
4. Основні клінічні ознаки дефектів гілки нижньої щелепи.
5. Послідовність обстеження загального і місцевого статусу пацієнта з дефектом нижньої щелепи
6. Хірургічні методи лікування дефектів нижньої щелепи.

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

1. Провести опитування пацієнта з дефектом нижньої щелепи.
2. Провести обстеження пацієнта з дефектом нижньої щелепи.
3. Скласти план обстеження пацієнта з дефектом нижньої щелепи.
4. Інтерпретувати результати додаткових методів обстеження (лабораторних, клінічних, біохімічних, спеціальних).
5. Визначити основні принципи лікування пацієнта з дефектом нижньої щелепи.
6. Скласти план лікування пацієнта з дефектом нижньої щелепи.
7. Оформити медичну документацію.
8. Підібрати інструментарій, необхідний для проведення оперативного втручання з приводу дефекту нижньої щелепи.
9. Намалювати схему оперативного втручання при дефектах нижньої щелепи.

5. ЗМІСТ ТЕМИ:

Етіологія дефектів щелеп визначена. Вони є набутими та виникають унаслідок пухлинних процесів, після перенесеної травми (вогнепальні, невогнепальні травми), післяопераційні (наприклад, після видалення зубів), після запальних процесів тощо.

Патогенез є очевидним і призводить до втрати кістки різними механізмами, або до втрати і кістки, і прилеглих м'яких тканин.

Пацієнти скаржаться на порушення вигляду обличчя, функцій щелеп і порожнини рота: вживання їжі, мовлення тощо.

Клінічна картина дефектів щелеп залежить від локалізації дефекту, його розмірів, причини виникнення, давності існування та ін. Як правило, завжди спостерігаються такі ознаки дефекту верхньої щелепи: асиметрія обличчя, можлива видима відсутність м'яких тканин і кістки; западання м'яких тканин — щоки, верхньої губи; може бути опущення очного яблука, викривлення ліній змикання повік і очних щілин, сполучення порожнини рота з верхньощелепною пазухою або порожниною носа; порушення герметизму порожнини рота; порушення функцій щелеп різного ступеня тощо.

Дефекти нижньої щелепи - це стан порушення її безперервності, монолітності та цілісності.

Етіологія дефектів нижньої щелепи вивчена достатньо. Їх поділяють на вогнепальні та невогнепальні, серед останніх виділяють післярезекційні (післяопераційні); після запалення; післятравматичні; післяопікові; після опромінювання. Дефекти нижньої щелепи можуть відзначатися як самостійний патологічний клінічний стан, або як важливий компонент вродженого синдрому.

Класифікації дефектів нижньої щелепи описують різні важливі клінічні їх особливості — кількість фрагментів щелепи, наявність на її фрагментах зубів, одно- або двобічні дефекти тощо.

За довжиною умовно розрізняють такі дефекти нижньої щелепи: малі (до 2 см), середнього розміру (2—6 см), субтотальні (до 10—12 см), половинні (до половини довжини щелепи) і тотальні. Вони можуть бути: 1) із збереженням безперервності нижньої щелепи (порожнинні, дірчасті, кістозні і крайові); 2) з порушенням безперервності нижньої щелепи (в наявності два або більше фрагментів щелепи).

За станом прилеглих до щелепи м'яких тканин: із збереженням або із втратою білящелепних м'яких тканин.

За локалізацією (В.Ф. Рудько):

1. Дефекти середнього відділу тіла.
2. Дефекти бічних відділів тіла.
3. Поєднані бічні і серединні дефекти.
4. Дефекти гілки і кута.
5. Субтотальні і тотальні дефекти тіла.

6. Відсутність гілки і частини тіла.

7. Множинні дефекти.

Додатково виокремлюють сегментарні дефекти щелепи (наприклад, її підборідного відділу, суглобового відростка щелепи), якщо вони є важливими для збереження функцій.

Б.Л. Павлов (1976) описує такі дефекти щелепи:

1. Кінцеві (1 вільний фрагмент дірчасті й кістозні).

2. Уздовж щелепи (2 вільні кісткові фрагменти).

3. Подвійні, двобічні (3 вільні кісткові фрагменти).

Основні види вогнепальних дефектів нижньої щелепи (К.С. Ядрова):

1) з нестійким зсувом відламків;

2) із стійким зміщенням відламків (з укороченням щелепи, рубцями);

3) неправильно зрощені переломи з дефектом щелепи.

Кожний з цих дефектів може бути в передньому відділі щелепи, бічному, у ділянці гілки та кута, а також подвійним.

Обстеження хворих. Досліджують прикус, відзначають наявність, кількість та стійкість зубів на фрагментах щелепи, стан системи імунітету, проводять ЕОМ, КТ, МРТ, КТ-3D реконструкцію зони ураження, виготовляють, якщо потрібно, стереолітографічні моделі, індивідуальні фіксатори (пластинки, сітки, гвинти) для скріплення відламків щелепи.

У клінічному діагнозі дефекту важливо вказати такі ознаки: походження дефекту; локалізацію дефекту; протяжність (у см); наявність зубів на фрагментах щелепи; рубцеве зміщення фрагментів щелепи, язика та м'яких тканин; наявність дефекту м'яких тканин тощо.

Виділяють такі види країв кісткового сегмента: за формою — гострі, пилкоподібні й ін., за щільністю кістки — склерозовані, резорбовані, перемінної щільності, за товщиною — тонкі або товсті (це важливо для планування фіксації), але практично завжди після різних патологічних станів вони не мають нормальної анатомічної форми. Лише після резекції щелепи внаслідок пухлин країв дефекту з часом майже зберігають надану їм під час операції форму.

Клінічна картина дефектів є досить різнобічною: понівечення та асиметрія обличчя, рубці на шкірі, викривлення ротової щілини, порушення герметизму порожнини рота та витікання з неї слини; аномалійне положення, дефект та западання м'яких тканин у ділянці відсутніх кісток; порушення відкривання рота, миміки, мовлення, жування, харчування, зсув та остеопороз відламків щелепи, порушення прикусу, зміщення підборіддя в бік дефекту щелепи, западання кута щелепи, патологічна рухомість фрагментів щелепи, можлива відсутність ділянок м'яких тканин обличчя тощо. Зміщення точок опори м'язів дна порожнини рота може спричинити зміщення язика назад з можливим порушенням дихання різного ступеня вираженості, постійної гіпоксії і, навіть, дислокаційної асфіксії, особливо уві сні.

Рентгенографічно — відсутність ділянок щелепи різних розмірів, зміщення вцілілих фрагментів нижньої щелепи, щільність фрагментів кісток є різною, можливе стоншення ділянок кістки, нерівний їх контур, обмежувальні дефект країв фрагментів мають округлені кінці із замикальною кістковою пластинкою тощо.

Лікування хворих з дефектами щелеп є дуже складним. Методи лікування дефектів є консервативними (ортопедичними) та хірургічними.

Ортопедичне лікування передбачає збереження або відновлення правильного положення фрагментів щелепи та відновлення кількості зубів протезами. Уперше дія усунення дефекту підборідної ділянки щелепи Zarreu у 1838 р. використав срібний протез. Потім як лікувальні пристрої почали використовувати різні шини, розпірки із золота, пластмаси, каучуку, різних металів, пластмас тощо. Але зазначені способи не давали необхідного та стійкого результату.

Хірургічне лікування передбачає усунення дефекту за рахунок відновлення анатомічної цілості та функції кістки. Для цього були розроблені численні оперативні втручання, зокрема:

— пересадження фрагментів місцевої кістки на живильних ніжках із прилеглих м'язів;

— пересадження фрагментів віддалених кісток (ключиця на грудино-ключично-соскоподібному м'язі, гребінь лопатки — на трапецієподібному м'язі);

— вільне пересадження автотрансплантатів (ціле або розщеплене ребро, клубова кістка та ін.);

— використання консервованих кісткових ало- та інших біологічних трансплантатів;

- мікросудинне пересадження автологічних трансплантатів або брeфотрансплантатів (стегова кістка ембріона на стеговій артерії);
- дистракційне усунення дефектів нижньої щелепи (до 17 см завдовжки);
- використання імплантатів з металу, кристалів та інших матеріалів - небіологічних замінювачів кістки
- використання металевих каркасів із різними матеріалами - компонентами кістки (що входять до складу кістки, тобто її заміщувачі), разом з індукторами остеогенезу;
- комбіновані способи.

Види кісткової пластики за часом її проведення:

- первинна кісткова пластика — її виконують одночасно з резекцією щелепи під час видалення пухлин;
- первинна відтермінована — у перші 1—2 доби після пошкодження та виникнення кісткового дефекту за умови приймання антибіотиків і відсутності явного запалення в тканинах;
- у грануляційну рану — через 10—30 дб, після очищення рани від некротичних тканин та в 2-й фазі ранового процесу, запалення;
- вторинна кісткова пластика — через 1 міс. і більше після повного загоєння рани та нормалізації стану, об'єму і якості прилеглих до дефекту щелепи м'яких тканин.

Для пересадження кістки алотканини консервують різними методами: холодом (від -20 °С до -196 °С), у розчині формаліну, антисептиками, гель- парафіном, ліофілізацією (зневоднення кістки за низької температури у вакуумі), різними рідинами, проводять хімічну обробку для зниження антигенності кістки, демінералізують кістку, застосовують ембріональну кістку тощо.

Кісткові трансплантати можуть бути у різному вигляді: цілої кістки, її фрагмента, в'язанки хворосту, кісткового щебеню різного розміру, кісткової муки, демінералізованої кістки (кісткового матриксу) або лише мінерального компонента кістки природного походження як у чистому вигляді, так і з різними добавками певної дії.

Донорські місця для взяття автологічного кісткового трансплантата: нижня щелепа, верхня щелепа, вилична кістка, склепіння черепа, клубова кістка, лопатка, ребро, ключиця, променева кістка, малогомілкова кістка, метатарзальна кістка.

Варіанти контакту кісткового трансплантата з краєм щелепи відрізняються за площею — поперечні, площинні, комбіновані (частково поперечні, частково площинні): встик, внакладку, з внутрішнього (краще) або зовнішнього боку нижньої щелепи. Бажано, щоб контакт між трансплантатом і кісткою був найбільшим.

Методи фіксації трансплантата та кістки численні. Застосовують для цього різні методи остеосинтезу — дротяний шов, спиці Кіршнера, металеві пластинки, балки та ін.

Кісткове ложе трансплантата може бути із сполученням з порожниною рота або без сполучення. У першому випадку кісткове ложе є інфікованим ротовою рідиною, що збільшує ризик ускладнень.

Після операції дня оперованої зони потрібно забезпечити сприятливі умови. зокрема знерухоміти щелепу на термін від 1 до 3—6 міс. Для цього використовують різні пристрої для фіксації та іммобілізації щелепи в правильному положенні — апарат Бетельмана, шини Ванкевич, Степанова, назубні шини Тігершtedта та ін. їх готують до операції за моделями щелеп. .

«Доля» кісткового трансплантата залежить від багатьох факторів і може такою:

- 1) повне приживлення і органотипова перебудова трансплантата;
- 2) часткове приживлення і органотипічна перебудова трансплантата;
- 3) повне розсмоктування;
- 4) інкапсуляція трансплантата без подальшої його перебудови;
- 5) патологічна перебудова трансплантата — гіперплазія, гіпо- або гіпер- ріст частини або всього трансплантата;
- 6) відторгнення всього трансплантата або його частини (з нагноєнням, розсмоктуванням або з секвестрацією).

Оптимальним варіантом є повне приживлення та швидка органотипова перебудова всього трансплантата. Це відбувається при застосуванні мікросудинної автокістки за 1,5– 3 міс.; цілої автокістки, перенесеної вільним способом, — за 1 – 1,5 року; різних алотрансплантатів та

імплантатів – ще пізніше, до 2–3 років і більше. Можлива також інкапсуляція введеного в тканини біологічного або штучного матеріалу, який заміщує кістку.

Вибір хірургічного методу усунення дефектів нижньої щелепи залежить від локалізації, розміру дефекту, кількості дефектів щелепи, ступеня зміщення фрагментів щелепи в неправильне положення, щільності кісткової тканини фрагментів щелепи, стану прилеглих до дефекту м'яких тканин, причини виникнення, терміну після виникнення, наявності на фрагментах щелепи зубів, стану регенераторного потенціалу фрагментів щелепи та прилеглих тканин, загального стану постраждалого, стану його імунної системи, наявності сенсibiliзації тощо. Але головними серед вказаних чинників є локалізація та розмір дефекту.

Варіанти стану скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС) при дефектах суглобового відростка: відсутність головки щелепи та суглобової поверхні суглоба, відсутність головки щелепи та суглобового диска, відсутність усіх тканин суглоба (зі збереженням рухомості щелепи).

Так, при відсутності головки щелепи повністю відновити СНЩС можна шляхом пересадження кістки із суглобовим кінцем або ушиванням капсули нижнього поверху суглоба, а вже потім відновлювати суглобовий відросток щелепи будь-яким кістковим трансплантатом, бажано автологічним. Цей варіант відновлення суглоба є доцільнішим.

Дефекти суглобового відростка – це відсутність головки щелепи, шийки та основи суглобового відростка нижньої щелепи. Ці дефекти є складними в лікуванні. Вибір методу операції залежить, головним чином, від розміру кісткового дефекту та стану скронево-нижньощелепного суглоба.

При відсутності суглобової головки та суглобового диску необхідно відновити обидва поверхи СНЩС та суглобовий диск, але місцевими тканинами можна відновити лише верхній поверх СНЩС ушиванням його капсули. Тож, при реконструкції потрібно або відновити нижній поверх суглоба трансплантатом, який містить повний суглоб, або залишити відновлений СНЩС одноповерховим, оскільки рухомість у цьому одноповерховому суглобі може бути забезпечена за рахунок збереженої верхньої частини СНЩС. Утім, в останньому випадку відновлений суглоб не матиме суглобового диска.

- дефекти розміром 0,5–2,5 см. Найчастіша їх причина – внутрішньо- суглобові багатовідламкові, осколкові переломи суглобового відростка щелепи, коли під час спроби репозиції та фіксації відламків з піднижньощелепного доступу їх видаляють, унаслідок чого утворюється дефект зазначеного розміру. Тоді виконують місцеву кісткову пластику: заокруглюють гострі краї залишків суглобового відростка, формують нову головку щелепи, ушивають капсулу скронево-нижньощелепного суглоба і цим формують нижній поверх цього суглоба, виконують площинну остеотомію заднього краю гілки щелепи зі збереженням фіксації глибоких жувальних м'язів до внутрішньої поверхні гілки щелепи, переміщують новий фрагмент щелепи вгору, до контакту нової головки щелепи із капсулою суглоба, фіксують переміщений фрагмент гілки в новому положенні остеосинтезом та рану ушивають. Можна також проводити операцію Катца – остеотомію та подовження заднього краю гілки щелепи. Якщо в ділянці пластики замало місцевого кістково-пластичного матеріалу або тіло щелепи є дуже тонким, то можна додатково використати кісткову тканину з тіла щелепи та створити необхідні кісткові упори-фіксатори для переміщеного фрагмента гілки, кісткового трансплантата, зробити запас кістки для подальшої етапної операції, що доцільно застосовувати при лікуванні дітей та підлітків.

- за відсутності змоги використати кістку заднього та нижнього відділу гілки щелепи використовують її вінцевий відросток для створення суглобового відростка: виділяють вінцевий відросток із площинною остеотомією його нижніх відділів та збереженням джерел кровопостачання, формують сприймаюче ложе на зовнішній поверхні гілки щелепи, переводять вінцевий відросток на місце суглобового, встановлюють щелепу в правильне положення, виконують остеосинтез фрагментів та рану ушивають;

— за неможливості виконання попередньої операції застосовують дистракційний метод формування суглобового відростка. З піднижньощелепного доступу із залишків гілки щелепи формують її фрагмент за формою суглобового відростка, накладають дистракційний апарат і через 10–14 днів починають переміщення фрагмента в потрібне положення з темпом 1 мм/добу за 4 активації апарата. Після досягнення правильної форми щелепи та прикусу дистракцію закінчують, чекають мінералізації кісткового регенерату та апарат знімають (М.Б. Швирков);

- застосування штучних протезів СНЩС та суглобового відростка щелепи з металу, пластмаси, штучних кристалів є можливим, коли потрібно швидше та з меншими втручаннями отримати необхідний результат. Утім, досконалість зазначених протезів далека від бажаного, тому їх використовують не часто;

- дефекти розміром 2,5-4 см. Для їх усунення застосовують переміщення автологічного вінцевого відростка, дистракційний метод, а за неможливості їх виконання — вільну кісткову пластику. З підщелепного доступу формують сприймаюче кісткове ложе з м'яких тканин та кістки, беруть автологічний кістковий трансплантат, переносять його в місце гілки щелепи і за умови збереження скронево-нижньощелепного суглоба фіксують трансплантат у правильному положенні, після чого до трансплантата фіксують жувальні м'язи. Якщо суглоб загинув, до трансплантата додатково долучають автосуглоб;

- мікросудинне пересадження кістки виконують, коли сприймаюче ложе має низькі, небажані біологічні репаративні властивості, є дефіцит м'яких тканин, то доцільно поліпшити кровообіг у зоні втручання, збільшити об'єм м'яких тканин тощо;

- застосування штучних протезів суглоба, гілки або тіла щелепи також є одним з можливих методів усунення дефектів такого розміру.

Дефекти гілки нижньої щелепи можуть бути кінцевими (дефект обмежений одним, лише центральним фрагментом щелепи, немає суглобового відростка) або включеними (обмежений двома кістковими фрагментами — центральним фрагментом щелепи та суглобовим відростком щелепи). Ураховуючи, що відсутність вінцевого відростка гілки щелепи не має суттєвого значення для функції нижньої щелепи, відсутність його зазвичай не є підставою для його відновлення. Усунення цих дефектів відрізняється за методами та технікою виконання операції.

Кінцеві дефекти гілки щелепи.

- розміром до 3-4 см усувають методом місцевої кісткової пластики — виконують площинну остеотомію нижніх відділів гілки і кута щелепи, переміщують фрагмент гілки вгору ДПІА відновлення висоти гілки щелепи в ділянці суглобового відростка та фіксують фрагмент у новому положенні;

- кінцеві дефекти гілки розміром 3—7 см також усувають методом місцевої кісткової пластики, але для їх усунення використовують залишки гілки і тіло щелепи. З піднижньощелепного доступу з центрального фрагмента кістки викроюють трансплантат потрібного розміру із включенням до нього нижнього краю щелепи, у ділянці якого виконують площинну остеотомію, трансплантат на ніжці із м'язів переміщують у ділянку гілки щелепи до стану правильного прикусу, формують суглобовий відросток та фіксують трансплантат остеосинтезом розщеплених кортикальних пластинок у ділянці тіла щелепи;

- дистракційний метод передбачає формування гілки та суглобового відростка із залишків кута щелепи та нижніх відділів тіла щелепи методом комбінованої (поперечної та площинної остеотомії), потім накладають дистракційний апарат та переміщують фрагмент щелепи в нове положення. Діастаз між донорською зоною та переміщеним фрагментом щелепи формують при цьому методом кістковим регенератом, тому темп переміщення фрагмента щелепи є класичним (М.Б. Швирков);

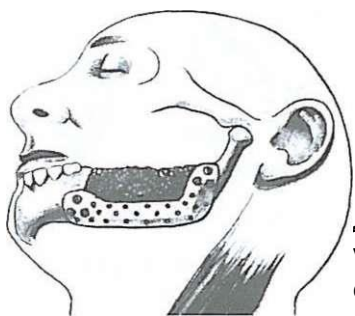
- комбінований метод «дистракція—остеосинтез». При формуванні фрагмента щелепи для створення гілки щелепи довжину зони площинної остеотомії роблять більше величини потрібного переміщення фрагмента. Дистракцію фрагмента щелепи проводять із темпом до 2,5—3 мм/добу, після її закінчення відкривають ділянку контакту фрагмента, що перемістили, та тіла щелепи, зіставляють кортикальні пластинки фрагментів і виконують остеосинтез. Після цього фрагменти щелепи зростаються між собою, як при переломі;

- вільна або мікросудинна кісткова пластика є показаною, коли інші методи не можуть бути виконаними внаслідок місцевих або загальних умов. Як вільні або мікросудинні кісткові автотрансплантати застосовують трансплантати реберно-хрящові, ціле або розщеплене ребро, трансплантати з груднини, лопатки, клубової кістки, променевої, малогомілкової, метатарзальної кісток тощо. Запропоновано також створювати гілку щелепи та СНЩС із стегна людських ембріонів на стегновій артерії, перенесений мікрохірургічним способом.

Дефекти гілки щелепи у дорослих розміром до 3-4 см усувають переважно методами місцевої кісткової пластики, для чого використовують:

- вінцевий відросток гілки щелепи – з піднижньощелепного доступу виділяють вінцевий відросток, готують сприймаюче кісткове ложе, переміщують відросток у нове положення та фіксують між суглобовим відростком та тілом щелепи;
- нижній край тіла щелепи – викроюють потрібного розміру трансплантат із переважним використанням внутрішньої кортикальної пластинки щелепи, переміщують його з м'якими тканинами в ділянку дефекту і фіксують між суглобовим відростком та тілом щелепи;
- металеві каркаси за формою втраченого відділу гілки щелепи, які після репозиції обох фрагментів щелепи фіксують між ними за умови сприймаючого кісткового ложа, заповнюють каркас аутологічним кістковим щебенем, кістковим мозком або спонгіозною кісткою. Використовують також деякі замінювачі кісткової тканини (мал. 1). Через 2—6 міс. після операції очікують на утворення нової функціонально спроможної кісткової тканини між обома фрагментами щелепи.

Мал.1. Схема використання металевого каркаса, заповненого кістковим



щебенем, для створення тіла щелепи та металевого протеза СНЩС

Дефекти тіла, підборідного відділу та гілки нижньої щелепи усувають багатьма з перерахованих методів, які мають деякі особливості виконання, що зумовлено більшими розмірами дефектів та іншими властивостями сприймаючого ложа з

м'яких тканин.

Застосовують для усунення дефектів зазначених відділів щелепи:

- розміром до 3-4 см – місцеву кісткову пластику трансплантатами з щелепи на живильних ніжках із м'язів дна порожнини рота (операція Д'яконова) або розщеплену вздовж ключицю на груднинно-ключично-соскоподібному м'язі, рідше – вільну кісткову пластику, пластику вивареним ауто трансплантатом (метод Ходоровича-Бернадського- Дробшон), дистракційний метод;
- розміром понад 4 см (включені або кінцеві дефекти розміром до половин щелепи) — вільну та мікросудинну аутокісткову пластику, дистракційний метод, рідше роблять пластику консервованими орто- або гетеротопічними алотрансплантатами та штучними, металевими пластинками-імплантатами тощо.

Дефекти гілки, кута та тіла нижньої щелепи розміром до 10—12 см усувають вільним аутологічним кістковим трансплантатом або мікросудинним трансплантатом зі стопи пацієнта, який містить дві кістки (основну фалангу 2—4 пальця, метатарзальну кістку), плесно-фаланговий суглоб на судинній ніжці з тильної артерії стопи та комітантної (супровідної) вени. З піднижньощелепного доступу виділяють реципієнтну артерію (лицеву, з веною), трансплантат згинають у суглобі за формою кута щелепи, фіксують потрібну форму введенням через суглоб спиці Кіршнера і забезпечують цим артродез, після чого формують трансплантатом втрачені відділи нижньощелепної кістки.

Мікросудинний анастомоз накладають після надійної фіксації кістки трансплантата в потрібному положенні. Спиця, яка фіксує форму трансплантата і проходить через донорський суглоб, сприяє виникненню артродезу, анкілозуванню суглоба, монолітності трансплантата. Цей спосіб можна виконувати також і у варіанті вільного пересадження трансплантата.

Кісткові трансплантати сполучають і фіксують до приймаючих відділів щелепи різними методами - встик (площинний контакт поверхонь кістки), введенням кінців трансплантату в кістковомозкові простори сприймаючої кістки, внакладку, комбінованим методом, фіксують металевими шпильками, накістковими пластинками, дротом.

З метою створення сприятливих умов для перебігу остеогенезу та перебудови трансплантата після перенесеної променевої терапії або хіміотерапії інколи необхідно поліпшити якості

спровокованого м'якотканинного ложа, забезпечивши в ньому наявність замість рубців та післяпроменевиx змін нових сполучнотканинних структур (бажано м'язів) із нормальним регенераторним потенціалом та інколи – і кісткового трансплантата. Для цього в межах тіла та гiлки щелепи використовують:

- клапті з осьовим судинним малюнком: грудний, дельто-пекторальний (з фрагментом ребра), «еполетний» клапоть (з фрагментом лопатки);

- мікрохірургічне перенесення складних складених клаптів із м'язами та кістками, наприклад клапоть широкого м'яза спини з ребром, клапті променевої, малогомілкової кістки тощо;

- у межах тіла щелепи використовують клапоть із підшкірного м'яза шиї: після встановлення перенесеного вільним способом автокісткового трансплантата завдовжки до 8-10 см у потрібне положення між фрагментами нижньої щелепи та його фіксації викроюють прямокутний клапоть підшкірного м'яза шиї з основою вгорі, повертають клапоть догори і покривають ним кістковий трансплантат з усіх боків. М'язовий клапоть, який не був спровокованим променевою терапією та хіміотерапією, має достатній репаративний потенціал, що позитивно впливає на перебіг репаративних процесів і перебудову кісткового трансплантата.

Заміщення дефектів нижньої щелепи можливе за допомогою дистракційно-компресійного методу лікування, який був розроблений Г.А.Ілізаровим у 1954 році.

Загальні біологічні закономірності, які проявляються при застосуванні дистракційно-компресійного методу до кісткової тканини, окістя (періосту) та всіх інших м'яких тканин:

- 1) стимулюючий вплив напруження – розтягування на регенерацію і ріст тканинних структур є загальною біологічною закономірністю порушення й підтримки генезу тканин;

- 2) принципова спільність дистракційного остеогенезу з розвитком і ростом тканин в онтогенезі.

Механізм дії напруження – розтягування на тканини, зокрема на кісткову тканину, є таким: остеотомія або перелом кістки (механічна травма) є пусковим механізмом регенерації. Виникає набряк тканин, активізується резорбція пошкоджених структур кістки, виділяються білки-регулятори репаративних процесів у кістці, які мають короткодистантну дію (до 400—500 нм). Цим, вірогідно, зумовлена доцільність зіставлення і компресії фрагментів кісток при переломі, що призводить до зближення відламків, забезпечує утворення добре васкуляризованої грануляційної тканини між відламками (зона росту регенерату), потім – виникнення колагенової сітки між відламками з наступною її мінералізацію, тобто утворюється первинна кісткова мозоля.

Дозована періодична дистракція фрагментів і новоутвореної кісткової мозолі в ділянці остеотомії спричинює постійну мікротравму кісткової мозолі, призводить до звільнення нових порцій білків-регуляторів остеогенезу, які впливають на репаративні процеси і, таким чином, підтримує остеогенез до утворення кісткового регенерату необхідної величини. Стабільна фіксація відламків сприяє оптимальному розташуванню і орієнтації колагенових волокон, остеогенних клітин та кровоносних судин.

Темп дистракції фрагментів кістки має збігатися з темпом росту кісткового регенерату. Якщо швидкість (частота і ступінь активації апарата) дистракції буде більшою — можуть бути зони ішемії, кісти в кістці, виникне розрив регенерату, «несправжній суглоб» і дефект кістки, якщо меншим — фрагменти зростуться між собою і подовження кістки не відбудеться. Слід зазначити, що швидкість (темп) дистракції є індивідуальним для кожної кістки, пацієнта і залежить від багатьох факторів. Для довгих трубчастих кісток він становить у середньому 1 мм/добу за 2—4 активації апарата, оскільки часті малі активації апарата сприяють збільшенню швидкості утворення кісткової тканини.

Кістковому регенерату для росту необхідний кисень, тому треба зберігати необхідний кровообіг у регенераті, помірне функціональне навантаження на нього, інші обов'язкові умови. Дистракція стимулює регенераторні процеси в тканинах, формоутворення й обмін речовин, але вона може викликати і його пригнічення, що потребує вводити, так звані дні відпочинку від дистракції.

Після досягнення кісткою необхідних розмірів інколи проводять незначну компресію отриманого регенерату (до 5—15 діб), що сприяє його швидкій мінералізації без утворення фіброзної тканини. Після цього починається ретенційний період, який за тривалістю має бути зіставленим з періодом дистракції (не менше 4 тиж.). Через 8—10 тиж. після закінчення дистракції нова кістка за структурою не відрізняється від нормальної.

Клінічні варіанти застосування дистракційно-компресійного методу: моно- або білокальний (одночасно вирощують два кісткових регенерати); дистракційний, дистракційно-компресійний, компресійно-дистракційно-компресійний.

Початковий клінічний стан кістки, дефекту або деформації може бути: 1) без дефекту прилеглих м'яких тканин; 2) з дефектом прилеглих м'яких тканин.

Можна проводити дистракцію різних анатомічних структур: кісткового регенерату (Г.А. Ілізаров), кісткових відламків з подальшим їх остеосинтезом або зрощенням (В.О. Маланчук).

Починають дистракцію відламків у різні терміни після операції: 1) при плановій поперечній остеотомії нижньої щелепи і після первинної хірургічної обробки кісткової рани – через 8-12 діб, після загоєння м'яких тканин і шкіри й виникнення зони росту (кісткового регенерату) між відламками кістки; 2) при плановій косій сходиноквої остеотомії - через 5-10 діб; 3) після комбінованої остеотомії — дистракцію відламків починають відразу після завершення операції. У всіх цих випадках темп дистракції зумовлений клінічними умовами, видом тканин, які дистрагують і коливається від 0,25-1 мм/ добу (при дистракції кісткового регенерату верхньої та нижньої щелепи) до 2,5-3 мм/добу (при дистракції фрагментів кістки) при 4-разовій активації апарата.

Варіанти темпу дистракції відламків кісток: 1) постійний; 2) перемінний; 3) з днями «відпочинку» (дні, коли дистракцію не проводять).

Дистракційні методи усунення дефектів і деформацій нижньої щелепи потребують достатнього рівня репаративних процесів у кістковій тканині щелепи, достатньої щільності опорної кістки для фіксації дистракційного апарата на фрагментах щелепи (У.Т. Таїров, В.А. Сукачов, В.І. Гунько, М.Б. Швирков, А.А. Дацко та ін.).

Показання до дистракції:

- дефекти тіла, ментальної ділянки або гілки нижньої щелепи;
- деформації і недорозвинення нижньої щелепи (одно- або двобічна мікрогенія);
- деформація і недорозвинення верхньої щелепи;
- верхня мікрогнатія (після часткової або повної остеотомії щелепи);
- атрофія відділів альвеолярного відростка нижньої щелепи перед дентальною імплантацією;
- недорозвинення окремих кісток лицевого черепа або їх ділянок;
- недорозвинення кісток середньої зони лицевого черепа (черепно-лицева дистракція).

Показання до компресії щелеп є досить вузькими і цей метод є методом вибору — макрогенія або макрогнатія.

Виділяють такі варіанти остеотомії нижньої щелепи при її дистракції: 1) поперечні; 2) фігурні, косі; 3) комбіновані (поперечні й площинні).

Для виконання дистракційно-компресійного методу використовують спеціальні апарати. Нині розроблено багато зовнішньо- та внутрішньоротових компресійно-дистракційних апаратів (КДА) для нижньої та верхньої щелепи (У.Т. Таїров, М.Б. Швирков, В.І. Куцевляк, А.А. Дацко, В.О. Маланчук), кілька способів дистракційного усунення дефектів нижньої щелепи. Більшість з них передбачають поперечну остеотомію нижньої щелепи з подальшою дистракцією фрагментів. Найефективнішим з відомих є методи, розроблені на підставі досвіду мирного та військового (Афганістан) часу (М.Б. Швирков, 1985-1990):

остеопластика нижньої щелепи місцевими тканинами (метод 1). Показанням є дефекти щелепи: тіла — до 2,5 см, підборіддя — до 5 см. Створюють контакт фрагментів для виникнення кісткового регенерату з їх підготовкою та компресією, дистракцію починають через 7—12 діб після створення кісткового контакту, дозрівання регенерату 1—2 міс. Темп дистракції регенерату — 1 мм/добу;

— невільна остеопластика нижньої щелепи (мал. 179) (метод 2, 1-й варіант). Показання: дефекти тіла, підборіддя, кута нижньої щелепи довжиною до 5—12 см. Остеотомія може бути виконана через 5—7 діб після травми. Етапи: 1) остеотомія та накладання КДА; 2) очікування кісткового регенерату (7—12 діб), дистракція до контакту фрагментів; 3) підготовка країв фрагментів та їх зрощення (ретенційний період);

— невільна остеопластика нижньої щелепи (мал. 180) (метод 2, підварі- ант). Показання: дефект переднього відділу до 3—8 см. Але відламки потрібно адаптувати оперативно, видалити

кісткову мозолю та рубці. Етапи: 1) остеотомія, накладання КДА, підготовка країв кістки та зведення фрагментів;

2) очікування появи кісткового регенерату (7—12 діб), дистракція фрагментів;

— невільна остеопластика нижньої щелепи (мал. 181) (метод 3): Показання: дефекти тіла, підборіддя розміром до 17 см. Етапи: 1) остеотомії щелепи, накладання КДА; 2) дистракція фрагментів (через 7—12 діб); 3) контакт і підготовка країв відламків; 4) дистракція нового регенерату, ретенція двох перших регенератів; 5) ретенційний період;

— невільна остеопластика нижньої щелепи (мал. 182) (метод 4). Показання: дефекти гілки та суглобового відростка нижньої щелепи завдовжки до 8-12 см.

Слід зазначити, що поперечна остеотомія щелепи передбачає неодмінний збіг темпу дистракції фрагментів із темпом росту кісткового регенерату. Якщо темп дистракції перевищить темп росту регенерату, то трапиться розрив регенерату із формуванням дефекту кістки. Навпаки, повільний темп дистракції спричинить зрощення фрагментів із загибеллю зони росту регенерату, передчасною його мінералізацією та виходом дистракційного апарата з тканин.

Запобігти зазначеним можливим ризикам та не надто контролювати збіг темпів дистракції фрагментів щелепи та росту регенерату дозволяє:

метод комбінованої остеотомії нижньої щелепи для подальшої дистракції фрагментів. Він передбачає поперечну остеотомію альвеолярного відростка щелепи та площинну її тіла на величину, більшу за необхідну дистракцію щелепи (В.О. Маланчук). Це забезпечує більш високий темп дистракції фрагментів, поділ дистракційного діастазу між фрагментами на 2 малих об'єми, у кожному з яких дистракційний остеогенез перебігає швидше та надійніше, а також можливість проведення швидкої дистракції на регенерат, а кісткових фрагментів з їх подальшим остеосинтезом;

— метод усунення дефекту гілки та суглобового паростка нижньої щелепи є також ефективним (В.О. Маланчук). Показання: дефекти гілки та суглобового відростка нижньої щелепи завдовжки до 8—12 см. Етапи:

1) комбінована остеотомія щелепи – поперечна альвеолярного паростка та площинна – тіла щелепи з формуванням трансплантата за формою та розмірами майбутньої нової гілки щелепи, накладання КДА; 2) загоєння післяопераційної рани (5-7 діб), дистракція та переміщення фрагмента тіла щелепи в нове положення, на місце її гілки; 3) ретенційний період для мінералізації кісткового регенерату.

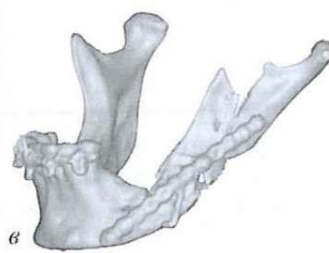
Важливо, що площинна остеотомія тіла нижньої щелепи на довжину, більшу за необхідну величину переміщення кісткового фрагмента дає змогу провести дистракцію не кісткового регенерату, а кісткових фрагментів, та після закінчення їх дистракції провести другу операцію – відкриття рани, співставлення фрагментів та їх остеосинтез. Така методика дозволяє не тільки швидше отримати необхідний результат лікування, а й уникнути ризиків, пов'язаних із необхідністю контролювати швидкість росту регенерату та темп його дистракції з метою запобігання ускладненням.

Слід зазначити, що дистракційний метод є складним у виконанні, особливо при усуненні дефектів нижньої щелепи. Він потребує високої професійної майстерності хірургів, достатнього технічного оснащення клініки, певного рівня репаративних можливостей організму хворого та значного досвіду лікарів.

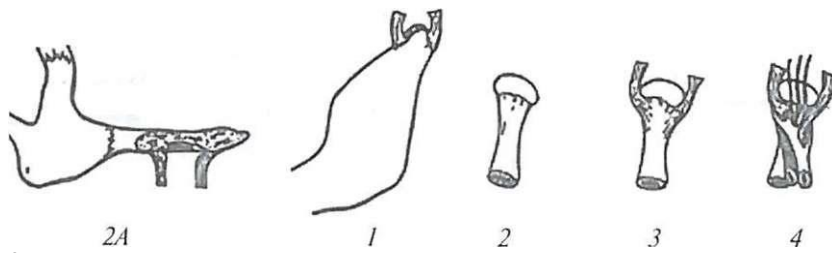
6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

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

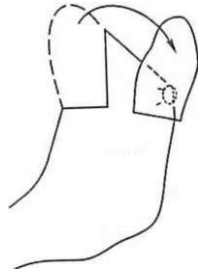
1. Опишіть малюнок:



2. Опишіть малюнок:



3. Дайте опис малюнку:



Б. Задачі для самоконтролю:

1. Пацієнтці, 40 років, проведено операцію видалення амелобластоми нижньої щелепи справа шляхом резектування нижньої щелепи з екзартикуляцією до рівня зуба 35. Проведено одночасну первинну кісткову пластику ортотопічним ліофілізованим гомотрансплантатом нижньої щелепи. Пацієнтці до операції було накладено бімаксиллярні шини з зачіпними гачками. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Загоєння первинним натягом. Функціональний та косметичний ефекти через два місяці оцінювалися як задовільні. Чим пояснюється вибір ортотопічного гомотрансплантату?

(Відповідь: немає необхідності виконувати операцію по забору автотрансплантату, що зменшує об'єм операційної травми, аллотрансплантат має форму щелепи, тобто буду збережено нормальний контур обличчя, що дає задовільний косметичний ефект після операції).

2. Пацієнту, 22 років, з приводу дефекту кута нижньої щелепи, розміром до 6 см виконано операцію відновлення щелепи гребенем клубової кістки, яку отримали у пацієнта. Який це вид трансплантації?

(Відповідь: автотрансплантація).

3. Пацієнтка, 20 років, звернулася у клініку зі скаргами на дефект тіла нижньої щелепи. Планується операція по заміщенню дефекту кістковим трансплантатом від близнюка. Який це вид трансплантації?

(Відповідь: ізотрансплантація).

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з однією правильною відповіддю ($\alpha=II$):

1. Сегментарні дефекти нижньої щелепи:

- A. центральні;
- B. серединні;
- C. ангулярні;
- D. субтотальні;
- E. суглобового відростку нижньої щелепи.

(Правильна відповідь: E).

2. Темп distraкції фрагментів кістки має збігатися з:

- A. темпом росту кісткового регенерату;
- B. темпом утворення остеоцитів;
- C. темпом утворення остеобластів;
- D. темпом утворення остеокластів;
- E. I фазою остеогенезу.

(Правильна відповідь: A).

3. Дефекти гілки, кута та тіла нижньої щелепи розміром до 10—12 см усувають:

- A. філатовським стеблом;
- B. зустрічними трикутними клаптями;
- C. ротаційними клаптями;
- D. вільним аутологічним кістковим трансплантатом;
- E. силіконовими імплантатами.

(Правильна відповідь: D).

Г. Навчальні завдання 3-го рівня (нетипові завдання):

1. Пацієнт, 35 років, звернувся в клініку зі скаргами на утруднене вживання їжі, невиразність мовлення, деформацію нижнього відділу обличчя справа. З анамнезу відомо, що два роки тому отримав вогнепальне поранення нижнього відділу щічної ділянки справа, лікувався у шпиталі. Рана м'яких тканин повністю зарубцювалася, однак залишився дефект в ділянці нижньої щелепи справа. З перенесених захворювань зазначає дитячі інфекції. При огляді на шкірі виявляється втягнутий рубець у правому під нижньощелепному трикутнику, рухомий. Відкриття рота вільне, однак має місце порушення прикусу через зміщення фрагментів нижньої щелепи праворуч. При рентгенологічному дослідженні нижньої щелепи виявлено дефект тіла нижньої щелепи справа розміром 3-3,5 см у ділянці відсутніх зубів 45, 46. Краї кісткових фрагментів склерозовані та зміщені.

1. Складіть план лікування пацієнта.

2. Які вимоги необхідно виконати для зниження вірогідності відторгнення кісткового трансплантату?

(Відповідь: 1. план лікування: клініко-рентгенологічне дослідження, з'ясувати стан пульпи зубів, які межують з дефектом нижньої щелепи справа; аналіз стану м'яких тканин у ділянці дефекту нижньої щелепи справа, чи достатньо місця для створення гарного ложа кісткового трансплантату; вирішити питання звідки взяти кістковий трансплантат; якому методу фіксації фрагментів нижньої щелепи надати перевагу. 2. для успішного лікування слід забезпечити добре виражену муфту м'яких тканин, ложе для трансплантату; раціональну фіксацію фрагментів нижньої щелепи з гарним післяопераційним доглядом пацієнтів. Спостереження у динаміці впродовж 1 -1,5 місяців.).

2. Пацієнт, 55 років, звернувся у клініку з метою подальшого лікування. З анамнезу відомо, що 5 років тому була проведена радикальна операція з приводу видалення злоякісної пухлини у ділянці альвеолярного відростку нижньої щелепи справа. Дефект м'яких тканин щічної ділянки справа було закрито філатовським стеблом.

1. Які відомості з анамнезу слід уточнити.

2. Які додаткові методи обстеження слід провести.

3. Від чого залежить план лікування?

4. Які протипоказання існують для кістково-пластичних операцій?

(Відповідь: 1. чи була проведена променева терапія та її доза. 2. клініко-рентгенологічне обстеження. 3. план лікування залежить від з'ясування загального стану пацієнта (клінічний аналіз крові, сечі, флюорографія грудної клітки) 4. За наявності дефекту у ділянці альвеолярного відростку нижньої щелепи справа питання про кісткову пластику може бути проблематичним за наявності важкої супутньої патології з урахуванням віку пацієнта та перенесеної променевої терапії, що значно знижує регенераторні властивості організму, а також за наявності будь-яких патологічних процесів у ділянці операції (запалення, рецидив пухлини та ін.) Кісткова пластика не проводиться за нестачі м'яких тканин для ложа трансплантату.).

3. Пацієнту, 35 років, десять років тому була проведена операція видалення пухлини у ділянці нижньої щелепи зліва, після якої залишився дефект тіла нижньої щелепи зліва. Фрагменти змістилися у зустрічному напрямку, рухомі. Кісткова пластика не проводилась, тому що пацієнт мав захворювання шлунково-кишкового тракту. Лікувався в гастроентеролога. У даний час звернувся з проханням провести кістково-пластичну операцію у ділянці тіла нижньої щелепи зліва.

1. Складіть план додаткового обстеження та лікування.

2. Назвіть особливості догляду та харчування пацієнтів у післяопераційному періоді.

(Відповідь: 1. необхідне обстеження у гастроентеролога, клініко-рентгенологічне обстеження у ділянці дефекту нижньої щелепи зліва для виключення рецидиву пухлини. При плануванні операції кісткової пластики необхідно визначення справжнього розміру дефекту, а також вибір трансплантату та метод фіксації фрагментів нижньої щелепи. 2. пацієнти після кістково-пластичних операцій на нижній щелепі потребують спеціального трубочного калорійного харчування (3000 Ккал) + 800 мг аскорбінової кислоти щоденно. Слід рясно зрошувати порожнину рота розчинами антисептиків, водою 5-6 разів на день.

7. ЛІТЕРАТУРА

Основна література:

1. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия: учебник; В 2т. – Т.2/ В.О.Маланчук, И.П.Логвиненко, Т.О.Маланчук, О.Л. Циленко – К.: ЛОГОС, 2011. – С. 54-60.

2. Челюстно-лицевая хирургия: учебник / О.О. Тимофеев. – К.: ВСВ «Медицина», 2011. – С. 65-70.
 3. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство / под редакцией А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭотар-медиа, 2010. – С. 54-67.

Додаткова література:

1. Бондарь в.С. Кожная пластика плоскими стеблями. - Алма-Ата, Наука, 1982.-С. 100-121.
2. Безруков в.М., Ипполитов в.П., Лурье т.М. Восстановленная хирургия челюстно-лицевой области. Сб. трудов ЦНИИС. - М., 1995. – С. 167-189.
3. Каламкарров х.А., Рабухина н.А., Безруков в.М. Деформации лицевого черепа.-М.: Медицина, 1984.- С. 67-89.
4. Косметические операции лица Под редакцией проф. Н.М. Михельсона. - М.: Медицина, 1965.- 251с.
5. Кручинский г.В. Пластика ушной раковины. - М.: Медицина, 1975. - 176 с. Лимберг а.А. Планирование местнопластических операций. - Л.: Медгиз, 1963.- С. 456-474.
6. Лясников в.Н., Лепилин а.В. Внутрикостные стоматологические имплантаты. - Саратов: Изд. сарат. рвеквг ун-та, 1997. – С. 23-34.
7. Мессина в.М. Первичная кожная пластика при травме мягких тканей лица. - М.: Медицина, 1970.- С. 27-38.
8. Михельсон н.М. Восстановительные операции челюстно-лицевой области. - М.: Медгиз, 1962.-С. 67-89.

№ 18. Деформації верхньої щелепи: етіологія, патогенез, класифікація, клініка, діагностика, лікування.

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ:

Деформації верхньої щелепи в практичній діяльності хірурга - стоматолога спостерігаються досить часто. Диференційна діагностика деформацій верхньої щелепи, іноді вимагає значних знань таких патологічних проявів.

- 2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:** 1.1. Аналізувати етіологічні фактори, які сприяють виникненню деформації верхньої щелепи. 1.2. Пояснювати особливості клінічного перебігу деформації верхньої щелепи. 1.3. Запропонувати план обстеження хворого з деформацією верхньої щелепи. 1.4. Класифікувати деформації верхньої щелепи. 1.5. Трактувати принципи діагностики деформації верхньої щелепи. 1.6. Створювати графологічну схему теми. 1.7. Проаналізувати результати лабораторних та інструментальних обстежень. 1.8. Зіставте алгоритм дій лікаря під час клінічного обстеження хворого з деформацією верхньої щелепи.

3. БАЗОВИЙ РІВЕНЬ ПІДГОТОВКИ.

Назви попередніх дисциплін	Набуті навички
1. Топографо-анатомічна анатомія.	1. Визначити пошкоджену анатомічну ділянку.
2. Загальна хірургія.	2. Описувати історію хвороби пацієнтів з деформацією верхньої щелепи.
3. Внутрішні хвороби	3. Встановлювати діагноз деформації верхньої щелепи.
4. Фармакологія.	4. Призначити схему медикаментозного лікування пацієнтів з деформацією верхньої щелепи
5. Рентгенологія.	5. Визначити необхідний для хворого метод обстеження.

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. Деформація лицевого черепа	- це порушення морфологічних і функціональних співвідношень елементів кісток обличчя, їх естетичних пропорцій, форми, розмірів, розташування кісткових відділів.

4.2. Теоритичні питання до заняття: 1. Визначити пошкоджену анатомічну ділянку. 2. Описувати історію хвороби пацієнтів з деформацією верхньої щелепи. 3. Встановити деформації верхньої щелепи 4. Призначити план лікування хворим з деформацією верхньої щелепи

4.3. Практичні роботи, завдання які виконуються на занятті: 1. Провести огляд з деформацією верхньої щелепи.

5. Організація змісту навчального матеріалу.

Верхня щелепа відрізняється складною анатомічною будовою, що впливає на клінічні прояви порушень та методи їх усунення. Це наявність конторфорсів верхньої зони обличчя та верхньої щелепи(вертикальних, горизонтальних), мала кількість кісткової речовини, відсутність ендосальних артерій, близькість важливих органів(зору, ЦНС, Нюху, верхніх дихальних шляхів), низький репаративний потенціал кісткових клітин – остеосинтез відбувається основним чином метапластичним шляхом.

Класифікація деформацій лицевого черепа ВООЗ(1975):

1. Макро- та мікрогнатія верхньої щелепи.
2. Асиметрія щелепи: верхньощелепна прогнатія; верхньощелепна ретрогнатія.

Зазначена класифікація описує не всі наявні клінічні ситуації, оскільки реальна їх кількість значно більша.

Клінічна картина і лікування деформацій верхньої щелепи різноманітні. Показання до їх усунення є: порушення форми та функції верхньої щелепи, естетичні дисгармонії з порушенням вигляду обличчя людини.

Існують абсолютні протипоказання до хірургічного лікування аномалій верхньої щелепи: некомпенсовані загальні захворювання організму, порушення процесів регенерації кісткової тканини, системні захворювання пародонта, пухлини щелепно-лицевої ділянки, супутні психічні захворювання тощо.

До відносних протипоказань можна віднести вроджену і набуту адентію, гострі і хронічні запальні процеси, в ділянці коренів зубів і тіла верхньої щелепи, при носових пазух. Симптоматичні захворювання пародонта, ураження опорних для назубних апаратів зубів карієсом і його ускладнення.

Серед деформацій верхньої щелепи частіше спостерігаються мікрогнатія (ретрогнатія), мікрогнатія зі звуженням зубних рядів, прогнатія(макрогнатія), відкритий прикус тощо.

Мікрогнатія (ретрогнатія)

Характеризується недорозвиненням верхньої щелепи або її розташуванням більш назад відносно основи черепа. Розвивається внаслідок вродженої або набутої (у період росту кісток) адентії, вродженого незрощення верхньої губи і піднебіння та перенесеного оперативного втручання (неадекватними оперативними методами).

Пацієнти скаржаться на деформацію обличчя, утруднене носове дихання, неясну вимову звуків, погане розжовування їжі.

Клінічна картина: недорозвинення і западання середньої зони обличчя, верхня губа ніби западає, носова перегородка зміщена назад, між центральними різцями верхньої та нижньої щелепи є сагітальна щілина (до 0,5-1 см), прикус порушений, верхні різці вистоять уперед, нижні різці коронками зміщені назад, моляри щелеп не збігаються. Носове дихання дещо утруднене.

Рентгенографічно: ретропозиція верхньої щелепи на фоні нормально розвинену тої з нормальним положенням нижньої щелепи, тіло верхньої щелепи може бути недорозвинутим. Вивчення моделей щелепи- пре молярний та молярний індекси можуть бути нормальними або дещо зменшеними, фігурно-горбкових контактів між зубами недостатньо, вони є аномалій ними.

Рівень деформації верхньої щелепи частіше визначають локальний зубо-альвеолярний, рідше – верхньощелепний, що вимагає переважно втручань в межах нижньої половини верхньої щелепи та її альвеолярного відростка.

Лікування мікрогнатії: мікрогнатія (ретрогнатія) – консервативне та оперативне.

Консервативне :(ортодонтичне) є показаним при незначних клінічних формах деформації, коли невеликою зміною нахилу передніх різців можна досягти ортогнатичного прикусу, переміщення вперед верхньої губи і носової перегородки, поліпшення вигляду обличчя. Утім таке переміщення є найефективнішим лише в період росту лицевого черепа.

Ортодонтичне: лікування передбачає виготовлення зубних протезів з другим зубним рядом, який розташований перед власними зубами і має за мету досягнення естетичного вигляду передніх зубів верхньої щелепи шляхом створення ілюзії їхнього прравельного положення, а також переміщення вперед верхньої губи і носа.

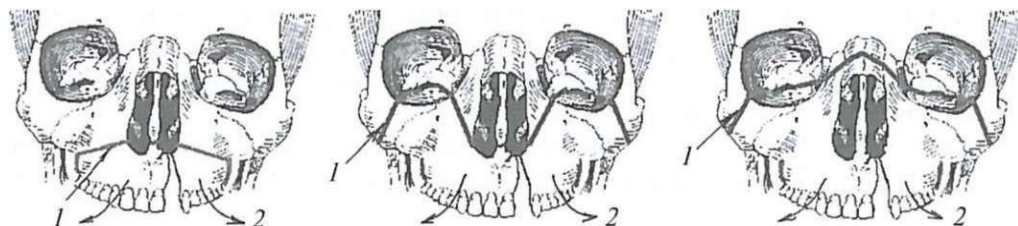
Хірургічно – ортопедичне: лікування передбачає видалення передніх зубів розташованих позаду нижніх зубів з наступним виготовленням незнімного або знімного зубного протеза з досягненням достатньої функції та естетики. Додатково для цього методу застосовують контурну пластику при ротової зони. Утім, зазначені способи не є патогенетичними, а тому не завжди ефективні.

Хірургічні способи: запропоновано багато способів мікрогнатії та ретрогнатії, однак усі вони передбачають головне нормалізацію положення і розмірів верхньої щелепи та прикусу, вигляду

обличчя. Г.І. Семенченко (1960-1964) запропонував виконувати через горизонтальні розрізи по перехідній складці остеотомію верхньої щелепи за ФОР I з переміщенням щелепи вперед. Однак горизонтальні розміри та одномоментне переміщення щелеп вперед без одночасної кісткової пластики не забезпечує нормальної регенерації кістки в зоні операції та утримання щелепи в потрібному положенні.

Тому В.М. Безруков (1980) розробив фігурні розрізи передньої поверхні верхньої щелепи з установленням після її переміщення кісткових трансплантатів між горбом верхньої щелепи і крилоподібними відростками, на спинці носа для поліпшення зрощення фрагментів та запобігання післяопераційному зміщенню щелеп в попереднє положення.

Згодом було запропоновано багато методик остеотомії верхньої щелепи за ФОР I, в тому числі: фігурних розпилів кістки для збігу переміщених фрагментів кісток, фіксації їх накістковими міні пластинами тощо.



Прогнатія (макрогнатія) верхньої щелепи

Макрогнатія має, як правило, вроджений характер, проявляється наприкінці чи після завершення росту кісток лицевого черепа і може бути самостійним станом або супроводжуватися порушеннями форми нижньої щелепи.

Пацієнти скаржаться на естетичні недоліки, надмірно велику верхню щелепу, утруднене відкушування та вживання їжі.

Клінічно визначається вистояння вперед верхньої губи та передніх зубів різного ступеня вираженості, сагітальна щілина між різцями обох щелеп, порушення прикусу.

Обстеження пацієнта є типовим, головна роль належить рентгенографічним методам дослідження.

Рентгенографічно — надмірний розвиток усіх відділів верхньої щелепи, переднього відділу щелепи або переднє положення нормально розвинутої верхньої щелепи.

Лікування залежить від того, яка саме форма макрогнатії та її ступінь має місце у пацієнта.

Надмірний розвиток переднього відділу верхньої щелепи, який виражений помірно, усувають хірургічно-ортодонтичним способом: видаляють 14 та 24 зуби, виконують кортикотомію альвеолярного відростка на рівні цих зубів із наступним з 12— 14-ої доби ортодонтичним лікуванням (Г.І. Семенченко).

Можна також виконати вертикальну остеоектомію альвеолярного відростка одночасно з видаленням 14 та 24 зубів та горизонтальну остеотомію переднього відділу верхньої щелепи за Фор 1 з одночасним переміщенням остеотомованого блоку назад і остеосинтезом фрагмента в новому положенні (Г.І. Семенченко).

Прискорити переміщення передніх зубів верхньої щелепи назад після видалення 14 та 24 зубів та кортикотомії альвеолярного відростка можна застосуванням компресії фрагментів щелепи назубними компресійними апаратами на металевих коронках з гвинтами (В.І. Куцевляк).

Зазначені способи забезпечують переміщення переднього відділу верхньої щелепи назад лише на величину ширини видалених зубів, тобто на 5—6 мм, що не завжди відповідає вимогам клінічного випадку.

Переміщення всієї верхньої щелепи назад при її загальній гіперплазії доцільно проводити за методом Л. Крекманова (1992). Для цього видаляють 18 та 28 зуби, виконують резекцією альвеолярного відростка в ділянці видалених зубів, чим звільняють місце для переміщення верхньої щелепи назад, потім проводять горизонтальну остеотомію щелепи за Фор I.

Мікрогнатія(ретрогнатія).

До вказаної вже нижче клінічної картини додасть складний компонент звуження зубних рядів верхньої щелепи ,а саме звуження зубної дуги верхньої щелепи у вигляді так званої «талії» верхньої щелепи, що проявляється вираженим зближенням премолярів обох сторін щелепи.

Форма піднебіння може бути готичною, сагітальна щілина між різцями верхньої та нижньої щелепи може сягати 1,5 см, прикус дезадаптований.

Рентгенографічно — недорозвинення і ретропозиція верхньої щелепи різного ступеня. Вивчення моделей за Поном свідчить про значне зменшення премолярного та молярного індексів.

Рівень деформації верхньої щелепи при звуженні зубних рядів частіше буває верхньощелепним або із залученням всієї середньої зони обличчя, рідше зубо-альвеолярним, що вимагає більших за обсягом хірургічних втручань порівняно з лише мікрогнатією — переміщення верхньої щелепи вперед з обов'язковим розширенням зубної дуги.

Лікування передбачає комплексне застосування хірургічних, ортопедичних та ортодонтичних методів, хоча деякі автори використовують лише ортодонтичне та ортопедичне лікування, яке є не завжди ефективним.

Консервативні, або ортодонтично-ортопедичні методи передбачають розширення зубної дуги різними ортодонтичними апаратами з наступним протезуванням зубів. Вони є ефективними лише при незначних звуженнях та ретропозиції верхньої щелепи.

Комбіновані хірургічно-ортодонтично-ортопедичні передбачають використання різних хірургічних методів операцій (1-й етап лікування), хоча ортодонтичні та ортопедичні методи (2-й етап лікування) є досить сталими.

До 1-й групи операцій відносять:

Компактостеотомія, кортикотомія верхньої щелепи (А.Т. Титова) передбачає створення в альвеолярному відростку щелепи отворів або пропилів кістки в місцях, які мають перебудуватися під впливом ортодонтичного апарата і де мають переміщуватися зуби.

Через 10—14 днів після операції, коли загоюється рана і в кістці після запалення відбуватимуться процеси регенерації, тобто міцність кістки буде меншою, починають ортодонтичне лікування заздалегідь виготовленим апаратом. Після досягнення потрібної або можливої форми зубної дуги апарат служить як ретенційний, після чого виготовляють зубні протези. Цей метод працює лише при зубо-альвеолярному рівні недорозвинення верхньої щелепи.

Остеотомія виличних дуг, тобто частини контрфорсів середньої зони обличчя (Г.І. Семенченко та співавт.), усуває опір цих природних анатомічних утворень. Після операції, коли зберігається кісткове незрощення альвеолярного відростка верхньої щелепи, ортодонтичне лікування (розширення та переміщення верхньої щелепи) стає більш ефективним та швидким.

Остеотомія виличних дуг і зовнішнього краю очної ямки, тобто всіх важливих контрфорсів середньої зони обличчя, окрім носового, на якому тримається під час лікування середня зона обличчя (Г.І. Семенченко та співавт.). Це забезпечує ще ефективніше та надійніше переміщення ортодонтичними апаратами фрагментів середньої зони обличчя в правильне положення.

Ці дві зазначені методики дозволяють отримати переважно розширення кісток при деформаціях на верхньощелепному рівні та на рівні середньої зони обличчя, а переміщення щелепи вперед досягнути ортодонтичним шляхом можна не завжди.

Операції 2-ої групи забезпечують переміщення верхньої щелепи вперед. Виділяють дві основні групи операцій — остеотомії та дистракційний метод

Остеотомія верхньої щелепи. Виконують, як правило, симетричну остеотомію верхньої щелепи на рівні Фор I, II або III, відділяють її від прилеглих кісток, переміщують уперед, а в кісткові проміжки вводять кісткові трансплантати, що запобігають можливому зміщенню кісткового блоку, який перемістили в попереднє положення та сприяють зрощенню переміщеного й базового фрагментів кісток.

Утім, слід зазначити, що одночасні остеотомії та дисграційний метод хоча і є високоефективним, однак не забезпечують розширення зубної дуги верхньої щелепи, що зумовило подальший розвиток нових методів лікування.

Операції 3-ої групи передбачають одночасне переміщення верхньої щелепи вперед та розширення зубної дуги. Залежно від рівня, переважної локалізації та ступеня деформації виконують симетричні або несиметричні остеотомії щелепи та кісток середньої зони обличчя, бажано через підслизові тунелі для збереження кровообігу в переміщуваних фрагментах кісток та їх життєздатності.

Остеотомія верхньої щелепи за ФОР I, II або III з одночасним переміщенням її вперед і розширенням зубної дуги на рівні незрошення альвеолярного відростка щелепи. Операція показана при вторинних деформаціях верхньої щелепи, твердого піднебіння зі звуженням зубних рядів на рівні незрошення альвеолярного відростка, які виникли після радикальної ураностафілопластики. Після остеотомії та переміщення верхньої щелепи вперед, уведення в класичні місця і фіксації кісткових трансплантатів, проводять розширення альвеолярного відростка на потрібну величину (її визначають за прикусом).

Фіксують досягнуте положення фрагментів альвеолярного відростка на- зубними фіксаторами, формують між фрагментами альвеолярного відростка м'якотканинне ложе, вводять у нього автокістковий трансплантат з нижньої щелепи, чим фіксують досягнуте положення фрагментів, і рану ушивають. Через 1—3 міс. після операції, що зумовлено місцевим станом, починають ортодонтичне лікування.

Коли є і звуження, і деформація зубного ряду, показана остеотомія верхньої щелепи за ФОР I, II або III, переміщення її вперед з розширенням альвеолярного відростка щелепи після його фрагментації. Після переміщення вперед і фіксації блока кісток середньої зони обличчя розширюють альвеолярний відросток верхньої щелепи в ділянці його незрошення, потім виконують од-дві-три вертикальні остеотомії її альвеолярного відростка.

Відкритий прикус.

Відкритий прикус – це стан наявності між верхніми та нижніми різцями вертикальної щілини і вони при стані закритого рота не контактують між собою.

У найтяжчих випадках контактують між собою лише крайні моляри. Інколи спостерігається також бічний відкритий прикус.

Поширеність відкритого прикусу від 0,9 до 7,4 %, у середньому — 4,5 % від усіх зубо-щелепних деформацій у дітей. Причини — спадковість, рахіт у дитячому віці, великий язик, ендокринні порушення, шкідливі звички, патологія верхніх дихальних шляхів та інші причини

Відкритий прикус має 4 основні форми:

- 1) деформація (недорозвинення) переднього відділу верхньої щелепи;
- 2) деформація (гіперплазія) дистального відділу верхньої щелепи;
- 3) деформація (недорозвинення) переднього відділу нижньої щелепи;
- 4) деформація обох щелеп.

Клінічна картина: видовжена, як правило, нижня третина обличчя, губи натягнуті і можуть не змикатися, верхня губа дещо вкорочена, рот відкритий і видно зуби, між верхніми та нижніми зубами розташований язик, носо-губна складка є згладженою, підборіддя масивне, кут нижньої щелепи сягає 140—150° та більше. Відстань між різцями досягає 10—12 мм і більше, альвеолярні відростки переднього відділу щелеп зазвичай недорозвинуті та короткі, зубні дуги деформовані, аномалійне положення окремих зубів.

Рентгенографічно може відзначатися вкорочення склепіння черепа зі зміщенням верхньощелепного комплексу назад, збільшення кута нижньої щелепи.

Електроміографічно — зниження активності жувальних м'язів, мимічних м'язів та язика, можливе збільшення активності приротових м'язів. Є порушеними функції жування, дихання та мовлення.

За величиною вертикальної та горизонтальної щілини (по протяжності) між зубами виділяють 3 ступені відкритого прикусу:

- 1-й — вертикальна щілина до 2 мм, горизонтальна щілина між зубами в межах лише фронтальних зубів, різців та іклів;
- 2-й — вертикальна щілина до 3—5 мм, горизонтальна щілина — в межах від різців до премоларів;
- 3-й — вертикальна щілина більше 5 мм, горизонтальна щілина в межах від різців до моларів (17—47 та 27—37 зубів);
- 4-й — деформація обох щелеп.

Лікування залежить від величини, причини розвитку відкритого прикусу, віку пацієнта тощо. Воно передбачає загальне та місцеве лікування хірургічними і консервативними методами — ортодонтичним (до- або післяопераційним) та ортопедичним (за показаннями).

Основні методи лікування відкритого прикусу:

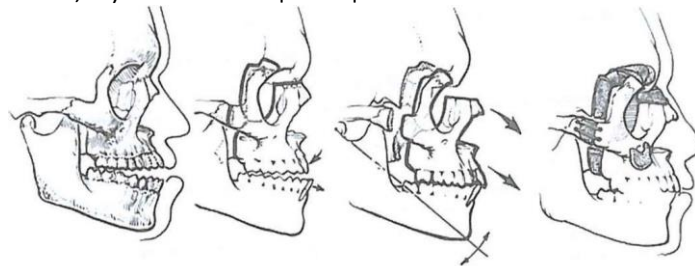
— Консервативне, ортодонтичне — є ефективним і показаним лише гіри невиражених його формах, у період росту і розвитку лицевого черепа; хірургічне та післяопераційне ортодонтичне, ортопедичне — застосовують переважно після закінчення росту лицевого черепа.

Хірургічне лікування передбачає поліпшення умов для ортодонтичного лікування або оперативне відновлення прикусу, зокрема переміщення недорозвинutih частин альвеолярних відростків щелеп разом із зубами до забезпечення їхнього контакту між собою, або нормалізацію форми та розмірів однієї чи обох щелеп з відновленням прикусу. Основних операцій, які забезпечують зазначене, розроблено декілька:

Локальна кортикотомія та компактостеотомія. їх виконують перед ортодонтичним лікуванням. На межі здорового та недорозвинutого відділу альвеолярного відростка щелепи створюють часті дірчасті дефекти кістки або проводять розсічення кортикальних пластинок щелеп. Після загоєння ран, через 10—14 днів починають ортодонтичне лікування, тобто зведення альвеолярних відростків разом із верхніми та нижніми зубами ортодонтичними апаратами. Зведення зубів разом із фрагментами альвеолярного відростка можна проводити і дистракційним методом.

Реконструктивні операції на щелепах показані при деформації однієї або обох щелеп. На верхній щелепі виконують, як правило, остеотомії на рівні Фор I, переміщують фрагмент щелепи у правильне положення та фіксують. На нижній щелепі найуживанішими є площинні остеотомії в ділянці її кута на основі методу Даль-Понт. Проведення одночасних двощелепних остеотомій вимагає фіксувати мобільний фрагмент нижньої щелепи по переміщеному в правильне положення фрагменту верхньої щелепи, що виконують із застосуванням назубної капи, яка фіксує проміжне положення зубних рядів.

Якщо недорозвинення та ретропозиція верхньої щелепи є дуже вираженими, поширюються на кістки носа, всю виличну ділянку, зовнішню та верхню стінку очної ямки або поєднуються із відкритим прикусом, годі потрібно проводити остеотомії середньої зони обличчя на середньому та верхньому рівнях (ФОР II, III) або навіть ще вище.



Мал. 161. Остеотомія середньої зони лицевого черепа з ділянками лобової кістки з переміщенням їїого вперед-униз та кістковою пластикою для усунення кісткових діастазів

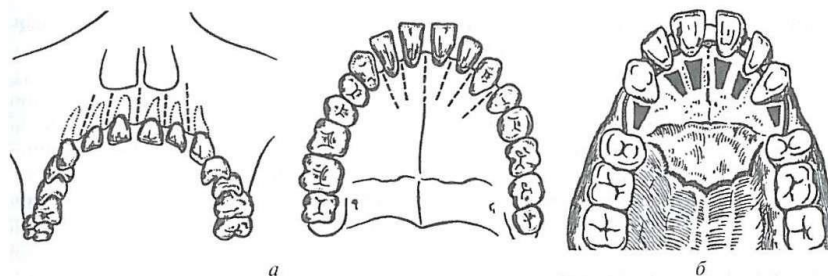
Такі операції виконують із двобічного вінцевого доступу, бором або осцилюючою пилкою проводять остеотомії навколо очної ямки, потім — внутрішньоротові, крилоподібно-верхньощелепного шва, переміщують кістковий блок середньої зони обличчя у необхідне положення, фіксують досягнуте положення кістковими автотрансплантатами та металевими фіксаторами, після чого рани ушивають. Утім, необхідно зазначити, що такі втручання є тривалими, травматичними, супроводжуються високим ступенем крововтрати та вимагають високого рівня медичного забезпечення. Результати лікування відкритого прикусу зазвичай є позитивними.

Протрузія зубів.

Відкритий прикус потрібно відрізнити від протрузії (переміщення і нахилу вперед коронок) передніх верхніх зубів, що простежується частіше, ніж протрузія передніх нижніх зубів. Причинами виникнення цієї деформації можуть бути шкідливі звички, спадкові фактори, захворювання періодонта, травматичні ушкодження щелеп тощо.

Перед проведенням хірургічного лікування слід ретельно обстежити хворого для виключення впливу системних факторів і з'ясування стану кістки в ділянці локальної деформації альвеолярних відростків щелеп, наявності достатнього місця в щелепі для зміщених уперед зубів, якщо їх необхідно перемістити в зубну дугу. Для цього застосовують класичні методи — вивчення рентгенограм, моделей щелеп, прикусу та ін.

Виділяють три основні методи лікування протрузії зубів — ортодонтичний, хірургічний та комбінований. Ортодонтичний метод із застосуванням назубної або назубо-ясенної апаратури є ефективним при незначному зміщенні коронки зуба вперед, при цьому як опору використовують багатокоронні (моляри) або внутрішньокісткові ортодонтичні імпланти.



Мал. 162. Кортикотомія (а) міжзубних кісткових перегородок та остеоектомії (б — за Біхлмасером) при протрузії передніх верхніх зубів

Хірургічний метод самостійно застосовують досить рідко видаляють по одному зубу з кожного боку щелепи (частіше 4 зуби), виконують П-подібну остеотомію переднього відділу щелепи, зміщують фрагмент щелепи разом із зубами в правильне положення і фіксують на період загоєння кістки в ділянках остеотомії.

Комбінований хірургічно-ортодонтичний метод є вживаним найчастіше. Після відшарування слизово-окісного клаптя або з підслизових тунелів бором виконують кортикотомію остеоектомію кісткових міжзубних перегородок у ділянці зміщених зубів.

Після загоєння рани ортодонтичним апаратом переміщують зуби в правильне положення, при цьому переміщення зубів у правильне положення відбувається значно швидше, ніж без попередньої хірургічної підготовки, але ретенційний період потребує стандартних термінів і контролю надійності утримання зубів у новому положенні.

Аналогічно лікуванню протрузії зубів на верхній щелепі проводять лікування протрузії зубів на нижній щелепі, де особливості лікування обумовлені іншою анатомічною будовою щелепи та її специфічними функціональними спроможностями.

Атрофія обличчя (хвороба Ромберга)

Атрофія обличчя — захворювання, яке характеризується атрофією тканин певної однієї або кількох ділянок обличчя, що призводить до анатомічних, функціональних, естетичних порушень та пов'язаних з ними наслідками. Хворіють переважно пацієнти віком 15—40 років, при цьому жінки хворіють частіше — до 80 % усіх випадків хвороби.

Етіологія захворювання досі повністю не визначена. Вважають, що до атрофії та зменшення об'єму тканин різних відділів обличчя призводять нейрогуморальні порушення, у тому числі нервової трофіки внаслідок причин центральної або периферичної дії.

До таких причин відносять різні види порушення внаслідок дії тих відділів центральної або периферичної нервової системи, які безпосередньо стосуються іннервації тканин обличчя, щелепно-лицевої ділянки. Частіше відзначають ураження V—VII пари черепно-мозкових нервів.

Зумовлюють захворювання неврити з порушенням регіональної трофіки, травми черепа і периферичних нервів, що можуть виникнути випадково або під час хірургічних операцій, різні нейроінфекції та енцефаліти, у тому числі вірусні, різні дистрофічні процеси в діенцефалічних відділах вегетативної нервової системи, автоімунні ураження нервової системи тощо.

Слід зазначити, що атрофія обличчя може бути або синдромом ураження центральної нервової системи, або самостійним захворюванням. У неврології аналогічні за етіологією захворювання мають назву бічний аміографічний синдром, хвороба Ромберга.

Патогенез: унаслідок порушення нейрогуморальної трофіки певного відділу обличчя відбуваються процеси атрофії всіх тканин, які є в ділянці ураження шкіри, клітковини, м'язів, залоз, кісток тощо. Має місце уповільнення росту та розвитку тканин. Виникає одно-, двобічна деформація обличчя, асиметрія, при цьому межі атрофії тканин визначаються досить чітко та відповідають межах іннервації тканин конкретним нервом.

Темп розвитку захворювання швидкий або повільний. Фаза стабілізації процесу, коли він клінічно вже не прогресує, виникає зазвичай після закінчення гормональної перебудови та статевого розвитку організму хворого.

Класифікація. За локалізацією: 1) одностороння (геміатрофія — одностороння); 2) двостороння.

Двосторонню атрофію за локалізацією та ступенем зон ураження поділяють на симетричну і несиметричну.

Можуть ушкоджуватися всі відділи однієї половини обличчя або деякі, не всі його частини, що визначають як сегментарну або часткову атрофію відповідної половини обличчя.

За прогресуванням процесу виділяють фазу прогресування та фазу стабілізації.

За віком пацієнтів, коли розвиваються основні ознаки захворювання, які змушують уперше звертатися по допомогу: 1) у дітей (у період росту лицевого черепа); 2) у дорослих (після закінчення періоду росту лицевого черепа).

Слід зазначити, що у віці 17 років та більше у людей виникає необхідність вирішувати питання організації особистого життя, тому пацієнти, переважно жінки, надають лікуванню та нормалізації зовнішнього вигляду обличчя дуже великого значення.

Пацієнти скаржаться на викривлення, асиметрію обличчя, різний «об'єм» обличчя, утруднене вживання їжі, різний вигляд шкіри, психологічні проблеми тощо.

Якщо захворювання виникло в період росту лицевого черепа, то ріст кісток порушується і додатково можна визначити те, що верхньощелепна кістка, очна ямка і верхньощелепна пазуха менші в розмірах; нижня щелепа має вкорочене, недорозвинуте тіло і гілку, підборіддя зміщене в уражений бік; прикус порушений через деформацію щелеп, але адаптований (частіше глибокий); деякі зуби можуть бути аномалійно розташованими, скупченими тощо.

Диференціальну діагностику проводять з багатьма процесами, серед яких: вроджені вади (синдроми зябрових дуг тощо); системні ураження сполучної тканини (склеродермія, дерматоміозит), ліподистрофія, м'язова кривошия та ін.

Обстеження пацієнтів є типовим і полягає у з'ясуванні стану всіх задіяних органів і тканин. Виконують окрім загальних клінічних методів додаткові: рентгенографічні методи дослідження кісток (ортопантомограма, телерентгенограми черепа в прямій та бічній проекціях із розшифровкою, оглядово-рентгенограма нижньої щелепи та ін.); ехоостеометрію (визначає щільність кісток); фотографії та моделі обличчя; електроміографію жувальних м'язів; вивчають властивості шкіри її еластичність, рухомість, колір, кровопостачання (за допомогою реографії, термографії буде термічна асиметрія обличчя), іннервацію (за рівнем шкірної чутливості); вивчають стан зубів, прикусу за моделями щелеп (в артикуляторі); дані електроенцефалографії можуть показати порушення функції гіпоталамо-мезенцефальних утворень тощо. Бажано також провести КТ-дослідження, 3D-реконструкцію мозкового і лицевого черепа, створити стереолітографічні моделі для чіткішого вивчення місцевого статусу та планування лікування. За потреби проводять МРТ і МРТ-3D дослідження.

Необхідними є консультації невропатолога, нейрохірурга, ендокринолога, терапевта, інших спеціалістів.

Лікування хворого залежить від фази захворювання, віку пацієнта, його соціального статусу і сімейного стану, ступеня місцевих порушень тощо.

У фазі прогресування хвороби призначають, як правило, консервативне лікування, спрямоване на поліпшення стану нервової системи, трофіки тканин ураженої ділянки, яке

4.5. Види самостійної роботи студентів.

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

1.1. Клінічні прояви деформацій верхньої щелепи. 1.2. Методи лікування хворих з деформаціями верхньої щелепи.

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

2.1. До особливостей анатомічної будови верхньої щелепи відносять? А. Наявність контрофорсів, мала кількість кісткової речовини. В. Відсутність контрофорсів. С. значна кількість кісткової речовини. D. наявність ендосальних артерій. E. Відсутність тригерних зон. (Правильна відповідь: А)

2.2 Які методи лікування деформацій верхньої щелепи ви знаєте: А. Консервативні. В. Ортопедичні. С. Хірургічно-ортопедичні. D. Хірургічні. Е. Всі перераховані вище. (Правильна відповідь: Е)

2.3. Які додаткові методи обстеження при деформації верхньої щелепи ви запропонуєте А. Рентгенографія. В. Загальний аналіз крові. С. Огляд. D. Електроенцефалографія. Е. Пальпація. (Правильна відповідь: А)

3. Тестові завдання з множинним вибором:

3.1. Протипоказанням до хірургічного лікування аномалій верхньої щелепи є ? А. Загальні захворювання організму В. Порушення процесів регенерації кісткової тканини. С. Системні захворювання пародонта. D. Пухлини щелепно-лицевої ділянки. Е. Захворювання статевих органів. (Правильна відповідь: А,В,С,Д)

3.2. Показаннями до усунення деформацій верхньої щелепи є: А. Порушення форми та функції верхньої щелепи. В. Наявність зон Куркова. С. Наявність больових точок Вале. D. Естетичні дисгармонії з порушенням вигляду обличчя Е. Гострі, різучі, нападаподібні болі в ділянці потилиці. (Правильна відповідь: А, Д.)

3.3. При мікрогнатії характерним є наступне порушення прикусу: А. Верхні різці вистоять уперед. В. Нижні різці коронками зміщені назад. С. Моляри щелеп не збігаються D. Між центральними різцями верхньої і нижньої щелепи сагітальна щілина Е. Нижні різці коронками зміщені вперед (Правильна відповідь: А, В,С,Д).

4. Задачі для самоконтролю:

4.1. На прийом до лікаря звернувся пацієнт зі скаргами на деформацію обличчя, утруднене носове дихання, неясну вимову звуків, погане розжовування їжі. Об'єктивно: недорозвинення і западання середньої зони обличчя, верхня губа ніби западає, носова перегородка зміщена назад, між центральними різцями верхньої та нижньої щелепи наявна сагітальна щілина. Встановіть правильний діагноз. (Відповідь: Мікрогнатія)

4.2. На прийом до лікаря звернувся пацієнт зі скаргами на естетичні недоліки, надмірно велику верхню щелепу, утруднене відкушування та вживання твердої їжі. Клінічно визначається вистояння вперед верхньої губи та передніх зубів, сагітальна щілина між різцями обох щелеп. Встановіть правильний діагноз. (Відповідь: Прогнатія)

4.3. При огляді пацієнта відмічається наступна клінічна картина: рубцева деформація верхньої губи, вкорочення м'якого піднебіння, звуження зубної дуги верхньої щелепи у вигляді так званої «талії», сагітальна щілина між різцями верхньої та нижньої щелепи 1,5 см. Встановіть правильний діагноз. (Відповідь: Мікрогнатія, що поєднується зі звуженням зубних рядів)

4.6. Перелік індивідуальних завдань (якщо їх виконання при вивченні даного модуля передбачено робочою навчальною програмою з дисципліни).

1 Провести огляд пацієнтів з деформацією верхньої щелепи. 2. Скласти план лікування хворим з деформацією верхньої щелепи.

4.8. Перелік теоретичних питань до підсумкового модульного контролю (з типової навчальної програми). 1. Класифікація деформацій верхньої щелепи 2. Методи обстеження хворих з деформацією верхньої щелепи 3. Клінічні прояви деформацій верхньої щелепи. 4. Методи лікування пацієнтів з деформацією верхньої щелепи.

4.9. Перелік практичних завдань та робіт до підсумкового модульного контролю (з типової навчальної програми). Програмою не передбачено.

7. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2т. – Т2 / В.О Маланчук, П.І Логвіненко, О.Л Ціленко – К. : ЛОГОС, 2011 – С. 3-4.

2. Ускладнення травматичних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки: навч. мед. посібник закладів 4 рівня акредитації та інтернів-стоматологів / Рибалов О.В., Ахмеров В.Д. – Полтава: ТОВ.

№ 19. Дефекти верхньої щелепи: етіологія, класифікація, клініка, діагностика, суть методів лікування і показання до них.

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ: велике значення у житті будь-якої людини відіграє обличчя, яке віддзеркалює внутрішній світ людини, настрій, емоції, функції організму тощо. Тому дефекти та деформації обличчя можуть порушувати психологічний стан людини, її самооцінку, соціальну

адаптованість працездатність та ін. Невелика кількість людей здатна тривалий час витримувати психо-емоційне напруження та не дозволяти наявному фізичному дефекту або деформації негативно впливати на їх життя. Тому значення реконструктивно-відновної, естетичної та пластичної хірургії у нівелюванні таких станів має велике значення. Стоматолог будь-якої спеціалізації повинен знати особливості перебігу таких станів та вміти надавати адекватну допомогу цьому контингенту хворих.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Запропонувати класифікацію дефектів верхньої щелепи.
- 2.2. Пояснювати особливості етіології та патогенезу дефектів верхньої щелепи.
- 2.3. Запропонувати методи діагностики дефектів верхньої щелепи.
- 2.4. Класифікувати додаткові методи обстеження, які використовуються для діагностики дефектів верхньої щелепи.
- 2.5. Скласти план диференціальної діагностики дефектів верхньої щелепи.
- 2.6. Скласти план лікування пацієнта із дефектами верхньої щелепи.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, УМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (МІЖДИСЦИПЛІНАРНА ІНТЕГРАЦІЯ)

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Пропедевтика внутрішніх хвороб	Демонструвати навички обстеження пацієнта по органах і системах. Описувати загальний статус пацієнта. Демонструвати навички по інтерпретації даних додаткових методів обстеження. Скласти план лікування пацієнта з дефектом верхньої щелепи.
2. Хірургічні хвороби	Описувати історію хвороби пацієнта з дефектом верхньої щелепи.
3. Оперативна хірургія і топографічна анатомія	Застосовувати знання по хірургічній анатомії голови та шиї. Зобразити схематично методику оперативного втручання при наданні допомоги пацієнтам з дефектами верхньої щелепи. Демонструвати навички по накладанню різних видів швів при проведенні оперативних втручань у пацієнтів з дефектами верхньої щелепи.

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. Дефект - (від лат. defectus) -	вада, псування, пошкодження, ненормальність, відхилення, патологія.
2. Трансплантат (transplantatum; лат. transplanto пересаджувати)	ділянка тканини чи орган, який використовують для трансплантації

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Етіологія та патогенез дефектів верхньої щелепи.
2. Основні клінічні ознаки дефектів верхньої щелепи.
3. Послідовність обстеження загального і місцевого статусу пацієнта з дефектом верхньої щелепи
4. Хірургічні методи лікування дефектів верхньої щелепи.

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

1. Провести опитування пацієнта з дефектом верхньої щелепи.
2. Провести обстеження пацієнта з дефектом верхньої щелепи.
3. Скласти план обстеження пацієнта з дефектом верхньої щелепи.
4. Інтерпретувати результати додаткових методів обстеження (лабораторних, клінічних, біохімічних, спеціальних).
5. Визначити основні принципи лікування пацієнта з дефектом верхньої щелепи.
6. Скласти план лікування пацієнта з дефектом верхньої щелепи.

7. Оформити медичну документацію.

8. Підібрати інструментарій, необхідний для проведення оперативного втручання з приводу дефекту верхньої щелепи.

9. Намалювати схему оперативного втручання при дефектах верхньої щелепи.

5. ЗМІСТ ТЕМИ:

Класифікацій дефектів верхньої щелепи багато, найуживанішою є класифікація ВМА (Військово-медична академія, Санкт-Петербург, 1978), в якій виокремлено такі клінічні ситуації:

II. Часткові дефекти: 1. Одно-, двобічні. 2. Двобічні (переднього відділу щелепи; у бічному відділі; заднього відділу; ізольовані дефекти піднебінних відростків).

A. За наявності зубів.

Б. За відсутності зубів.

III. Повні однобічні дефекти:

1. Ізольовані дефекти верхньої щелепи. 1. Ізольовані дефекти верхньої щелепи.

2. Дефекти, що поєднуються з деформаціями інших відділів: за наявності сполучення з порожниною носа; без сполучення з порожниною носа.

A. За наявності зубів на здоровій верхній щелепі.

Б. За відсутності зубів на здоровій верхній щелепі.

III. Двобічні дефекти:

1. Неповні (за наявності зубів; за відсутності зубів).

2. Повні (без дефекту м'яких тканин; з дефектами м'яких тканин).

A. За наявності сполучення з порожниною носа.

Б. За відсутності сполучення з порожниною носа.

Клінічна картина. Клінічні прояви дефектів верхньої щелепи різноманітні й зумовлені етіологією дефекту, величиною і локалізацією ділянок втрати кістки і м'яких тканин, наявністю сполучення порожнини рота з порожниною носа, з верхньощелепною пазухою, кількістю і розташуванням уцілілих зубів, загальним станом хворого (мал. 184).

Обстеження пацієнтів з дефектами верхньої щелепи є типовим, однак чим більший за величиною дефект, тим повніше та ретельніше потрібно обстежувати пацієнта, особливо регенераторні можливості тканин (мал. 185). Необхідно провести КТ, КТ-3D, МРТ, створити стереолітографічні моделі щелеп і її відсутнього фрагмента.

Лікування хворих з дефектами верхньої щелепи хірургічне. Воно залежить від багатьох факторів, серед яких важливими є локалізація і розмір дефекту, стан прилеглих м'яких тканин, загальний стан пацієнта, стан зубів і прикусу, стан верхньощелепної пазухи та порожнини носа, активність гіри-щелепних м'язів, язика, стан слизової оболонки порожнини рота тощо.

Застосовують такі хірургічні методи лікування:

1. пластику місцевими м'якими тканинами (при малих дефектах, ороантральних та ороназальних сполученнях);

2. пластичне усунення дефектів перенесеними м'якими тканинами (клапоть язика, стебло Філатова, артеріалізовані клапті, клапті на мікросудинним анастомозах);

3. кісткову пластику разом із м'якими тканинами (пластика місцевою кісткою, вільні кісткові автотрансплантати, пластика консервованою кісткою);

4. дистракційне усунення дефектів верхньої щелепи;

5. використання металевих, штучних каркасів з кістковим щеченем та штучними або природними матеріалами, що заміщують кістку.

Інколи застосовують комбіновані методи усунення дефектів верхньої щелепи.

Показання та техніка усунення дефектів верхньої щелепи.

1. Дефекти альвеолярного відростка щелепи після видалення молярів та наявності ороантрального співустя усувають різними методами.

Пластичне усунення дефекту місцевими м'якими тканинами в один шар м'яких тканин показано при нетривалих, малого розміру ороантральних співустях. Операції проводять з використанням:

- слизової оболонки альвеолярного відростку щелепи: на зовнішній поверхні альвеолярного відростку викроюють трапецієподібний слизово-окісний клапоть, мобілізують його пересічення окістя в ділянці основи, зміщують клапоть на зону дефекту та за умови здорової слизової оболонки

верхньощелепного синусу рану ушивають. За наявності хронічного гаймориту попередньо виконують радикальну гайморотомію;

- слизової оболонки твердого піднебіння: на твердому піднебінні викроюють ящикоподібний клапоть із включенням піднебінної артерії, повертають клапоть, видаляють під ним слизову оболонку між клаптем та дефектом, перекривають дефект клаптем і клапоть фіксують швами;

- модифікація попередньої операції зменшує втрати тканин твердого піднебіння та травматичність операції: виділяють на піднебінній артерії (живильній ніжці) лише передній відділ клаптя, проводять клапоть під слизовою оболонкою піднебіння до дефекту і закривають ним лунку зуба. Рештки піднебінного клаптя (слизову оболонку без артерії) повертають на донорське місце та фіксують швами (Г.І.Семенченко);

- слизової оболонки перехідної складки: операцію виконують аналогічно двом попереднім, але слизово-окісний клапоть викроюють по перехідній складці, потім повертають його на альвеолярний відросток та перекривають ним дефект;

- мостоподібного клаптя альвеолярного відростка за відсутності сусідніх зубів: з дистального (медіального) краю дефекту викроюють мостоподібний клапоть з двома ніжками (на піднебінні та по перехідній складці), переміщують клапоть на зону дефекту та фіксують.

Операції з використанням двох м'якотканинних клаптів показані та можливі за наявності стійкого епітелізованого ороантрального співустя певної давнини та значних розмірів. Для цього використовують:

- прилеглу до дефекту слизову оболонку альвеолярного відростку: викроюють слизово-окісний клапоть за розмірами дефекту з основою до дефекту, відшаровують і повертають його епітеліальною поверхнею у дефект, фіксують на піднебінному боці дефекту, після чого дефект перекривають другим, класичним слизово-окісним клаптем із зовнішньої поверхні альвеолярного відростку, піднебіння чи перехідної складки;

- прилеглу до дефекту слизову оболонку твердого піднебіння: викроюють слизово-окісний клапоть з піднебіння живильною ніжкою до дефекту, відшаровують і повертають його епітеліальною поверхнею у дефект, у напрямку верхньощелепного синусу, фіксують клапоть, а зверху перекривають цей клапоть класичним трапецієподібним клаптем.

Для більш надійного закриття ороантрального співустя слід використовувати два м'якотканинних клаптя з розміщенням між ними біологічних інтерпонентів та засобів оптимізації регенерації кістки, наприклад вільного або на м'якотканинній ніжці автокісткового трансплантата із передньої поверхні (трепанційного отвору) верхньощелепної пазухи, інших авто тканин, кісткових трансплантатів, біологічно активних речовин та ін.

Для збільшення об'єму тканин у ділянці дефекту можна використовувати: зі щоки жировий комок Біша, перекриваючи його слизово-окісним клаптем; вільний кістковий автотрансплантат з передньої поверхні верхньощелепної пазухи; вільний кістковий автотрансплантат на ніжці з окістя та м'яких тканин; слизово-окісно-кістковий декортикат із зовнішньої поверхні альвеолярного відростку ділянки дефекту; консервовані біологічні тканини, в тому числі із заміниками кісткової тканини.

- кістковий автотрансплантат з передньої поверхні верхньощелепної пазухи на ніжці з окістя та м'яких тканин слід брати таким чином: з типового трапецієподібного доступу відшаровують слизово-окісний клапоть до ділянки трепанації передньої стінки пазухи, бором висікають з неї округлої форми кістку без її відшаровування від окістя, після гайморотомії з м'яких тканин клаптя та окістя викроюють м'якотканинну ніжку для кісткового автотрансплантату на ніжці переносять його до дефекту, перекривають кісткою ороантральне співустя, після чого закривають зону операції другим шаром м'яких тканин – трапецієподібним клаптем слизової оболонки та окістя.

- слизово-окісно-кістковий декортикат із зовнішньої поверхні альвеолярного відростку ділянки дефекту готують так: після проведення трапецієподібного розрізу на зовнішній поверхні альвеолярного відростку долотом проводили розщеплення зовнішньої кортикальної поверхні альвеолярного відростка верхньої щелепи в межах лунки видаленого зуба та дефекту, відшаровують трапецієподібний м'якотканинний клапоть із кістковим декортикатом відповідного розміру, проводять типову гайморотомію, після чого перекривають дефект слизово-окісно-кістковим декортикатом та ушивають рану.

2. Пластичне усунення дефектів верхньої щелепи м'якими тканинами (клапоть з язика, стебло Філатова, артеріалізовані клапті, клапті на мікросудинних анастомозах) показане при складних для усунення і великих дефектах кістки та м'яких тканин, наявності значної кількості тканин, змінених рубцями, після травм та численних операцій на піднебінні:

- клапоть з язика: інколи показаний при малих дефектах переднього відділу твердого піднебіння, потребує ретельного проведення операції в плані ушивання рани для максимальної місцевої фіксації кінчика язика, а потім проведення наступної операції по звільненню язика через 2-3 тиж., після загоєння рани, приживлення клаптя і закриття дефекту;

- стебло Філатова застосовують за наявності великих дефектів верхньої щелепи, які виникають переважно після великих резекцій та вогнепальних поранень середньої зони обличчя із втратою прилеглих м'яких тканин. Використовують класичне стебло, сформоване на животі, або «гостре» – з шиї. Метод доволі складний у застосуванні.

- артеріалізовані клапті: їх викроюють на обличчі у ділянці носо-щічних складок, з однієї або з двох сторін. Живлячі судина – лицева артерія, комітантна вена, м'які тканини – шкіра, підшкірна жирова клітковина. після підняття клапті вводять у порожнину рота, переносять на піднебіння через отвір у альвеолярному відростку або через зону його незрощення та використовують для пластичного усунення дефекту. Недолік – видимі рубці на донорській зоні обличчя;

- клапті м'яких тканин на мікросудинних анастомозах: на піднебінні вони мають бути тонкими, а тому для цього можуть бути використані лише променевий клапоть або клапоть з тильної поверхні стопи (можливо з поверхневим шаром кістки). Реципієнтні судини – лицева артерія та вена.

3. Кісткова пластика верхньої щелепи може бути виконана за умови втрати важливих для функції або великих за розміром її ділянок. Такі дефекти виникають переважно після вогнепальних поранень, онкологічних операцій та ін. Використовують такі методи:

3.1. Пластика місцевою кісткою:

- відтворення дистальної частини дна очної ямки. Використовують автологічний вінцевий відросток нижньої щелепи на волокнах скроневого м'язу. Операцію виконують одночасно з резекцією верхньої щелепи, коли є достатній оперативний доступ для анатомічних структур;

- відтворення усього дна орбіти скронеvim м'язом або вінцевим відростком нижньої щелепи із залученням до трансплантату переднього краю гілки нижньої щелепи потрібної для реконструкції довжини. Таким довгим трансплантатом можливо також частково усунути дефект медіальної стінки орбіти, кісток носа. Ранову поверхню трансплантата, звернену у бік резекційної порожнини, перекривають розщепленим вільним шкірним трансплантатом, закріпленим марлеvim тампоном. У іншому операція особливостей від попередньої немає;

- відтворення всього дна орбіти або його частини можна виконувати клаптем тільки з передньої порції скроневого м'язу, фіксуючи його до внутрішньої стінки орбіти, або долучаючи до клаптя зовнішній край кістки латеральної стінки орбіти після його розщеплення фрезою, долотом. Оперативний доступ для цього – вінцевий або місцевий, але з урахуванням ходу лицевого нерва. Слід забезпечити закриття кісткового трансплантата від зовнішнього середовища м'якими тканинами;

- відтворення дна очної ямки проводять кістками бічної стінки носа. Для цього під час резекції верхньої щелепи із збережених кісток бокової стінки носа викроюють кістковий трансплантат на слизовій оболонці носа, мобілізують його та переміщують у ділянку дна орбіти, після чого фіксують до залишків виличної кістки. З тією ж метою за умови відсутності вказаних місцевих можливостей використовують вільне ціле або розщеплене авторебро, яке розташовують між залишками виличної кістки та кістками носа. Для трансплантату слід зробити кісткове ложе з прилеглих м'яких тканин – слизової оболонки щоки, піднебіння й ізолюють трансплантат від резекційної порожнини.

- відновлення альвеолярного відростку дистального відділу верхньої щелепи можна провести трансплантатом з виличної кістки. Для цього у нижніх відділах виличної кістки викроюють кістковий трансплантат за розмірами дефекту, не відшаровуючи від нього волокна власне жувального м'язу, потім волокна його розділяють, створюючи з них ніжку, трансплантат зміщують, уводять між крилоподібним відростком основної кістки та краєм дефекту

альвеолярного відростку верхньої щелепи і фіксують у новому положенні, після чого рану ушивають;

- відновлення альвеолярного відростку обох верхніх щелеп при його втраті проводять авторебром. Трансплантат уводять у збережені після захворювання м'які тканини верхньої губи, щоки або у тканини заздалегідь пересадженого у ділянку дефекту обличчя та розпластаного стебла Філатова і фіксують між залишками крилоподібних відростків основної кістки;

- пластика обличчя мікросудинним трансплантатами з кісткою виконують при дефектах середньої зони обличчя великих розмірів.

4. Дистракційне усунення дефектів альвеолярного відростку верхньої щелепи, дистракція верхньої щелепи назубними апаратами та методами можливе лише у сагітальному напрямку в ділянці альвеолярних відростків щелепи на 8-10 мм. Сучасні хірургічні методи дозволяють усунути такі дефекти одноетапною операцією, тому ці методи використовуються дуже рідко.

Вертикальна дистракція альвеолярного відростку верхньої щелепи показана при значній атрофії та неможливості провести протезування з використанням зубних імплантатів або знімних протезів. Виконують прямокутну остеотомію альвеолярного відростку верхньої щелепи. Перевіряють повне відділення фрагменту від щелепи, на щелепу та фрагмент накладають дистракційний апарат і через 12-14 днів починають вертикальну дистракцію альвеолярного відростку з середнім темпом 0,25-0,33 мм/добу. Ретенційний період триває до одного місяця, регенерат дозріває, апарат знімають і використовують нову кістку для знімного або незнімного протезування.

5. Металеві або штучні каркаси, розсмоктувальні чи нерозсмоктувальні спеціальні мембрани, які утримують у потрібному місці автологічну кісткову стружку, кістковий щепінь, консервовані трансплантати, штучні чи природні матеріали, які заміщують кістку, використовують для локального відтворення та збільшення об'єму кістки перед зубним протезуванням, переважно для подальшого уведення в цю зону щелепи дентальних імплантатів.

Ортопедична підготовка пацієнта до операції, подальшого лікування та реабілітації полягає у виготовленні заздалегідь моделей щелеп та обличчя, підготовці obturaційного резекційного протезу-апарату.

До таких протезів-апаратів належать: знімні протези з потовщеним базисом, знімні протези з obturaційною ділянкою на дефект або зону верхньощелепного синусу, лицеві протези відділів обличчя з фіксацією на окулярах або внутрішньо кісткових імплантах.

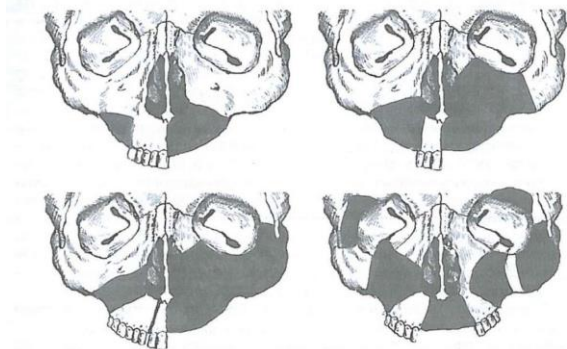
Дефекти контрфорсів середньої зони обличчя.

Дефекти контрфорсів середньої зони лицевого черепа виникають після переломів його кісток і санації кісткової рани, розсмоктування малих відламків кісток у ділянці перелому, видалення великих доброякісних пухлин і пухлиноподібних утворень, секвестрації при остеомієліті верхньої щелепи. Усувають ці дефекти методом кісткової пластики.

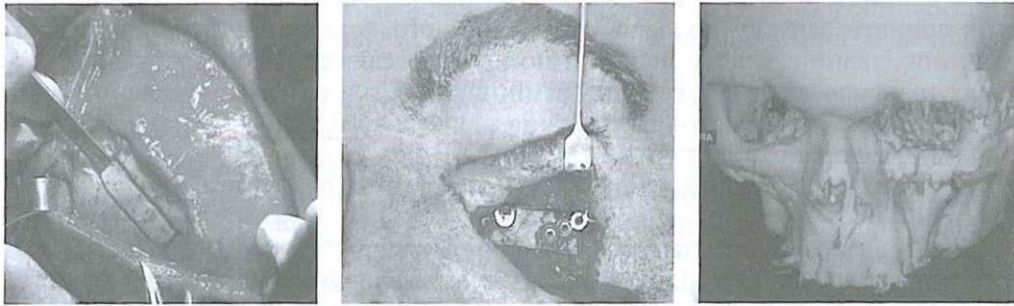
6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Завдання для самоконтролю:

1. Опишіть малюнок:



2. Опишіть малюнок:



3. Дайте опис малюнку:



Б. Задачі для самоконтролю:

1. Пацієнтці, 40 років, проведено операцію видалення масивної пухлини правої верхньої щелепи необхідно замінити дефект трансплантатом. Який матеріал доцільно застосувати?

(Відповідь: автогенний).

2. Пацієнту, 32 років, з приводу дефекту верхньої щелепи, розміром до 6 см виконано операцію відновлення щелепи гребнем клубової кістки, яку отримали у пацієнта. Який це вид трансплантації?

(Відповідь: автотрансплантація).

3. Пацієнтка, 20 років, звернулася у клініку зі скаргами на потрапляння вмісту ротової порожнини під час вживання їжі у ніс. Дефект верхньої щелепи виник після травматичного видалення 25, 26 зубів. Об'єктивно: має місце ороантральне співустя до 2,5 см в діаметрі з грубо зміненими краями дефекту. Який метод закриття співустя слід використати?

(Відповідь: для більш надійного закриття ороантрального співустя слід використати два м'якотканинних клаптя з розміщенням між ними біологічних інтерпонентів та засобів оптимізації регенерації кістки).

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з однією правильною відповіддю ($\alpha=II$):

1. Вторинна кісткова пластика після резекції верхньої щелепи проводиться через:

- A. 10 днів;
- B. 1-2 місяці;
- C. 3-4 місяці;
- D. 6-8 місяців;
- E. 1-1,5 року.

(Правильна відповідь: D).

2. Показанням для проведення первинної кісткової пластики є дефект верхньої щелепи після:

- A. періоститу;
- B. секвестрэктомії;
- C. після променевої некрэктомії;
- D. видалення злоякісних пухлин;
- E. видалення доброякісних пухлин.

(Правильна відповідь: D).

3. Показанням для проведення вторинної кісткової пластики є дефект верхньої щелепи після:

- A. секвестрэктомії;
- B. вроджених деформацій щелеп;
- C. видалення злоякісних пухлин;
- D. видалення доброякісних пухлин;
- E. рарифікуючого періоститу

(Правильна відповідь: С).

Г. Навчальні завдання 3-го рівня (нетипові завдання):

1. Пацієнтка, 37 років, звернулася в клініку зі скаргами на утруднене вживання їжі, невиразність мовлення, деформацію середньої зони обличчя зліва. З анамнезу відомо, що три роки тому була видалена хондрома лівої верхньої щелепи в межах 23 - 27, після чого проведено лікування у щелепно-лицевому відділенні обласної лікарні. З перенесених захворювань зазначає хронічний правобічний гайморит. При огляді – має місце асиметрія обличчя за рахунок западання тканин лівої щічної ділянки. Відкривання рота вільне, прикус не визначається. При рентгенологічному дослідженні лівої верхньої щелепи виявлено дефект розміром 3-3,5 см у ділянці відсутніх зубів 23-27. Краї кісткових фрагментів склерозовані та зміщені.

1. Складіть план лікування пацієнта.

2. Які вимоги необхідно виконати для зниження вірогідності відторгнення кісткового трансплантату?

(Відповідь: 1. план лікування: клініко-рентгенологічне дослідження, з'ясувати стан пульпи зубів, які межують з дефектом лівої верхньої щелепи; аналіз стану м'яких тканин у ділянці дефекту лівої верхньої щелепи, чи достатньо місця для створення гарного ложа кісткового трансплантату; вирішити питання звідки взяти кістковий трансплантат; якому методу фіксації фрагментів верхньої щелепи надати перевагу. 2. для успішного лікування слід забезпечити добре виражену муфту м'яких тканин, ложе для трансплантату; раціональну фіксацію фрагментів верхньої щелепи з гарним післяопераційним доглядом пацієнтів. Спостереження у динаміці впродовж 1 -1,5 місяців.).

2. Пацієнт, 49 років, звернувся у клініку зі скаргами на болі у правій половині обличчя, на сукровичне виділення з правої половини носа з неприємним запахом. Болі з'явилися три місяці тому. За медичною допомогою не звертався. Больові відчуття долав вживанням великої кількості анальгетиків. Виділення та запах з'явилися 2-3 тижні тому. Після огляду у порожнині рота визначається виражена рухомість інтактних жувальних зубів правої верхньої щелепи та незначна деформація альвеолярного відростку та горба правої верхньої щелепи.

1. Поставте попередній діагноз.

2. Проведіть його обґрунтування.

3. Які додаткові дослідження слід провести для підтвердження діагнозу?

4. Складіть план лікування.

(Відповідь: 1. рак правої верхньої щелепи. 2. тривалість захворювання, локалізація, симптоматика, болі, рухомість зубів, виділення з носу та специфічний запах дозволяють припустити рак правої верхньої щелепи. Місцевий статус відповідає розповсюдженню процесу з зовнішньо-заднього сегменту верхньощелепного синусу. 3. рентгенологічне та морфологічне дослідження. 4. 1 – провести передопераційну променевою терапію; 2- виготовити протез-обтуратор на верхню щелепу; 3 – провести половинну резекцію верхньої щелепи справа з одночасним видаленням лімфатичного апарату шії справа; 4 – післяопераційний курс променевої терапії; 5 – реабілітаційні заходи у післяопераційному періоді.).

3. Пацієнту, 23 років, десять років тому була проведена четверта операція щодо закриття дефекту у передньому відділі піднебіння. Бажаного ефекту не досягнуто. При огляді – у передній частині твердого піднебіння наявний дефект до 3 см в діаметрі, тканини навколо дефекту рубцево змінені. З анамнезу відомо, що пацієнт має виразкову хворобу шлунку. Останні п'ять років користувався обтюратором. У даний час звернувся з проханням провести кістково-пластичну операцію у ділянці дефекту піднебіння.

1. Складіть план додаткового обстеження та лікування.

2. Назвіть особливості догляду та харчування пацієнтів у післяопераційному періоді.

(Відповідь: 1. необхідне обстеження у гастроентеролога, клініко-рентгенологічне обстеження у ділянці дефекту піднебіння. При плануванні операції необхідно визначити справжнього розміру дефекту, а також вибір місця для формування стебла Філатова та кількість етапів переміщення стебла до зони дефекту. 2. пацієнти після таких операцій (на завершальному етапі) потребують спеціального трубчатого калорійного харчування (3000 Ккал) + 800 мг аскорбінової кислоти щоденно. Слід рясно зрошувати порожнину рота розчинами антисептиків, водою 5-6 разів на день.

7. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2т. – Т.2/В.О.Маланчук, І.П.Логвіненко, Т.О.Маланчук, О.Л.Ціленко – К.: ЛОГОС, 2011. – С. 3-4, 24-27.
2. Рузин Г.П. Краткий курс лекций по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Геннадий Петрович Рузин – Киев: «Книга плюс», 2006 – С. 98 - 156.

Додаткова література:

1. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия: Руководство для врачей / Под ред. проф. В.Н.Балина и проф. Н.М.Александрова. 4-е изд., доп. и испр. – СПб.: СпецЛит, 2005. – С. 34-39.
2. Щелепно-лицева хірургія: підручник / О.О.Тімофєєв. – К.: ВСВ «Медицина», 2011. – С. 287-304.
3. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство / под ред. А.А.Кулакова, Т.Г.Робустовой, А.И.Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 – С. 328-466.

№ 20. Дистракційно-компресійні методи лікування дефектів і деформацій кісток лицевого черепу.

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Застосування приладів компресійно-дистракційної дії в травматології, зокрема, при лікуванні пошкоджень щелепно-лицевої ділянки дає змогу успішно відновлювати анатомічну цілісність щелеп та їх функцію в випадках, коли інші способи лікування є неефективними.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1.Аналізувати принципи дії компресійно-дистракційних апаратів.
- 2.2.Пояснювати механізм утворення кісткової мозолі під впливом компресії відламків кістки.
- 2.3.Запропонувати план лікування хворого за допомогою компресійно-дистракційного методу.
- 2.4.Класифікувати апарати для лікування переломів кісток лицевого черепа за характером дії.
- 2.5.Трактувати механізм репозиції відламків кісток за допомогою дистракційних апаратів.
- 2.6.Малювати схему зміщення відламків внаслідок дії жувальних м'язів при різних видах переломів.
- 2.7.Проаналізувати результати лікування переломів за допомогою компресійно-дистракційного методу.
- 2.8.Скласти план обстеження хворого перед застосуванням дистракційно-компресійного методу лікування.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Нормальна фізіологія.	Знати механізм регенерації кісткової тканини.
2. Гістологія.	Знати гістологічну будову кістки.
3. Ортопедична стоматологія.	Знати основи щелепно-лицевого протезування.
4. Пропедевтика хірургічної стоматології.	Вміти провести курацію хворого.

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. Дистракція.	Це механічний вплив на відламки в двох протилежних напрямках.
2. Компресія.	Це механічний вплив на відламки в зустрічному напрямку з метою утворення тиску в ділянці перелома.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Класифікація апаратів для компресійно-дистракційного остеосинтезу.
2. Механізм дії компресійно-дистракційних апаратів.
3. Вплив компресії на тип загоєння кісткової рани.
4. Переваги та недоліки компресійно-дистракційного остеосинтезу.

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

5. ЗМІСТ ТЕМИ:

При лікуванні переломів кісток, механічний вплив на відламки за показаннями може бути здійснений в напрямі їх зближення під тиском (компресія) або, навпаки, в протилежних напрямках з ціллю їх розведення (дистракція).

Доведено, що компресія відламків в ділянці перелома має позитивний вплив на загоєння кісткового дефекта, скорочуючи строки лікування. Сама по собі компресія не прискорює остеосинтез, але за умови точного співвідношення відламків, оптимізує утворення кісткової мозолі. При цьому мозоль формується лише в лінії перелома, не відбувається її надмірного утворення на поверхні кістки, як це має місце при зміщенні відламків. Інакше кажучи, здійснюється первинне кісткове загоювання.

У випадку застарілого перелома зі зміщенням відламків, коли ручна репозиція неефективна або взагалі неможлива внаслідок формування фіброзної мозолі, виникає необхідність поступового розведення відламків за рахунок тяги в протилежні боки. Після цього здійснюють постійну фіксацію за допомогою ортопедичних або хірургічних методів.

За характером дії апарати розподіляють на дистракційні, компресійні та змішаної дії, за методом фіксації – внутрішньо- та позаротові.

Дистракцію використовують, також, в випадках коли необхідно «розтянути» певну ділянку щелепи (частіше верхньої), наприклад, при лікуванні мікрогнатії. При цьому за допомогою бора наносять в шаховому порядку отвори компактної платівки щелепи, після чого фіксують на щелепі апарат дистракційної дії.

Таким чином, показаннями до компресійно-дистракційного методу будуть: складні переломи щелеп зі значним зміщенням відламків, хибний суглоб, сповільнена консолидація, переломи ускладнені остеомієлітом, необхідність подовження кістки.

До переваг методу можна віднести такі як:

- вплив на кістку поза місцем пошкодження;
- точне з'єднання відламків з можливістю первинного загоєння та скорочення терміну лікування;
- можливість руху в суглобі і раннього навантаження на щелепу;
- можливість подовження кістки;
- можливість лікування хибного суглобу компресією;
- можливість амбулаторного лікування.

Основними недоліками метода є його складність та можливість післяопераційних інфекційних ускладнень.

В загальній травматології класичним прикладом компресійно-дистракційного апарату є апарат Ілізарова.

В щелепно-лицевій хірургії як приклад апарату дистракційної дії можна привести апарат Катца, запропонований автором для лікування переломів нижньої щелепи при наявності дефекту кістки та дистракційно-компресійний апарат Грозовського.

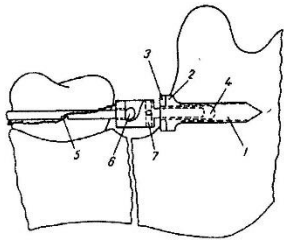
Ці апарати виготовляють лабораторним способом та фіксують на зубах за допомогою металевих коронок, що значно ускладнює процес лікування. Серед сучасних методик можна навести апарат Кононенко-Рузіна, що являє собою гвинт всередині якого є канал з різьбою, в який вкручений циліндр з отворами під ключ. Гвинт вкручують в малий відламок щелепи в ретромоларній ділянці після чого з'єднують його з назубною дротяною шиною яку фіксують на зубах. Обертаючи циліндр за допомогою ключа за годинниковою стрілкою досягають зведення відламків, а проти годинникової стрілки – їх розведення. Крім цього застосовують апарат Рудька, модифікований для компресійно-дистракційної дії та апарат Магарилла-Соловйова.

Певної компресії можна досягнути при застосуванні шини Тігерштедта з зачіпними гачками. З цією метою при виготовленні шини між плечима гачків залишають проміжок в 2 – 3 мм. Після дистракції шини на нижній щелепі плечі гачків зводять за допомогою клямпових щипців, за рахунок чого шина скорочується, що призводить до компресії в ділянці перелома.

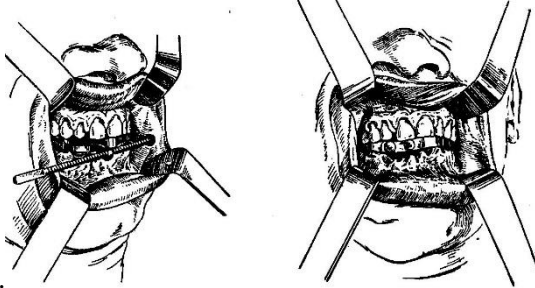
6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

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

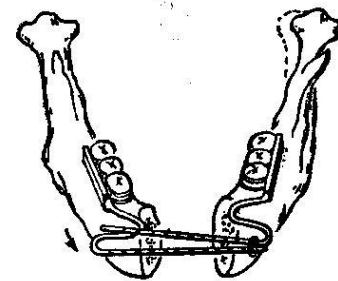
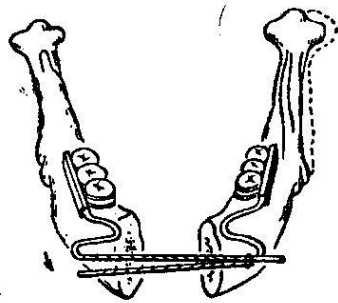
Компресійно-дистракційний апарат Кононенко-Рузіна, зафіксований на нижній щелепі



Апарат А.Л. Грозовского



Апарат Катца



Б. Задачі для самоконтролю:

1. У хворого похилого віку з уповільненою консолидацією перелома кута нижньої щелепи було вирішено застосувати апарат Кононенко-Рузіна. Яка дія апарата має бути використана в даному випадку?

(Відповідь: необхідно задіяти компресійний варіант дії апарату)

2. Пацієнту з мікрогнатією після проведення компактною остеотомією зафіксовано внутрішньоротовий апарат у вигляді піднебінної пластинки, щор складається з двох половин, з'єднаних гвинтом. Яка дія апарата необхідна в цьому випадку для розширення верхньої щелепи?

(Відповідь: необхідна дистракційна дія апарату)

3. До щелепно-лицевого відділення надійшов хворий, який одержав травму нижньої щелепи тиждень тому. Встановлено діагноз: перелом нижньої щелепи в ділянці підборіддя зліва зі значними зміщеннями відламків. Зуби на відламках нерухомі, в достатній кількості для фіксації шини. Чи можна здійснити репозицію тугорухомих відламків за допомогою шини Тігерштедта?

(Відповідь: так; з цією метою на кожний відламок фіксують окрему шину з зачепними гачками и здійснюють гумову тягу в протилежних напрямках. Після розведення відламків їх фіксують однією шиною з зачепними гачками.)

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю ($\alpha=II$):

1. Застосування компресії в ділянці перелома:
- A. Стимулює остеогенез.
 - B. Пригнічує остеогенез.
 - C. Викликає атрофію кістки.
 - D. Не впливає на остеогенез, але створює оптимальні умови для первинного загоєння кістки.
 - E. Викликає гіпертрофію кістки.

(Правильна відповідь: D)

2. Апарати дистракційної дії застосовують:

- A. Тільки при відкритому переломі.
- B. Тільки при закритому переломі.
- C. При переломах без зміщення відламків.
- D. При незначному зміщенні відламків, яке легко усунути.
- E. При значному зміщенні відламків яке не можна усунути ручним способом.

(Правильна відповідь: E)

3. Який з наведених апаратів є за механізмом дії дистракційним:

- A. Апарат Збаржа.
- B. Апарат Рудька.
- C. Апарат Катца.
- D. Апарат Пенна-Брауна.
- E. Апарат Панчохи.

(Правильна відповідь: C)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. На стаціонарне лікування в щелепно-лицеве відділення надійшов хворий з переломом тіла нижньої щелепи зправа. Після клінічного та рентгенологічного обстеження встановлено діагноз «хибний суглоб нижньої щелепи в ділянці тіла щелепи зправа». Складіть план лікування хворого із застосуванням компресійного апарату.

(Відповідь: накладання шини на великий фрагмент, оперативне втручання з метою освіжіння країв відламків, фіксація за допомогою компресійного апарату, наприклад, Кононенко-Рузіна).

2. Хворому з двобічним переломом за нижнім типом Ле Форна планується фіксація зламаної щелепи ортопедичним способом. На обох щелепах збережені всі зуби. Які шини слід обрати і як найпростіше забезпечити компресію відламка?

(Відповідь: назубні шини з зачепними гачками Васильєва або Тігерштедта, підборідна жорстка праща з гумовою тягою до головної шапочки).

7. ЛІТЕРАТУРА:

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2т. – Т.2/В.О.Маланчук, І.П.Логвіненко, Т.О.Маланчук, О.Л.Ціленко – К.: ЛОГОС, 2011. – С. 3-4, 9-12.
2. Рузин Г.П. Краткий курс лекцій по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Геннадий Петрович Рузин – Киев: «Книга плюс», 2006 – С. 100 - 122.
3. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия: Руководство для врачей / Под ред. проф. В.Н.Балина и проф. Н.М.Александрова. 4-е изд., доп. и испр. – СПб.: СпецЛит, 2005. – С. 42-52.
4. Щелепно-лицева хірургія: підручник / О.О.Тімофєєв. – К.: ВСВ «Медицина», 2011. – С. 370-380.
5. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство / под ред. А.А.Кулакова, Т.Г.Робустовой, А.И.Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 – С. 406-416.

№ 21. Підсумкове заняття: «Методи стимуляції регенерації та трансплантації кісткової тканини. Сучасні методи хірургічного лікування дефектів та деформацій кісток лицевого скелету».

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Підсумкове заняття має за мету підведення підсумків вивченого розділу, ліквідацію пробілів у знаннях студентів.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати отримані знання по методиках різних способів стимуляції регенерації кісткової тканини.
- 2.2. Вміти пояснити явища фізіологічної, репаративної та направленої регенерації кісткової тканини.
- 2.3. Запропонувати методи та схеми оптимізації регенерації кісткової тканини.

- 2.4.Класифікувати пошкодження кісток лицевого скелету.
- 2.5.Трактувати основні принципи діагностики ушкоджень кісток лицевого скелету.
- 2.6.Малювати графологічну схему теми.
- 2.7.Аналізувати результати лабораторних та інструментальних досліджень, які вказують на позитивні моменти в проведеному лікуванні хворим по оптимізації стимуляції кісткової регенерації
- 2.8.Вмісти скласти хронологічну схему досягнень вітчизняних вчених, співробітників кафедри, котрі працювали в даному напрямку.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Гістологія, цитологія та ембріологія.	Диференціювати і знати основні види клітин кісткової тканини.
2.Фізіологія.	Знати і вміти пояснювати фізіологічні процеси формування кісткової тканини.
3.Патоморфологія.	Вміти порівняти патологічні типи регенерації та можливі ускладнення процесів на тканинному рівні.
4.Загальна хірургія (з оперативною хірургією та топографічною анатомією).	Визначити анатомічні ділянки пошкодження.
5.Фізична реабілітація, спортивна медицина.	Володіти основними методами іммобілізації кісток лицевого скелету та впливу на направлену регенерацію кісткової тканини.
6.Хірургія.	Володіти навиками дисмургії.
7.Фармакологія.	Призначати схеми медикаментозного стимулювання регенерації кісткової тканини.
8.Радіологія.	Визначити необхідний метод обстеження.

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. Регенерація.	Це відновлення структурних елементів тканини замість втрачених.
2. Травматична хвороба.	Це патологічний процес, що розвивається внаслідок травматичного шоку.
3. Репозиція.	Це співставлення фрагментів кісток.
4. Фіксація.	Це закріплення фрагментів в правильному положенні.
5. Іммобілізація.	Це виведення органу з функції.
6. Фізіотерапія.	З метою реабілітації примінення природних та штучних фізіологічних факторів.
7.Лікувальна та фізична культура (ЛФК).	Це примінення фізичних вправ, природних факторів з лікувально-профілактичними цілями.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Навички обстеження хворого (пораненого) з щелепно-лицевою травмою.
2. Оформлення медичної документації.

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

5.ЗМІСТ ТЕМИ:

Кісткова тканина (textus ossei) – спеціалізований тип сполучної тканини з високою мінералізацією міжклітинної органічної речовини. Кісткова тканина побудована з клітин та міжклітинної речовини.

На момент розвитку кісткової тканини утворюються кістковий диферон: ствові, напівстволові клітини (преостеобласти), остеобласти (різновид фібробластів), остецити. Іншими структурними елементами вважають остеокласти (різновид макрофагів).

Міжклітинна речовина складається з органічного матриксу (20-25%), мінеральної фази (60-70%) та води (15-20%). Органічний матрикс кісткової тканини становить $\frac{3}{4}$ її об'єму та на 90-95% складається з фібрилярного білка колагену I типу, який синтезують остеобласти.

Зовні кістка вкрита окістям, за винятком суглобових поверхонь епіфізів, що вкриті різними видами гіалінового хряща. В окісті, або періості (periosteum) розрізняють два шари: зовнішній (волоконний) та внутрішній (клітинний). Зовнішній шар утворений, переважно, волокнистою сполучною тканиною. Внутрішній шар містить остеогенні камбіальні клітини. Окістя сполучає кістку з оточуючими тканинами та бере участь в її трофіці, розвитку, росту та регенерації.

Компактна речовина складається з кісткових пластинок, що утворюють гаверсові системи.

Розрізняють три види регенерації: фізіологічна, репаративна та патологічна. Фізіологічна регенерація кісткової тканини відбувається протягом всього життя і характеризується постійним відновленням клітин і міжклітинної органічної речовини.

Репаративна, або відновлювальна, регенерація спостерігається при пошкодженні кісткової тканини та направлена на відновлення цілісності та функції кістки.

Багаторічні всебічні дослідження показали, що перебіг репаративної регенерації і формування регенерата має стадійний характер і безпосередньо залежить від загального стану організму та місцевих змін, тканиного метаболізму. Виділяють три типи репаративної регенерації кісткової тканини: десмогенний, хондрогенний та ангіогенний.

Перебіг репаративної регенерації залежить від загального стану організму потерпілого та місцевих умов у ділянці перелому.

До загальних факторів відносять: умови довкілля, умови харчування (хронічне недоїдання, авітаміноз тощо), загальний стан хворого: наявність гострих чи хронічних захворювань, період реконвалесценції, тяжкість травми або множина травма, наявність поєднаних чи комбінованих травм, віковий та гендерний аспекти.

До місцевих факторів, які затримують або порушують процес репаративної регенерації, відносять ступінь ушкодження прилеглих м'яких тканин, судин, нервів, неповне, нестабільне зіставлення відламків, вторинне зміщення їх, необґрунтована часта зміна методів лікування, нестабільний остеосинтез, раннє статичне і динамічне навантаження ангіогенної мозолі.

Про патологічну регенерацію говорять у тих випадках, коли внаслідок тих чи інших причин відбувається спотворення регенеративного процесу, порушення змін фаз проліферації та диференціювання.

Результатом загоєння кісткової рани є кісткова мозоля. Розрізняють наступні види кісткової мозолі: периостальна (зовнішня) мозоля, що формується головним чином за рахунок окістя; ендостальна (внутрішня) мозоля формується в напрямку від ендоста; інтермедіарна мозоля виповнює щілину між компактною речовиною кісткових уламків; параоссальна мозоля формується немов перемичка між фрагментами кістки на місці перелому.

До поєднаних пошкоджень відповідно до термінології прийнятій в загальній травматології, відносять одночасне пошкодження тканин або органів декількох анатомічних областей тіла.

Поєднане пошкодження може бути поодиноким, якщо його нанесено одним раничим агентом, або множинним, якщо раничих агентів було два або більше. У свою чергу множинні пошкодження можуть бути ізольованими, коли пошкодження спостерігаються в одній анатомічній області, нанесені декількома раничими агентами, і поєднаним, коли дві анатомічні області або більш уражені одночасно декількома раничими агентами.

Пошкодження щелепно-лицевої локалізації при поєднаній травмі у більшості потерпілих не є домінуючими, але відіграє значну роль в перебізі і наслідках травми. Саме при ранах м'яких тканин і переломах кісток лицевого скелета частіше, ніж при пошкодженнях інших локалізацій, виникають умови для порушення зовнішнього дихання і подальшого розвитку легеневих ускладнень унаслідок аспірації крові, спинномозкової рідини, відламків кісток, зубів і інших чужорідних тіл. Небезпека розвитку ускладнень такого роду збільшується при поєднанні пошкоджень обличчя з травмами грудної клітини і мозку, що супроводжуються порушенням свідомості, зниженням рефлексів.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Завдання для самоконтролю:

1. Класифікація пошкоджень нижньої щелепи
2. Клініка та діагностика переломів нижньої щелепи.
3. Методи лікування переломів нижньої щелепи.
4. Методи транспортної (тимчасової) імібілізації відламків щелеп.

5. Методи лікувальної (постійної) імобілізації відламків щелеп.
6. Методи консервативного лікування переломів нижньої щелепи.
7. Хірургічні методи лікування переломів нижньої щелепи.
8. Вивихи нижньої щелепи, класифікація.
9. Клініка та діагностика вивихів нижньої щелепи.
10. Методи лікування вивихів нижньої щелепи.
11. Класифікація невогнепальних переломів верхньої щелепи.
12. Лінії слабкості верхньої щелепи.
13. Клінічні ознаки переломів верхньої щелепи.
14. Діагностика переломів верхньої щелепи.
15. Що таке дійсний симптом «окулярів»?
16. Що таке симптом «подвійної плями»?
17. Що таке симптом «крохмальної серветки»?
18. Методи лікування переломів верхніх щелеп.
19. Медикаментозне лікування переломів щелеп.
20. Класифікація невогнепальних переломів кісток носу.
21. Клінічні прояви та діагностика переломів кісток носу.
22. Надання невідкладної допомоги при переломах кісток носу (зупинка кровотечі та ін.).
23. Методи лікування переломів кісток носу.
24. Класифікація переломів виличної кістки та дуги.
25. Клініка та діагностика переломів виличної кістки та дуги.
26. Методи лікування переломів виличної кістки та дуги.
27. Що таке черепно-щелепно-лицева (сполучена) травма?
28. Види сполучених пошкоджень.
29. Пошкодження головного мозку при сполученій травмі, етіопатогенез, класифікація.
30. Що таке «синдром взаємного обтяження»?
31. Діагностика поєднаної травми, методи обстеження потерпілого.
32. Види допомоги при сполучених пошкодженнях.
33. Характер допомоги при сполучених пошкодженнях.
34. Ускладнення, які виникають після сполучної травми.

Б. Задачі для самоконтролю: дивись тестові завдання методичних розробок, що передують семінарському заняттю.

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю (α=Π): дивись тестові завдання методичних розробок, що передують семінарському заняттю.

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі): дивись тестові завдання методичних розробок, що передують семінарському заняттю.

7. ЛІТЕРАТУРА:

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2т. – Т.2/В.О.Маланчук, І.П.Логвіненко, Т.О.Маланчук, О.Л.Ціленко – К.: ЛОГОС, 2011. – С. 91-105, 151-180.
2. Маланчук В.А. Озоно-кислородная терапия в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / В.А.Маланчук, А.В.Копчак. – К., 2004. – С.69-70.
3. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия: Руководство для врачей / Под ред. проф. В.Н.Балина и проф. Н.М.Александрова. 4-е изд., доп. и испр. – СПб.: СпецЛит, 2005. – С. 492-516.
4. Щелепно-лицева хірургія: підручник / О.О.Тімофєєв. – К.: ВСВ «Медицина», 2011. – С. 418-422, 441-442, 449-455.
5. Стоматологія 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.Демяник. – Харків: Торнадо, 2006. – С. 129-138, 147-161.
6. Травматологія і ортопедія: [підруч. Для студентів ВМНЗ III-IV рівнів акредитації] / Є.Т.Скляренко. – К.: «Здоров'я», 2005. – С. 60-69.

№ 22. Хірургічна підготовка порожнини рота до ортопедичного лікування. Пластика вуждечок губ та язика. Методики виконання. Показання та протипоказання.

1.АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Актуальність полягає в тім що хірургічним шляхом підготувати хворого для протезування щоб уникнути в подальшому ускладнень. Щоб хворий міг повноцінно користуватися протезами. Ці всі профілактичні заходи проводяться з певних міркувань відновити функцію зубощелепного апарату, та наблизити його до природного фізіологічного.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати стан слизової та кісткової тканин порожнини рота.
- 2.2. Пояснювати методи діагностики захворювань слизової оболонки та кісткової тканини ротової порожнини
- 2.3. Запропонувати обстежити хворого з захворюваннями слизової оболонки порожнини рота
- 2.4. Класифікувати захворювання слизової оболонки ротової порожнини.
- 2.5. Трактувати теоретичного та клінічного дослідження проблемних питань захворювання кісткової тканини порожнини рота.
- 2.6. Малювати схеми операції
- 2.7. Проаналізувати план лікування хворого з захворюваннями слизової оболонки порожнини рота.
- 2.8. Скласти план лікування хворого з дефектами кісткової тканини порожнини рота

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Етика та деонтологія.	Встановити психологічний контакт з хворими при патології вуздечки язика та губи, особливо стосується дітей.
2. Рентгенологія.	Описувати рентгенологічну картину кісток верхньої та нижньої щелепи.
3. Терапевтична стоматологія.	Визначати патологію вуздечки як верхньої губи так і нижньої губи та язика.

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. Френулотомія.	Це розсічення вуздечки губи або язика що застосовується в грудному віці.
2. Френулектомія.	Це висічення вуздечки язика або губи. Виконується при діастемі та короткій вуздечці
3. Діастема	Це широкий проміжок між центральними різцями. Несправжня діастема при незакінченому прорізуванні зубів

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Знати анатомію порожнини рота.
2. Знати анатомію язика.
3. Знати анатомію слизової оболонки порожнини рота.
4. Знати анатомію нижньої щелепи.
5. Знати анатомію верхньої щелепи.

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

1. Вміти пальпувати вуздечку язика та губи
2. Вміти відіференціювати патологічну вуздечку язика та губи від нормальної.
3. Вміти проводити френулотомію.
4. Вміти провести інфільтраційну термінальну анестезію

5. ЗМІСТ ТЕМИ:

Найбільш важливим етапом, що забезпечує загальний успіх протезування, є попереднє лікування. Воно складається із загальносанаційних і спеціальних заходів. Перші включають оздоровче лікування; видалення зубів і коренів, що не підлягають лікуванню, лікування карієсу та його ускладнень (пульпіти, періодонтити), а також захворювань слизової оболонки, видалення зубних відкладень. Підготовка слизової оболонки висічення рубцевих спайок слизової оболонки – трикутники Лімберга; поглиблення присінку порожнини рота: шкіра за Тіршем; шкірною стрічкою

в тунель; в 2 поверхи (Флором); Румпель - переміщення слизово-окістного клаптя з гребеня альвеолярного відростка вниз. Загальносанаційні заходи багато в чому визначають результат ортопедичного лікування. Від їх якості залежить здоров'я порожнини рота, тобто і довговічність накладених протезів, їх функціональна цінність. Раціонально складений план оздоровчих заходів є основою успішного ортопедичного лікування. Планування загальносанаційних заходів ґрунтується насамперед на ретельному клінічному і рентгенологічному обстеженні. При цьому в першу чергу звертають увагу на наявність коренів із зруйнованою коронкою зуба, розташування їх на альвеолярному відростку, ступінь руйнування, стан поверхні кореня, зверненої в порожнину рота (поразка карієсом), стан пародонту. При обстеженні коренів головним завданням є визначення придатності їх до протезування. Корені, не придатні до протезування видаляють. Під час підготовки порожнини рота до протезування нерідко доводиться прибгати до видалення зубів з хворим пародонтом. При вирішенні цього питання необхідно, по-перше, мати на увазі функціональну цінність зуба, а по-друге, можливість використання його при ортопедичному лікуванні. Визначення функціональної цінності потребує, насамперед, з'ясування міри його патологічної рухомості та глибини поразки пародонту, тобто ступеня атрофії лунки, наявності патологічних ясенних і кісткових кишень, їх ширини, глибини і локалізації. У більшості випадків ступінь патологічної рухливості зуба тісно пов'язана з величиною атрофії лунки і ін. Але у деяких хворих, наприклад з дистрофічними формами захворювання пародонту, такого зв'язку не простежується. Більше того, при крайніх, глибоких формах резорбції альвеолярного відростка зуби довго зберігають стійкість. Проте запалення, що приєднується, різко погіршує клінічну картину, а зуби можуть швидко набути патологічну рухливість. Гарною підмогою в цьому випадку є рентгенологічне обстеження, що істотно доповнює клінічну картину і дозволяє зіставити виразність клінічних проявів з даними рентгенографії. При патологічній рухливості третього ступеня, коли компенсаторні можливості пародонту повністю вичерпані, зуби підлягають видаленню. Проте навіть і в цьому випадку крайній ступінь рухливості може бути наслідком загострення запального процесу. Ліквідація останнього може привести до зміцнення зуба, зниженню рухливості і, можливо, дозволить використати цей зуб для шинування або протезування. Таким чином, ретельна оцінка рухливих зубів з хворим пародонтом, особливо після проведеного курсу медикаментозної терапії, може істотно вплинути на остаточне рішення про їхнє видалення. При патологічній рухливості першого і другого ступеня також здійснюється оцінка ступеня атрофії лунки. Лише при крайніх формах, тобто атрофія альвеоли більш ніж на 2/3 лунки і рухливості II - III ступеня, зуби видаляють. Зуби, що володіють більшою стійкістю, що мають рухливість в межах I ступеня на тлі дистрофічної поразки пародонта, коли запальні зміни виражені слабо або цілком відсутні, можуть бути збережені. Ми виділяємо спеціальну хірургічну підготовку порожнини рота перед протезуванням. Спеціальна хірургічна підготовка перед протезуванням при частковій втраті зубів проводиться відповідно до загального плану ортопедичного лікування, складеного для цього хворого. Це проведення ряду хірургічних маніпуляцій таких як видалення екзостозів. Екзостозами називають кісткові утворення на альвеолярній частині і тілі щелепи у вигляді виступів, горбів, шпильок, загострених і тупокінцевих гребенів. Вони спостерігаються як на верхній, так і на нижній щелепі і, мабуть, є слідством вікових змін альвеолярного гребеня. На верхній щелепі екзостози, як правило, розташовуються по вестибулярній поверхні альвеолярною частині, на нижній щелепі виникають симетрично на язичній поверхні її, частіше в області премоларов, рідше в області інших бічних зубів або ікол. Симетрично розташовані екзостози нижньої щелепи виявляються у 5 - 10% осіб, частково або що повністю втратили зуби. Вони називаються нижньощелепними валіками. Клінічна картина екзостозів бідна симптоматикою, і тому хворі про їх існування найчастіше дізнаються від лікарів, які виявляють їх під час обстеження перед протезуванням. Екзостози покриті стоншеною слизовою оболонкою, яка легко може покритися виразками, при тиску протезом. З цієї причини, а також тому, що вони заважають накладенню протеза, їх доводиться видаляти. Видалення екзостозів як на нижній, так і на верхній щелепі проводиться через трапецієвидний розріз з основою, зверненою до перехідної складки. Такий напрям розрізів дозволяє викроїти трапецієвидний клапоть слизової оболонки для живлючої ніжки.

Резекція альвеолярної частини. Резекція альвеолярного гребеня показана при його гіпертрофії, коли він, розростаючись, вибухає настільки, що заважає протезуванню. Після видалення частини гребеня стає можливим накладення базису протеза. Щоб уникнути помилки перед операцією слід провести ретельне клінічне і рентгенологічне дослідження для виключення наявності новоутворень.

Видалення рухливої слизової оболонки. Як правило, альвеолярний гребінь покритий малорухомою слизовою оболонкою, щільно пов'язаною з окістям. Проте, при швидкій атрофії альвеолярної частини на його поверхні утворюється надлишок тканини у вигляді гребеня, під покривним епітелієм якого знаходиться добре розвинена слизова підслизова фіброзна сполучна тканина. При невеликому надлишку слизової оболонки і малої рухливості її протезування можливе без операції. У разі різко вираженої рухливості гребінь, що бовтається, слід видалити клиновидним посіченням.

Усунення тяжів слизової оболонки. Слід розрізняти два види тяжів слизової оболонки порожнини рота. До першого виду відносяться вуздечки мови, губ і інші тяжи слизової оболонки, що виконують визначену функцію : вони обмежують розмах рухів мови, губ і щік. Положення їх більш менш визначено. Ці складки заважають протезуванню лише у тому випадку, якщо вони прикріплюються на вершині альвеолярного гребеня. Другий вид тяжів слизової оболонки - це рубці різної величини і форми. Вони виникають після опіків, поранень, некрозів і інших патологічних процесів. Рубцеві тяжі є серйозною перешкодою при протезуванні знімними протезами. Усунення рубців змінених тканин, розташованих на протезному ложі або на його межі, є важко вирішуваним. Звичайне лінійне посічення їх з подальшим зближенням країв рани закінчується утворенням нового рубця, що ще більше ускладнює протезування. Видалення рубцевих тяжів вуздечок слизової оболонки, що заважають протезуванню, можливо трьома способами: пластиком місцевими тканинами, шляхом вільної пересадки шкіри і, нарешті, посіченням рубців з подальшою епітелізацією рани під протезом. Пластика місцевими тканинами при посіченні рубцевих утворень проводиться різними методами. Не завжди вони дають добрі результати. Ефективніша вільна пересадка шкіри по Тиршу.

Видалення піднебінного валика. У дорослих при опуклій формі піднебінного шва утворюється валик - щільний кістковий виступ різної величини і форми, часто покритий стоншеною слизовою оболонкою. Якщо валик заважає протезуванню пластинковим протезом, на якому той балансує, викликаючи пролежні, а інша конструкція протеза неприйнятна, то його видаляють; правда, це робиться дуже рідко.

Френулектомія- висічення вуздечки губи або язика.

Френулотомія — розтин вуздечки. Показано при тонких, коротких вуздечках губи і язика. Френулотомію тонкої, короткої вуздечки роблять новонародженим, коли вона обмежує рух мови, заважає вигодовуванню дитяти. У доросліших дітей дану операцію роблять за логопедичними, ортодонтичними показниками, при травмуванні краєвого періодонта під час руху нижньої губи. Перевірити стан вуздечки і її вплив на ясна можна шляхом проведення проби «натяжіння». Для цього, захопивши губу пальцями, тягнуть її вгору і вперед. Рух міжзубного сосочка і зближення ясен свідчать про травму періодонта (позитивний синдром «натяжіння»).

Техніка операції

Френулопластика по Лімбергу (Z-подібна) Після місцевої інфільтраційної анестезії, що проводиться за допомогою Ультракаїн Д-С форте із змістом епінефрину 1:100000 в об'ємі 1,7 мл, проводять вертикальний розріз посередині вуздечки. Два косі розрізи проводять від протилежних кінців в різні боки від першого розрізу під кутом 60 - 85 градусів. Сформовані трикутні клапти мобілізують і фіксують так, щоб центральний розріз розташовувався горизонтально. Важливим моментом є підготовка приймаючого ложа, оскільки просте зшивання країв розрізів між собою в межах слизової оболонки приведе тільки до ослабіння натягнення, але не виключить його повністю. Саме упущення цього моменту істотно знижує ефект від цієї методики, що і привело до незначного використання даного втручання. У зв'язку з цим підготовка приймаючого ложа проводиться так само, як і при попередній маніпуляції: підслизові тканини відшаровують уздовж окістя распатором. Потім вузловими швами з кетгута ушивають горизонтальний розріз наглухо, фіксуючи при цьому клапти до окіст. Додаткові розрізи ушивають так само наглухо, але вже без фіксації клаптів до окістя. Вестибулопластика направлена на створення безпосереднього прикріплення некератизованої слизової оболонки порожнини рота до окістя і кістки альвеолярного відростка з метою подальшої амортизації натягнення, що створюється групою м'язів і тяжів, що оточують рот. Глибина формованого передня має бути не менше її 5 мм і не більше 10 мм. Запропонована вестибулопластика Н.Obwegeser (1959) виконується при незмінній слизовій оболонці присінка порожнини рота. Модифікований метод вестибулопластики за V.H.Kazaniian виконують розтин слизової оболонки мілкою передосіння. Від верхнього відділу губи до краю альвеолярного відростка щелепи потім горизонтальний розріз в ділянці альвеолярного краю до окістя відшаровують від кістки і пришивають до краю слизової

оболонки. Вестибулопластика за В.С. Івановим, В.П. Почиваловим (1981). Поглиблення присінка порожнини рота з одночасним переміщенням вуздечки. Запропонований метод Г.В. Кручинський, А.С.Артюшкевич (1985) запропоновані варіанти в залежності наявності або відсутності вуздечки нижньої губи при малому присінку в межах фронтального відділу нижньої щелепи.

Вестибулопластика по Едлан-Мейхеру застосовується для проведення на нижній щелепі і при поєднанні цієї операції з цистектомією. Після місцевої інфільтраційної анестезії, що проводиться за допомогою Ультракаїн Д-С форте із вмістом епінефрину 1:100000 в об'ємі 5,1 мл, бажано - по методу гідропрепарування - для більш легкого подальшого відшарування слизового клаптя. Скальпелем роблять розріз слизової оболонки паралельно вигину щелепи, відступивши від слизово-ясеневі межі на 10 - 12 мм на ділянці від ікла до ікла і на 7 - 10 мм - в ділянці премоларів і молярів (хоч в цій ділянці слід строго орієнтуватися на місце виходу судинно-нервового клубка). Ножицями тупим шляхом відшаровують слизовий клапоть від лінії розрізу до щелепи. На раневий дефект, що залишився, накладають захисну пов'язку до формування захисної фібринової плівки. В результаті все це істотно полегшує одужання пацієнта в післяопераційному періоді. Первинна площа раневого дефекту складає близько 8 - 12 см². Термін загоєння при цій методиці - 12 - 14 днів.

Вестибулопластику по Кларку. Її рекомендується проводити для поглиблення передсіння порожнини рота в ділянці верхньої щелепи. Після місцевої інфільтраційної анестезії, що проводиться за допомогою Ультракаїн Д-С форте із вмістом епінефрину 1:100000 в об'ємі 5,1 мл, скальпелем проводять розріз по перехідній складці на глибину слизової оболонки. Ножицями відшаровують слизистий клапоть від лінії розрізу до губи приблизно на 10 мм. Комплекс підслизових тканин - м'язи, сухожилля так само, як і по методиці Едлана - Мейхера - переміщують уздовж окістя на глибину 10 мм у фронтальному відділі і 6-7 мм - в бокових, а так само видаляють одиночні волокна тяжів і м'язів. Слизовий клапоть фіксують до окістя швами з кетгута в глибині сформованого передсіння. При цьому залишається достатньо обширний раневий дефект на альвеолярному відростку, який закривають захисною пов'язкою. Термін загоєння при цій методиці - 15 днів. Раневий дефект складає близько 8 - 12 см². Операція є оптимальною для верхньої щелепи, враховуючи, що на нижній щелепі потужні м'язи і сухожилля частенько можуть в подальшому істотно нівелювати спочатку отримані результати.

Тунельна вестибулопластика Після місцевої інфільтраційної анестезії, що проводиться за допомогою Ультракаїн Д-С форте із вмістом епінефрину 1:100000 в об'ємі 5,1 мл, проводять вертикальний розріз уздовж центральної вуздечки передсіння порожнини рота на всю її довжину (від місця її фіксації на прикріплених яснах і до місця її фіксації на губі - приблизно 20-25 мм). В ділянці пре моларів проводять горизонтальні розрізи уздовж перехідної складки завдовжки близько 20 мм. Тупим шляхом за допомогою розпатора або широкої гладилки відшаровують слизову оболонку від комплексу підслизових тканин на всю довжину оперованої ділянки. Підслизові тканини, м'язові тяжі знову за допомогою розпатора відокремлюють від окістя на заплановану глибину внутрішньо тунельним доступом. Візуально і інструментальний визначає, чи не залишилося прикріплених до окістя м'язових тяжів. Відшаровані слизові клапті на рівні лінії відшарування м'язових тяжів фіксують через слизову оболонку до окістя на відстані 10-12 мм від краю альвеолярного відростка. Вертикальний розріз ушивають, фіксуючи слизову оболонку до окістя на заданій глибині. Слизову оболонку в ділянці горизонтальних розрізів підшивають до окістя на відстані 5 - 8 мм від ясенного краю. На раневу ділянку, що залишилася, 1,5-2 см² накладають захисну пов'язку. Термін загоєння при використанні цієї методики - 9-11 днів. Болі в післяопераційному періоді практично відсутні за рахунок мінімізації раневого дефекту. Операція однаково ефективна на обох щелепах.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

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

- 1.Знати анатомію слизової оболонки порожнини рота.
2. Вивчити анатомію ротової порожнини.
- 3.Знати методи обстеження стоматологічного хворого.

Б. Задачі для самоконтролю:

1. Хворий 73 років звернувся до хірурга стоматолога зі скаргами на неможливість носити протези на нижній щелепі. При розмові та жуванні вони спадають. При огляді порожнини рота було відмічено атрофію альвеолярного відростка нижньої щелепи. Тактика хірурга стоматолога?

(Відповідь: Поглибити передсіння ротової порожнини хірургічним шляхом)

2. До хірурга стоматолога направив логопед дитину 7 років для консультації. При огляді ротової порожнини було відмічено в дитини потовщення вуздечки язика. При висовуванні язика він має вигляд серця і повністю не висовується. Тактика лікаря?

(Відповідь: Провести операцію френулотомію)

3. В дівчини 15 років лікар ортодонт відмітив діастему. Для її усунення він направив до хірурга стоматолога. При огляді хірургом стоматологом було відмічено великий щільний тяж який іде до альвеолярного відростку. Тактика лікаря?

(Відповідь: Провести операцію френулоектомію)

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю ($\alpha = 2$):

1. Екзостози це:

- A. Кісткові нарости на альвеолярному відростку
- B. Гострий край комірки альвеолярного відростка
- C. Тверде утворення на зубах
- D. Тверді каміння в яснах
- E. Запалення слизової оболонки

(Правильна відповідь: A)

2. Вестибулопластика по Кларку:

- A. Поглиблення порожнини рота
- B. Відшарування слизової оболонки від комплексу підслизових тканин
- C. Видалення вуздечки
- D. Розсічення вуздечки
- E. Видалення вуздечки із слизовою оболонкою

(Правильна відповідь: A)

3. При тунельній вестибулопластиці розріз проводять

- A. Вертикальний розріз центральної вуздечки передсіння на всю її довжину
- B. Боковий розріз центральної вуздечки передсіння на всю її довжину
- C. Розріз центральної вуздечки передсіння не всю її довжину
- D. Розріз центральної вуздечки передсіння нероблять
- E. Розріз центральної вуздечки на 1/2 її довжини

(Правильна відповідь: A)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. До хірурга стоматолога звернувся хворий 24 років зі скаргами на кровоточивість з ясен при чищенні зубів. При огляді хворого було відмічено слизова незначно гіперемована в ділянках шийки зубів. Передсіння глибоке. Вуздечка верхньої губи розташована досить високо. Діастеми немає. Тактика лікаря?

(Відповідь: направити до терапевта стоматолога).

2. До хірурга стоматолога звернувся хворий 14 років зі скаргами на кровоточивість з ясен при чищенні зубів, та оголення нижніх зубів в фронтальній ділянці. При огляді хворого було відмічено слизова незначно гіперемована в ділянках шийки зубів, оголення коренів зубів на 1/4. Передсіння мілке. Вуздечка верхньої губи розташована досить високо. Діастеми немає. Тактика лікаря?

(Відповідь: Провести вестибулопластику по поглибленні передсіння).

3. До хірурга стоматолога звернувся хворий 24 років зі скаргами на утруднене пережовування їжі та неможливість рухати язиком. При огляді хворого було відмічено слизова передсіння не гіперемована, оголення коренів зубів не відмічається. На язиці хворого в боковій поверхні відмічається виразка розміром 3x4 см. По краям ущільнена, дно рани має блюдце подібну форму, з глянцевою поверхнею. Тактика лікаря?

(Відповідь: Направити до дерматовенеролога).

7. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области./ Бернадский Ю.И – Киев: Вища школа, 1999. – 389 с.
2. Рябухина Н.А., Удиришина Н.М. Рентгенодиагностика заболеваний челюстно-лицевой области./ Н.А. Рябухина., Н.М. Удиришина. – М.: Медицина, 1991
3. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология / Т.Г. Робустова – М.: Медицина, 1990. – 576 с.
4. Муковозов И.Н. Дифференциальная диагностика заболеваний челюстно-лицевой области / И.Н. Муковозов – М.: Медицина, 1982.

5. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А. Тимофеев – Киев: 2002. – 1022 с.

6. Маланчук В.О. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія / В.О. Маланчук - Київ 2011. Т.2.- 478-482 с.

Додаткова література:

1. Шварц А.Д. Артикуляція, оклюзія / А.Д. Шварц М.: Мед., 1992. -342с.

2. Евдокимова А.И. Руководство по ортопедической стоматологии / Под. ред. А.И. Евдокимова.- М.: Медицина, 1974.- 568 с.

3. Рыбакова А.И. Справочник по стоматологии / Под. ред. А.И. Рыбакова.- М.: Медицина, 1993.- 576с.

№ 23. Біологічні основи дентальної імплантації. Види імплантів. Показання, протипоказання, забезпечення.

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

У сучасній стоматології широко використовується метод імплантації штучних опор для знімних і незнімних конструкцій зубних протезів. Дентальні імплантати збільшують можливості стоматолога при відновленні часткових і повних дефектів зубних рядів і мають цілий ряд переваг перед традиційним протезуванням.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

2.1. Аналізувати основні принципи оптимальної взаємодії між кісткою і поверхнею імпланта.

2.2. Пояснювати поняття «фіброостеоінтеграція», «остеоіндукція», «остеокондукція».

2.3. Запропонувати методи оптимізації процесів остеоінтеграції.

2.4. Класифікувати сучасні дентальні імпланти за будовою, складом, системі імплант + абатмент, етапності постановки конструкції.

2.5. Трактувати абсолютні та відносні протипоказання до операції внутрішньокісткової імплантації.

2.6. Малювати графологічну схему заняття.

2.7. Проаналізувати показання та наслідки дентальної імплантації залежно від різних клінічних випадків.

2.8. Скласти схему забезпечення стоматологічної операційної в якій проводиться хірургічний етап дентальної імплантації.

3. БАЗОВИЙ РІВЕНЬ ПІДГОТОВКИ.

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Анатомія людини.	Знати нормальну будову кісткових структур лицьового скелета.
2. Гістологія, цитологія, ембріологія.	Диференціювати основні гістологічні структури кісткової тканини як органу.
3. Біоорганічна та біологічна хімія.	Знати особливості основних сплавів металів, їх хімічну будову.
4. Фізіологія.	Знати нормальні процеси осифікації.
5. Патоморфологія.	Описати різні процеси регенерації кісткової тканини, класифікувати типи кісткової мозолі.
6. Фармакологія.	Зобразити схематично різні групи препаратів, що використовуються в дентальної імплантації.
7. Радіологія.	Використовувати сучасні методи рентгенологічного дослідження на етапах планування та оцінки якості лікування.

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. Стоматологічна імплантація	Це розділ стоматології займається заміщенням відсутніх зубів за допомогою імплантів.
2. Дентальний імплантат	Штучно виготовлена, найчастіше багатокомпонентна

	конструкція, яка використовується для впровадження в кісткову тканину щелепи з наступним зрощенням з метою протезування.
3. Остеоінтеграція.	Це фундаментальне біологічне явище з широкими можливостями використання у всіх областях медицини і стоматології.
4. Остеокондукція	Проліферація остеогенних клітин по ходу волокон фібрину і диференціація цих клітин в остеобласти.
5. Остеоіндукція	Стимулювання зростання кісткової тканини

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Гістологічне будова кісткової тканини.
2. Методи регенерації кістки.
3. Нормальне біохімічне будова кістки.
4. Процеси порушення регенерації кісткової тканини.
5. Історичне становлення дентальної імплантації.
6. Біологічне обґрунтування остеоінтеграції.
7. Етапи контактного остеогенезу.
8. Переваги та недоліки різних видів дентальних імплантів.
9. Види сучасних дентальних імплантів.
10. Показання до дентальної імплантації.
11. Протипоказання до дентальної імплантації.

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

1. Оволодіти методикою передопераційного аналізу дефекту.
2. Овладеть методикою передопераційного планування впровадження дентального імплантату.

5. ЗМІСТ ТЕМИ:

Спроби замінити втрачені зуби внутрішньокістковими імплантатами простежуються до древніх цивілізацій Єгипту та Південної Америки. Приклади ці описані в древніх рукописних джерелах і знайдені в скелетних останках, виявлених археологами. Так, у черепі, що відноситься до часів до відкриття Америки Колумбом і знаходиться зараз в музеї Гарвардського університету, виявлений штучний зуб, висічений з темного каменю і замінюючий нижній лівий бічний різець. Хранителі музею вважають зараз, що цей імплантат був зроблений після смерті за звичаєм південноамериканських індіанців тих часів. У зв'язку з цим, на думку М. Block, численні посилення на цей череп в літературі з імплантації зубів повинні бути скоректовані.

В одному з музеїв Перу зберігається череп інка з 32 зубами - імплантатами з кварцу і аметиста. Ця операція була виконана в 800-х роках нашої ери.

Стоматологічна імплантація - це відносно новий розділ стоматології, що вирішує проблеми відновлення анатомічної форми і функції різних ділянок зубощелепної системи за рахунок впровадження в тканині алопластичних матеріалів. За допомогою різних імплантів можливо відновити безперервність щелеп, СНЩС, контури особи (щелепно-лицьова імплантологія), або зубні дуги і окремі зуби (одонтоімплантологія).

Імплантат - конструкція з матеріалу небіологічного походження, яку впроваджують у тканини макроорганізму з метою протезування, або освіти опори для фіксації протеза.

Стрімкий розвиток стоматологічна імплантація отримала з впровадженням в практику титану і його сплавів. Вперше титан був використаний в медицині для остеосинтезу при переломах довгих трубчатих кісток в 1951 році О. Levanthol.

Вперше національна школа стоматологічної імплантації сформувалася на американському континенті, засновником якої став L. Linkow. У 1967 році він запропонував пластинчастий імплант з отвором (blade-went) і одноетапну методику імплантації.

У стоматологічну практику в Європі титан був впроваджений шведським вченим Р. Branemark, який відкрив феномен остеоінтеграції. Р. Branemark вперше промислово почав виготовлення гвинтових імплантів, розробив двоетапну методику їх імплантації.

На сьогоднішній день основною умовою імплантації є використання інертних матеріалів для виготовлення дентального імплантату, що не викликають імунологічних реакцій. У сучасній стоматології використовується титан, золото, нікель-хром-ванадієві сплави. Крім того в сучасній стоматології використовуються імплантати з пористо-порошковим покриттям, який є біоактивним,

тобто за рахунок пористості проростання кісткової тканини всередину імплантату відбувається швидше, і вживлення стає більш надійним. Пористий складу з порошку титану, а потім біоактивної кераміки наноситься на титанову заготовку за допомогою плазмового напилення.

Також стає популярним застосування імплантатів з плазмовим гідроксиапатитним або трикальційфосфатним покриттям. Ці неорганічні складові кісткової тканини мають властивість з часом розсмоктуватися, активно стимулюючи при цьому кісткоутворення. Приживлюваність таких імплантатів значно вище і стабілізація надійніше, ніж у будь-яких інших.

Види дентальних (внутрішньокісткових) імплантатів:

По поверхні внутрішньокісткової частини: гладкі, текстурування, з біоактивним покриттям.

За матеріалом: металеві, керамічні.

За методикою застосування: одноетапні, двоетапні.

Механізм остеогенезу при імплантації

Поняття біосумісності узагальнене і охоплює як вплив біологічного середовища організму і пряму реакцію місцевих тканин на імплантат, так і ефект постійного впливу імплантату на навколишні тканини і організм в цілому.

Існують три основні варіанти організації тканин на поверхні розділу імплантат + кістка:

4. Безпосередній контакт кісткової тканини з поверхнею імплантату - кісткова інтеграція чи остеоінтеграції.

5. Опосередкований контакт, коли між власне кісткової тканини і поверхнею імплантату утворюється прошарок сполучної тканини, що складається переважно з волокон колагену і грубоволокнистої кісткової тканини фіброзно-кісткове інтеграція.

6. Освіта волокнистої сполучної тканини на поверхні імплантату (сполучнотканинна інтеграція).

Перші два варіанти - це функціональний відповідь кісткової тканини на введення і функціонування імплантату. Третій варіант є нормальним для сполук м'якої тканини, наприклад, слизової оболонки або строми тканин кістковомозкових просторів.

Механізмом досягнення кісткової інтеграції є контактний остеогенез, в основі якого лежать процеси остеоіндукції і остеокондукції безпосередньо на поверхні імплантату, а також здатність кістки до загоєння за типом первинного натягу.

Фіброзно-кісткове інтеграція є результатом дистантного остеогенезу в основі якого лежать ті ж процеси. Однак остеоіндукція і остеокондукція відбувається не на поверхні імплантату, а на поверхні кістки. За своєю біологічною суттю дистантний остеогенез являє собою загоєння кістки за типом вторинного натягу.

Контактний і дистантний остеогенез відбувається в наступних випадках:

4. Якщо на поверхні виготовленого з біосумісного матеріалу імплантату відсутні домішки сторонніх матеріалів (немає контомінації) і збережена цілості оксидної плівки або покриття.

5. Якщо кісткова тканина сприймає ложа не втратила здатність до регенерації. Життєздатність прилеглої до поверхні імплантату кісткової тканини визначається в першу чергу відсутністю значних порушень кровопостачання і грубого пошкодження структурних одиниць кістки.

Після атравматичного препарування ложа глибина некрозу кісткової тканини, прилеглої до імплантату, становить до 500 мкм. Причому загибель всіх остеоцитів спостерігається, тільки по краю ложа на глибині 100 мкм, в той час як у прикордонній з некрозом зоні протягом інших 400 мкм частина остеоцитів залишається живими.

6. Якщо є щільний контакт між поверхнею імплантату і кістковою тканиною. Процеси контактної та дистантного остеогенезу відбуватимуться за наявності безпосереднього контакту між структурними одиницями кістки і поверхнею імплантату до примикає трабекул або остеон становить близько 100 мкм.

Умовою для остеокондукції є організація міцного прикріплення до поверхні імплантату згустку крові і утворення моста з волокон фібрину між поверхнею імплантату і життєздатною, що зберегла остеоіндуктивні властивості кісткової тканини.

Пошкодження кісткових капілярів під час препарування сприймає ложа викликає кровотечу. Після установки імплантату в кровоточить кісткове ложе деяку кількість крові потрапляє в навколишні тканини і на його поверхню, на якій утворюється білкова плівка. У формуванні плівки беруть участь білки і мікроелементи плазми крові: фібриногеном, протромбін, тромбопластин, глікопротеїни, PDGF і IGF-протеїн, іони кальцію, а також клітини тромбоцити, еритроцити, лейкоцити. Агрегація тромбоцитів викликає утворення згустку і тромбоз судин, що кровоточать. Частина тромбоцитів прилипає до колагенових волоконнах кісткової тканини і поверхні імплантату.

Одночасно з агрегацією тромбоцитів за допомогою тромбопластину протромбін перетворюється на тромбін, який у свою чергу провокує полімеризацію фібриногену у волокна фібрину. У результаті утворюється велика мережа тонких волокон фібрину, які з одного боку прикріплюються до колагенових волокон кістки і стінок капілярів, а з іншого до поверхні імплантату.

Відразу після організації згустку відбувається його ретракція. Скорочуючи, згусток досягає 10% свого початкового обсягу. Це принциповий момент для остеокондукції, тому що чим сильніше прикріплення білків плазми крові і волокон фібрину до поверхні імплантату, тим менше кількість останніх відірветься від поверхні імплантату і тим більше площа його поверхня буде покрита матрицею, на якій може відбуватися проліферація і диференціація остеогенних клітин.

Стадії контактного остеогенезу:

4. Остеокондукція. Проліферація остеогенних клітин по ходу волокон фібрину і диференціація цих клітин в остеобласти.

5. Освіта кістки de novo. Секреція остеобластами остеопоетина, остеоонектин і колагену.

6. Формування лінії цементоутворення. Освіта кристалів кальцій-фосфатних сполук.

Гістологічна зв'язок між поверхнею імплантату і слизовою оболонкою ясен подібний до зубоясеневого з'єднання, але відрізняється організацією колагенових волокон і кровоносних судин.

Показання та протипоказання до імплантації встановлюють на підставі загальномедичного анамнезу та обстеження, оцінки психоемоційного стану та стоматологічного статусу пацієнта.

Показаннями до дентальної імплантації є:

5. Одинокі дефекти зубного ряду, коли проведення імплантації дозволить уникнути препарування розташованих поруч з дефектом зубів.

6. Включені дефекти зубних рядів, коли за допомогою імплантації можна уникнути препарування обмежують дефект зубів і знімного протезування.

7. Кінцеві дефекти зубних рядів при яких імплантація дозволяє здійснити незнімне протезування.

8. Повна адентія, коли за допомогою імплантації можна провести незнімне протезування або забезпечити більш надійну фіксацію повних знімних зубних протезів.

Існує ряд захворювань, при яких імплантація, як і будь-яка інша планова операція, протипоказана.

До них відносяться:

5. Хронічні захворювання в стадії компенсації.

6. Порушення коагуляції і гомеостазу.

7. ВІЛ і будь-яка інша серопозитивна інфекція.

8. Психічні захворювання.

Існують також захворювання, фізіологічні та функціональні стани, при яких тільки на певному відрізку часу виконання будь-якої операції може завдати шкоди здоров'ю пацієнта, або в даний період стану організму не дозволить досягти позитивних результатів оперативного втручання. До них відносяться:

9. Гострі запальні захворювання і гострі вірусні інфекції.

10. Хронічні інфекційні захворювання (туберкульоз, актиномікоз та ін.)

11. Загострення хронічних захворювання.

12. Високий ступінь ризику бактеріємій (хворі з протезами клапанів серця і перенесли бактеріальний ендокардит, ревматизм).

13. Нещодавно перенесені інфаркт або інсульт.

14. Вагітність або лактація.

15. Лікування препаратами, що погіршують регенерацію тканин.

16. Ендокринопатології.

В якості протипоказань до дентальної імплантації слід розглядати остеопатії (первинний і вторинний остеопороз, остеомаліція та ін.)

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

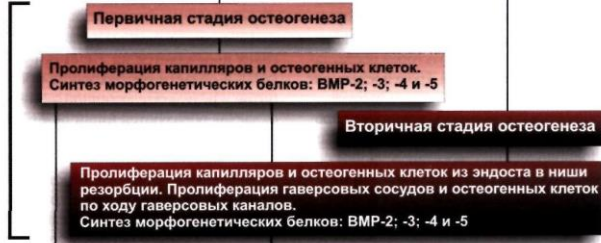
А. Завдання для самоконтролю:

6.1. Схема репаративної регенерації кісткової тканини.

I ФАЗА: первичный тканевой ответ



II ФАЗА: пролиферация



III ФАЗА: формирование остеоида и грубоволокнистой костной ткани



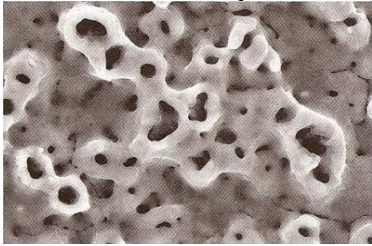
6.2. Гвинтовой имплантат (P. Branemark)



6.3. Пластинчатый имплантат (L. Linkow)



6.4. Зовнішня поверхня дентального внутрішньокісткового імплантату, плазмові покриття.



Б. Задачі для самоконтролю:

1. Які процеси лежать в основі остеоіндукції і остеокондукції безпосередньо на поверхні імплантату, а також здатність кістки до загоєння за типом первинного загоєння?

(Відповідь: контактний остеогенез)

2. З яких структур складається опосередкований контакт між власне кістковою тканиною і поверхнею імплантата?

(Відповідь: колагенові волокна, грубоволокниста кісткова тканина)

3. При огляді пацієнта 27 років, було визначено відсутність зуба 22, з анамнезу відомо що зуб був втрачений в результаті спортивної травми. Після проведення конусно-променевої комп'ютерної томографії було визначено товщину альвеолярного гребеня (4,3 мм) який товщають до підстави. Який найбільш оптимальний метод заміщення вторинної адентії?

(Відповідь: впровадження внутрішньокісткового дентального імплантату, двоетапна методика).

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з однією правильною відповіддю ($\alpha=1$):

1. Як повинні прилягати краї рани один до одного за місцево-пластичних операцій?

A. Повинні бути зближені без натягу, з діастазом 1-2 мм.

B. Повинні бути зближені без натягу, щільно прилягати один до одного.

C. Повинні бути зближені з максимально можливим натягом, щільно прилягати один до одного.

D. Прилягання країв рани один до одного не важливе.

E. Один край повинен перекривати інший на 1-2 мм.

(Правильна відповідь: B).

2. Що є показанням для проведення френулотомії?

A. Тонка та коротка вуздечка.

B. Коротка масивна вуздечка.

C. Мілкий присінок порожнини рота.

D. Рубцевозмінена вуздечка.

E. Вуздечка, що влітається до серединного піднебінного шва.

(Правильна відповідь: A).

3. Під яким кутом необхідно проводити розрізи при Z-пластиці вуздечки?

A. 15-30.

B. 30-45.

C. 45-60.

D. 60-85.

E. 90-110.

(Правильна відповідь: D).

Г. Навчальні завдання 3-го рівня (нетипові завдання):

1. Яке співвідношення остеобластів до остеобластів необхідно для нормального підтримування внутрішнього сталості кісткової тканини (гомеостазу)?

(Відповідь: 100:1)

2. Яка методика використовується для нанесення біоактивної кераміки, гідроксиапатиту і трікальційфосфатного покриття на титанову заготовку дентального імплантату?

(Відповідь: методика плазмового напилення).

7. ЛІТЕРАТУРА:

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2т. – Т.2/В.О.Маланчук, І.П.Логвіненко, Т.О.Маланчук, О.Л.Ціленко – К.: ЛОГОС, 2011. – С. 3-4, 9-12.

2. Рузин Г.П. Краткий курс лекций по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Геннадий Петрович Рузин – Киев: «Книга плюс», 2006 – С. 100 - 122.

3. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия: Руководство для врачей / Под ред. проф. В.Н.Балина и проф. Н.М.Александрова. 4-е изд., доп. и испр. – СПб.: СпецЛит, 2005. – С. 42-52.

4. Щелепно-лицева хірургія: підручник / О.О.Тимофєєв. – К.: ВСВ «Медицина», 2011. – С. 370-380.

5. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство / под ред. А.А.Кулакова, Т.Г.Робустовой, А.И.Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 – С. 406-416.

№ 24. Показання та обстеження хворого перед хірургічним етапом дентальної імплантації. Підготовка альвеолярного відростка до імплантації. Техніка виконання.

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Серед напрямків сучасної медицини стоматологічна (дентальна) імплантологія, відродилася в середині ХХ століття як мультидисциплінарна спеціальність, завдяки своїй наукоємності та інтегративному потенціалу переживає бурхливий розвиток.

Стоматологічне лікування з використанням імплантатів викликає величезний інтерес у фахівців і привертає все більшу кількість пацієнтів.

Протягом останніх десятиліть даний вид лікування успішно застосовується, зокрема, в Німеччині, де більше 1000 фахівців-стоматологів мають відповідну підготовку і можуть виготовити протез на імплантатах на високому професійному рівні.

Дослідження, що проводилися з метою удосконалення цього виду стоматологічної допомоги, насамперед стосувалися терміну служби імплантатів. Визначено, що в середньому 92% ортопедичних конструкцій на зубних імплантатах функціонують більше 10 років.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

2.1. Аналізувати основні принципи обстеження хворого перед хірургічним етапом дентальної імплантації.

2.2. Пояснювати основні показання та переваги протезування на імплантатах.

2.3. Запропонувати методи оптимізації процесів планування оперативного втручання.

2.4. Класифікувати сучасні кістковопластичні матеріали.

2.5. Трактувати різні причини атрофії альвеолярного відростка щелеп.

2.6. Малювати графологічну схему заняття.

2.7. Проаналізувати показання та наслідки дентальної імплантації залежно від різних клінічних випадків.

2.8. Скласти схему підготовки кісткової тканини до хірургічного етапу дентальної імплантації.

3. БАЗОВИЙ РІВЕНЬ ПІДГОТОВКИ.

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Анатомія людини.	Знати нормальну будову кісткових структур лицьового скелета.
2. Гістологія, цитологія, ембріологія.	Диференціювати основні гістологічні структури кісткової тканини як органу.
3. Біоорганічна та біологічна хімія.	Знати особливості основних сплавів металів, їх хімічну будову.
4. Фізіологія.	Знати нормальні процеси осифікації.
5. Патоморфологія.	Описати різні процеси регенерації кісткової тканини, класифікувати типи кісткової мозолі.
6. Фармакологія.	Зобразити схематично різні групи препаратів, що використовуються в дентальної імплантації.

7. Радіологія.	Використовувати сучасні методи рентгенологічного дослідження на етапах планування та оцінки якості лікування.
8. Пропедевтика ортопедичної стоматології.	Описати різні класифікації дефектів зубного ряду.

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. Стоматологічна імплантація	Це розділ стоматології займається заміщенням відсутніх зубів за допомогою імплантатів.
2. Дентальний імплантат	Штучно виготовлена, найчастіше багатокомпонентна конструкція, яка використовується для впровадження в кісткову тканину щелепи з наступним зрощенням з метою протезування.
3. Остеоінтеграція.	Це фундаментальне біологічне явище з широкими можливостями використання у всіх областях медицини і стоматології.
4. Остеокондукція	Проліферація остеогенних клітин по ходу волокон фібрину і диференціація цих клітин в остеобласти.
1. 5. Остеоіндукція	Стимулювання зростання кісткової тканини.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Гістологічне будова кісткової тканини.
2. Методи регенерації кістки.
3. Нормальне біохімічне будова кістки.
4. Класифікація атрофій щелеп.
5. Класифікація будови щелеп залежно від внутрішньої будови.
6. Принципи спрямованої регенерації кісткової тканини.
7. Протокол хірургічного етапу дентальної імплантації.
8. Сучасні матеріали для кісткової аугментації.
9. Види сучасних дентальних імплантатів.
10. Принципи планування оперативного втручання.
11. Рентгенодіагностика в дентальній імплантології.
12. Основні принципи роботи з м'якими тканинами, закриття дефектів слизової оболонки, що прикриває кістковий аугментат.

5. ОРГАНІЗАЦІЯ ЗМІСТУ НАВЧАЛЬНОГО МАТЕРІАЛУ.

Успіх операції імплантації в чому залежить від особливостей будови щелеп.

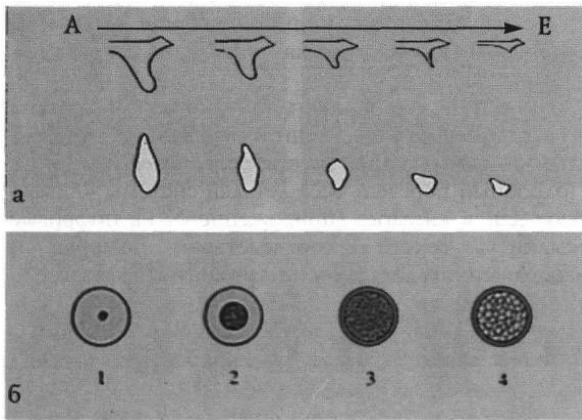
Інтеграція імплантату залежить від стану кісткової тканини. Існують класифікації щелепних кісток, в яких передбачається виробити імплантування, за будовою і якістю. За ступенем резорбції альвеолярного відростка щелепні кістки класифікуються від А до Е, коли Shape А - це кістка, яка не зазнала резорбції, а Shape Е - це кістка з дуже сильною резорбцією.

За пропорції між компактною і губчастою кістковою тканиною кістка класифікується від 1 до 4; при цьому 1 означає ситуацію, коли більше компактною кістки, а 4 більше спонгиозної (Мал. 1).

Ідеальна для імплантування кістка - це велика кістка, без вираженої резорбції, в якій є достатня кількість кортикальної кістки, що забезпечує швидке загоєння і остеоінтеграцію. За даними дослідження біомеханіки внутрішньокісткових імплантатів, саме кортикальна пластинка щелепи сприяє сприйняттю і розподілу жувальних навантажень. Отже, ідеальна кістка - це А2.

Після проведення імплантації, не слід навантажувати імплантати протягом 3 місяців при операції на нижній щелепі і 6 місяців - на верхній щелепі для зміцнення імплантату в кістки. У цей період відбувається взаємодія між остеобластами і остеокластами в процесі загоєння і кісткової інтеграції. Передчасне розкриття імплантату зменшує шанси на успіх.

Відмічені періоди 3-6 місяців - це мінімальні терміни «приживлення», за наявності «м'якої» кісткової тканини необхідно продовжити період очікування (остеоінтеграції) до моменту розкриття імплантату.



Особливості проведення імплантації на верхній щелепі.

- Нижня стінка максиллярного синуса нерівна, в ній є увігнуті і опуклі ділянки. На панорамному рентгенівському знімку максиллярного синуса нижня стінка виглядає абсолютно рівною, але це відбувається тому, що знімок є двовимірною копією об'ємної картини. Тому іноді на рентгенівському знімку можна бачити, що імплантат знаходиться в максиллярному синусі. Насправді дно імплантату може бути розташоване в товщі стінки максиллярного синуса. У деяких випадках низького розташування синуса імплантація можлива, оскільки, кортикальна пластинка нижньої стінки синуса здатна підтримувати імплантат, розподіляючи діючі на нього сили по всій довжині кортикальної кістки;
- В основі носа розташована товста кістка, яка може стати хорошою опорою для імплантату і розподіляє сили, що діють на імплантат, уздовж кортикальної пластини верхньої щелепи;
- Ділянка Fossa Canine має в більшості випадків достатньо кістки для імплантатів (якщо неможливо ввести достатньо імплантатів для незнімного протеза, можна зробити знімний протез, який спиратиметься на імплантати, розміщені в цій ділянці);
- У піднебінній ділянці треба остерігатися поранення великої піднебінної артерії (у разі поранення здавити артерію і ушити її);
- Іноді існує необхідність зробити імплантацію в туберальній ділянці та спертися на Fossa Pterigoidea. Кістка на цій ділянці, як правило, м'яка Турі 4, і треба бути обережним, щоб не потрапити в Fossa Sphenopalatine, яка дуже багата кровоносними судинами і нервовими закінченнями.

Особливості проведення імплантації на нижній щелепі

- Мандибулярний судинно-нервовий пучок може бути розташований і букально і лінгвально в тілі нижньої щелепи;
- Щоб визначити положення мандибулярного нерва, треба простежити його траєкторію по панорамному знімку з ділянки його входу в нижню щелепу до ментального отвору;
- Мандибулярний нерв виходить з нижньощелепного каналу в ментальному отворі, який, як правило, знаходиться між премолярами нижньої щелепи. Частина мандибулярного нерва проходить далі за ментальне отвір всередині каналу у напрямку до передніх зубів і називається інцизивальним нервом. Пошкодження його звичайно не тягне за собою проблем, рідко воно викликає парестезію, триваючи кілька місяців;
- Траєкторія мандибулярного нерва перед тим, як він виходить з ментального отвору, кілька разів викривляється у вигляді петель в напрямку до передньої поверхні щелепи. Дуже важливо побачити петлю і не переплутати її з каналом інцизивального нерва. Пошкодження петлі спричинить втрату чутливості.
- У ретромоларній ділянці на рентгенівському знімку видно дві межі вершини альвеолярного відростка: щічної і язикової кортикальних пластин. При визначенні розміру імплантату потрібно орієнтуватися на нижню з них.

Перш ніж приступити до імплантації, необхідно скласти її програму, план обстеження і лікування, відповівши на такі питання:

Чи є даний клінічний випадок прийнятним для імплантації?

Чи є необхідність у додатковому спеціальному лікарському огляді та обстеженні?

Які плани пацієнта щодо відновлення зубних рядів?

Де саме встановлювати імплантати?

Яку кількість імплантатів необхідно встановити?

Яка довжина імплантату в кожному конкретному випадку і місце імплантації?

Який діаметр імплантату в кожному конкретному випадку?

Необхідно в загальному ознайомитися з пацієнтом з точки зору розумових і психічних особливостей, рівня гігієни порожнини рота, можливості взаєморозуміння. Також необхідно з'ясувати скарги пацієнта, чого він чекає від лікування з естетичної та функціональної точок зору.

При обстеженні порожнини рота важливо звернути увагу на:

- Стан м'яких тканин: висота і положення фіксованою слизової (attachedgingiva), колір тканин, товщину слизової ясен, патологічні ділянки і стан слиновиділення;
- Стан зубів: карієс, стан пародонту, рухливість зубів, щільність розташування і нахил зубів, гігієна ротової порожнини;
- Стан альвеолярного відростка, що не має зубів: висота, ширина, форма, а також наявність коренів зруйнованих зубів.

Слід уважно вивчити естетичний і функціональний стан зубощелепної системи, стан нижньощелепних суглобів до початку лікування.

Треба зібрати докладний анамнез загального стану здоров'я пацієнта, у разі необхідності отримати роз'яснення сімейного лікаря.

Планування типорозміру імплантату і зони імплантації.

При проведенні імплантації необхідно прагнути встановити імплантат якомога довший. Чим довший імплантат, тим він краще підтримується кісткою і кращий розподіл сил, діючих на нього. Чим довший імплантат, тим більше шансів на успіх імплантації. Необхідно також прагнути встановити імплантат якомога більшого діаметра. Чим більший діаметр, тим більша його поверхня, і тим міцніше він утримується в кістці.

Доцільно встановлювати імплантат між двома кортикальними шарами кістки. Розміщення між двома кортикальними шарами кістки забезпечує хорошу стійкість імплантату, тим самим підвищуючи його шанси на успіх. Один кортикальний шар розташований на вершині альвеолярного гребеня щелепи, а іншою опорою імплантату може служити нижня стінка гайморової пазухи, основа носа і нижньої щелепи в передній ділянці (не можна спиратися на кортикальну пластинку нижньощелепного каналу).

Опора на два кортикальних шари кістки забезпечує розподіл вертикальних сил по всій протяжності кортикальної кістки. Проникнення в максиллярний синус або носову порожнину не тягнуть за собою проблем. Якщо це трапляється, слід ретельно виміряти висоту кістки від вершини альвеолярного відростка до кортикальної пластини дна гайморової пазухи або носової порожнини і встановити імплантат точно в товщі кортикальної кістки. Деякі лікарі спеціально роблять це, щоб встановити імплантат між двома кортикальними шарами кістки.

Слід залишати резервних 2 мм до місцезнаходження судинно-нервового пучка нижньої щелепи з трьох причин:

- У свердла є додаткова довжина в 0,9 мм на вершині, що не взята до уваги;
- Існує небезпека виникнення запалення навколо апікальної частини імплантату, і, якщо імплантат доходить домандибулярного каналу, запалення може поширитися на мандибулярний нерв;
- Через помилку при підрахунках, спотворень в рентгенівському знімку або внаслідок неакуратної роботи, свердло може проникнути на глибину більшу, ніж розраховано.

Слід прагнути встановлювати імплантат під кутом, ідентичним нахилу природних зубів. У верхній щелепі існує невеликий букальний нахил, а в нижній щелепі слабкий лінгвальний нахил зубів.

Необхідно прагнути, щоб імплантати були паралельні один одному і до решти зубів. Якщо різниця в нахилі імплантатів буде більше 30 градусів, протезування буде проблематичним, і сили, що діють на імплантати, не проходять по вертикальній осі (рис. 3).

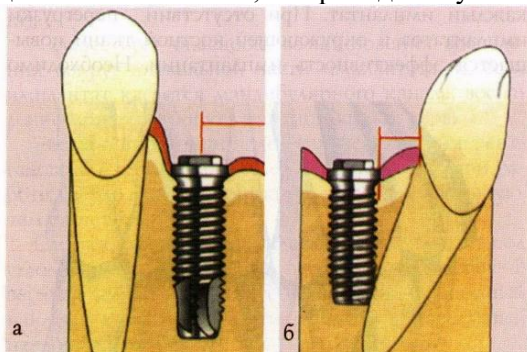


Рис 3. Розміщення імплантатів щодо осей зубів поруч: а) правильно; б) неправильно.

Мінімальна відстань між імплантатами повинна бути 2-3 мм, щоб створити умови для регенерації кісткової тканини.

Коли відсутні нижні передні різці, проведення імплантації є проблематичним, оскільки імплантати, як правило, ширше цих зубів. У цій ситуації варто обговорити можливість встановлення звичайного мостоподібного протеза або встановити кілька імплантатів більш лінгвально. При цьому результат конструювання зубного ряду виглядає як зайва щільність зубів і не порушує естетику.

Зуб з поганим прогнозом на майбутнє, особливо при локальній резорбції альвеоли, доцільніше видалити і встановити на його місці довгий імплантат. Збереження зуба з прогресуючим пародонтитом призведе в майбутньому до значної втрати кістки і до неможливості провести імплантацію.

Найбільш частим методом рентгенологічної діагностики є панорамний знімок щелеп. Панорамний знімок спотворює і збільшує розмір анатомічних утворень від 25% до 75%. Тому, для розрахунку розмірів за панорамним знімком слід користуватися, як правило, коефіцієнтом 40%. Наприклад, якщо висота кістки над мандибулярним каналом 20 мм, треба зменшити цю цифру на 40% (8 мм), в результаті виходить 12 мм. Далі від цієї величини слід відняти 2 мм (резерв до мандибулярного каналу) і остаточно визначити висоту планованого імплантату - 10 мм.

Панорамна рентгенограма може визначити положення ментального отвору в мезіодистальному напрямку в передбачуваній ділянці імплантації. Якщо передбачувана ділянка імплантації знаходиться на 3 мм або мезіальніше ментального отвору, можна використовувати довгий внутрішньокістковий імплантат, який буде входити в контакт з кортикальним шаром основи нижньої щелепи. Якщо ментальний отвір знаходиться ближче від вершини альвеолярного відростка, розріз для оголення кістки слід робити лінгвально, для того, щоб уникнути пошкодження мандибулярного нерва при розтині нижньощелепного симфізу.

Панорамні рентгенограми можуть дати інформацію щодо висоти альвеолярної кістки, але, вони не дають інформацію про ширину кістки. Панорамні рентгенограми не дають достатньої діагностичної інформації про розмір і форму верхньощелепних пазух: вони не показують увігнуті ділянки дна гайморової пазухи, які часто видно при комп'ютерній томографії і які можна використовувати для розміщення імплантату.

Перевага панорамних рентгенограм полягає в тому, що на одній плівці отримують зображення обох щелеп, більшість стоматологічних установ оснащені обладнанням для отримання панорамних рентгенограм, і всі стоматологи мають хорошу підготовку для їх читання.

З 1972 року, коли перший комп'ютеризований сканер перетворив рентгенівські знімки в цифрові сигнали, відбулися величезні зміни в отриманні зображень. По-перше, комп'ютерна томографія (КТ) стала використовувати комп'ютерну технологію для отримання зображень з величезним збільшенням великої кількості деталей. Якщо звичайна діагностична рентгенографічна техніка забезпечує зображення менш, ніж з 30 відтінками сірого кольору, то технологія сканування КТ виробляє більше 200 сірих відтінків. Розширена шкала сканування сірого кольору в КТ показує найменші зміни в щільності тканини, нерозрізнені при використанні звичайної рентгенографії.

По-друге, в 1987 році з'явилося спеціальне стоматологічне програмне забезпечення, що дозволяє подальше поліпшення якості КТ-сканування для отримання тривимірних картин як верхньої, так і нижньої щелепи.

Стоматолог зазвичай вивчає зображення КТ в трьох проекціях, щоб отримати повне уявлення про ділянку, обраному для імплантації, особливо контуру кістки. Спочатку він вивчає звичайні панорамні знімки для розробки загального плану імплантації для кожної щелепи і консультування пацієнта. Після розробки загального плану для кожної щелепи стоматолог використовує інші рентгенівські уточнюючі зображення. В даний час дві фірми випускають на ринок програмне забезпечення, що дозволяє виробляти зображення в трьох проекціях при плануванні зубних імплантатів. Програмне забезпечення від 3D / Dental («Columbia MD») виробляє вертикальні зрізи у натуральну величину (один до одного), а також горизонтальні і сагітальні зображення. Програмне забезпечення від DentalScan («General Elec-tric») включає в себе шкалу, яку хірург може використовувати для перетворення отриманих рентгенівських картин в реальні розміри.

У 1993 році фірма SIM / PLANT ("ColumbiaScientific. Inc.") запропонувала пакет інтерактивних програм для імплантології, які дозволяють стоматологам переглядати оброблені КТ знімки і маніпулювати з ними на комп'ютерах у своїх клініках. За допомогою програми SIM / PLANT для

Windows (Microsoft) стоматолог може розглянути структури і оцінити розміри і якість кістки, застосовуючи вертикальні, горизонтальні і сагітальні зображення в натуральну величину. Крім використання зображення розмірів і якості кістки, стоматологи можуть застосовувати програму SIM / PLANT для накладення знімків імплантатів у натуральну величину на знімки КТ з метою планування лікування і демонстрації.

Сучасні КТ містять 3 листи інформації. На першому аркуші представлені горизонтальні зрізи на різній висоті щелепи, що показують загальні напрямки та положення анатомічних утворень.

Другий лист зазвичай демонструє три вертикальних зрізи, подібно панорамному знімку, в щічно-лінгвальному напрямку щелепи. Третій лист дає найбільш важливий вертикальний зріз з сагітальними зрізами по всій довжині щелепи через кожні 3 мм (можна зробити через кожні 2 мм і 1 мм). Зрізи пронумеровані у відповідності з нумерацією на горизонтальному знімку (зрізі).

Переваги комп'ютеризованої томограми (КТ) - одержання знімків один до одного з неперевершеною якістю деталей всіх потенційних ділянок імплантації на верхній і нижній щелепах.

Недоліки: необхідно спеціальне устаткування, знімки більш дорогі в порівнянні з іншими методами R-обстеження; стоматолог повинен навчатися аналізувати результати комп'ютерної томографії.

Надійна остеоінтеграція досягається при двоетапній методиці операції, тобто з попередньою інтеграцією в кісткову тканину щелепи внутрішньокісткової частини імплантата при відсутності навантаження на імплантат.

Операцію імплантації можна розбити на кілька послідовних стадій:

- Підготовка пацієнта до імплантації,
- Перевірка справності необхідного інструментарію та обладнання;
- Проведення анестезії;
- Підняття слизово-окісного клаптя і оголення важливих анатомічних ділянок, таких, наприклад, як ментальний отвір;
- Позначення на кістці за допомогою прямого або круглого хірургічного бору бажаного місця імплантації;
- Первинне препарування кістки на глибину меншу від запланованої;
- Введення вимірювача довжини і проведення контролю паралельності постановки імплантату;
- Продовження препарування першим свердлом до необхідної довжини після контрольного рентгенівського знімка;
- Продовження формування ложа імплантату наступними свердлами у відповідності з обраним видом імплантату;
- Установка вимірювача довжини і проведення контрольного дентального рентгенівського знімка;
- Установка імплантату;
- Закриття імплантату покривним гвинтом при техніці TwoPhases або закриття формувачем ясен при техніці OnePhases;
- Ушивання слизової;
- При необхідності знімок після імплантації (панорамний або дентальний);
- Спостереження після операції імплантації;
- Розкриття імплантату при двоетапній методиці імплантації.

При відшаруванні слизово-окісного клаптя розріз слід проводити в AttachedGingiva, тобто у фіксованій, а не в рухомій слизовій оболонці альвеолярного відростка. Можна зробити розріз MiddleCrest - по вершині альвеолярного відростка або злегка вестибулярно або лінгвально (Мал. 4). Рекомендується проводити розріз трохи лінгвально; тим самим при накладанні швів імплантат буде повністю покритий слизовою оболонкою, і шов не буде розташований над ним. Таким чином, зменшується небезпека оголення імплантату і його інфікування. Рекомендується підняти ширшу ділянку слизової оболонки і простежити за напрямом кістки, її розміром, дефектами.

Необхідно забезпечити хороше кровопостачання відшарованого ділянки слизової.

Варіанти розрізів ясен в проекції альвеолярного гребеня

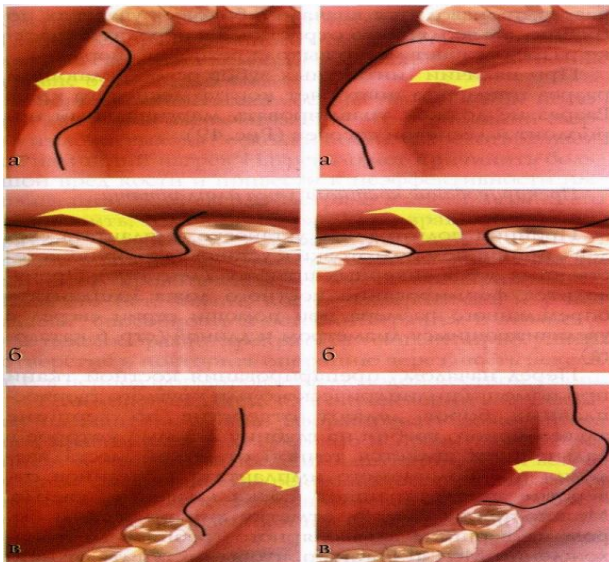


Рис 4. Розрізи для відшаровування слизово-окісного клаптя при частковій відсутності зубів: а) верхньої щелепи при кінцевому дефекті; б) верхньої щелепи при включеному дефекті; в) нижньої щелепи при кінцевому дефекті.

Маніпуляції на слизовій оболонці та кістковій тканині порожнини рота.

В даний час розроблені хірургічні методи, що дозволили значно розширити показання до внутрішньокісткової імплантації або поліпшити її результати. Вони виробляються в процесі підготовки до імплантації, під час операції імплантації або після неї. Ці процедури не рекомендується проводити починаючому в сфері імплантології лікарю, а частину з них рекомендується проводити у відділенні щелепно-лицевої хірургії.

У багатьох випадках форма і стан кістки не дозволяє установку довгих і широких імплантатів в оптимальному місці під оптимальним кутом і отримати хороші естетичні результати. Можливо, що альвеолярний гребінь низький і вузький, в кістці є певні дефекти, або вершина альвеолярного гребеня розташовується під сильним щічним кутом. Щоб вирішити ці проблеми, були розроблені спеціальні методики.

Направлена регенерація кісткової тканини

Як правило, дефект кісткової тканини на межі зі слизовою оболонкою заповнюється сполучною тканиною або епітелієм, а не кісткою. Це пояснюється тим, що сполучні тканини і епітелій регенерують в кілька разів швидше, ніж кісткова тканина, і тому вони «перемагають» у змаганні щодо заповнення просторів. Встановлено, що перегородка перед сполучною тканиною і епітелієм створює можливість для кісткової регенерації дефекту.

Перегородка (мембрана) - це тонка смужка матеріалу, розташована під тканинами ясен на кістці. Використовуються різні види мембран.

Найпоширеніші:

- Мембрана GoreTex - це мембрана, зроблена з полімеру, який розсмоктується. Вона буває овальної форми трьох різних розмірів. При оголенні мембрана легко руйнується;
- Мембрана Kolagen складається з синтетичного колагену, який входить до складу кістки і сполучних тканин. Мембрана зроблена у формі квадрата і до неї додається лист для вирізання мембран необхідної форми;
- Мембрана LaminarBone (LAMB) - це мембрани з висушеної замороженої кістки. Мембрана зроблена з людської кістки, яка пройшла стерилізацію і спеціальну обробку і містить речовини, що стимулюють ріст кістки. Її занурюють у фізрозчин і накладають на потрібну ділянку;
- Полімерна мембрана Vicril - мембрана, щорезорбується і складається з полімеру, близького за своїм складом до колагену;
- Титанова мембрана (№ 305) - мембрана, яка не резорбується, зроблена з чистого титану. У неї є ряд переваг: швидко не забруднюється; її ціна становить 15% від ціни мембрани з колагену; можна надати необхідну округлу форму за допомогою хірургічного інструментарію.

Установку мембран під час операції можна зробити декількома шляхами:

- Мембрана пришивається до періосту (для мембран з титану не підходить);
- Мембрана зміцнюється маленькими титановими гвинтами. Для цього є два види гвинтів:

а) кріпильний гвинт для мембрани - вкручується через мембрану в стінку кісткового дефекту. Перш, ніж вкручувати гвинт, робиться невеликий отвір свердлом для гвинтів, і встановлюється мембрана за допомогою ключа 1,25. Якщо порівняти мембрану з наметом, то гвинт буде виконувати роль клина (кілочка) для намету;

б) опорний гвинт - гвинт вкручується в глибину кісткового дефекту. Перш ніж вкручувати гвинт, потрібно зробити невеликий отвір свердлом для гвинтів. Після установки опорного гвинта закріплюють мембрану, розташовуючи її над опорним гвинтом і закріпивши її по краях додатковими кріпильними гвинтами. Якщо порівняти мембрану з наметом, то опорний гвинт буде виконувати роль жердини для намету;

- Мембрана фіксується за допомогою закріплюючого гвинта (заглушки) для імплантату в разі, якщо імплантація проводилася одночасно з установкою мембрани. Слід зробити отвір в мембрані над імплантатом і вкрутити гвинт через мембрану в імплантат. Потім необхідно посилити мембрану додатковими гвинтами.

Мембрана не повинна торкатися сусідніх зубів, щоб не порушити герметичне прилягання до зубів ясен.

Успіх процесу нарощування (потовщення) кістки забезпечується заповненням простору або порожнини під мембраною матеріалом, який стимулює зростання кістки. Це також запобігає провалюванню мембрани всередину порожнини. Розроблено кілька методів заповнення порожнини:

1. Autograft - кістка береться у самого пацієнта. Результати застосування такої кістки найкращі. Коли потрібна невелика кількість кістки, можна використовувати кісткову тканину щелепи. Найбільш поширені місця забору тканини щелепи:

- Кістка під нижніми передніми зубами. З вестибулярної поверхні слід відступити мінімум 5 мм нижче від апексів коренів нижніх зубів;

- Кістка з ретромандибулярної ділянки;

- Міжзубні кісткові перегородки;

- Шматочки кістки, що виступають в місцях відсутніх зубів або між зубами;

- Осколки кістки, зібрані в процесі препарування кістки. Для цього необхідно встановити в слиновідсмоктувач спеціальний фільтр, який збирає осколки кістки.

Можливе використання кістки з інших ділянок тіла людини. Найбільш поширеними ділянками є гребінь клубової кістки і ребра.

Кістку можна брати у вигляді блоків і в такому ж вигляді вводити в дефект - ця форма трансплантації називається inlay (вкладка) кістки.

2. Allograft (Homograft) - кістка людського походження. Кістки стерилізуються, подрібнюються і піддаються спеціальній обробці. Цей матеріал називається Demineralized Freeze Dried Bone (DFDB) - висушена заморожена кістка, що пройшла процес демінералізації. Необхідна кількість - це 0,25 см³, для маленьких дефектів, для заповнення лунок видалених зубів потрібно 0,5 см³ і 1,0 см³ для заповнення великих ділянок або для декількох ділянок. Матеріал виготовляється у вигляді порошку. Частинки порошку бувають двох розмірів: 250-500 мікрон (№ 308) і 500-1000 мікрон. DFDB поставляється в стерильних упаковках по 1,0 і 0,5 см³.

Виділено натуральний білок, що стимулює розростання кістки - Bone Morphologic Protein (BMP). Для отримання мікрограмів цього продукту, необхідно багато кілограмів кістки, і тому матеріал є дуже дорогим. Розробляється створення даного матеріалу за допомогою генної інженерії.

3. Xenograft - кістка тваринного походження. Наприклад, Bovine Bone - кістка великої рогатої худоби, перемелена і перетворена на порошок;

- Кістка свині, що пройшла депротейнізацію і зберегла мінеральну будову.

4. Alloplast - кістка синтетичного походження. Її призначенням є вплив на остеокласти з тим, щоб вони утилізували штучну кістку і сприяли зростанню звичайної кістки натомість штучною. До матеріалів синтетичного походження відноситься гідроксиапатит.

Гранули гідроксиапатиту Hydroxapatit (HA) виробляються по 0,5; 0,75; 3,0 см³. Синтетичні матеріали, що резорбуються мають переваги над тими, які нерезорбуються.

5. Кров'яний згусток - в крові є прогнатори, клітини для створення кістки, і присутність кров'яного згустку в ділянці регенерації обов'язкова.

Кожна фірма стверджує, що її матеріал дає найкращі результати. Однак сумнівно, що який-небудь матеріал дає хороші результати без присутності згустку крові. Вважається, що кістка самого пацієнта і В. М. Р. дають кращі результати.

Багато лікарів користуються сумішшю декількох матеріалів, наприклад, аутогенна кістка + D. F. D. V. + H. A. + кров. Зазвичай остеопластичний матеріал поміщають під мембрану, але якщо є

маленький дефект, мембрана не використовується, при цьому, слід подбати, щоб місце операції було герметично закрите. Перед розміщенням матеріалу роблять отвори (перфорації) в кістці на даній ділянці, що прискорює взаємодію матеріалу, клітин кісткового мозку і крові.

Накладання швів над мембранами має свої особливості. Коли накладаються шви над мембраною, слід забезпечити повне герметичне закриття мембрани, щоб запобігти забрудненню. Дуже важливо, щоб у місці операції не створювалася напруга для кращого загоєння і створення естетично гарного зовнішнього вигляду. У багатьох випадках недостатньо м'якої тканини для того, щоб захити її без натягу, тому необхідно зробити поперечні послаблюючі розрізи з внутрішній поверхні слизово-окісного клаптя. Розрізи дозволяють тканинам розтягуватися. Рекомендовані шви - це горизонтальний і вертикальний матрацний шов.

На жаль, від 25% до 60% обсягу новоствореної кістки піддається процесу зворотньої резорбції.

За наявності вузького альвеолярного гребеня (3 мм) можна застосувати методику розщеплення альвеолярного гребеня.

За допомогою різних доліт розщеплюються (роз'єднуються) вестибулярна і оральна кортикальні пластини по вершині гребеня на глибину 4-8 мм. Вестибулярна пластинка відхиляється в сторону і остеотомами, які відповідають розмірам свердла для імплантатів, створюють ложе для імплантатів (при широкій основі альвеолярного гребеня можливе використання свердел для імплантатів замість остеотому). Потім, як правило, використовується мембранна техніка.

Підняття дна верхньощелепної пазухи (SinusLifting)

Основним обмеженням у проведенні імплантації у верхній щелепі є низьке розташування стінки максиллярного синуса. Дуже часто висота кістки під нижньою стінкою синуса мала і не дозволяє встановити довгі імплантати. Ця ситуація виникає через резорбції альвеолярної кістки і пневматизації синуса (збільшення синуса вниз); обидва ці процеси відбуваються після видалення зуба. Кістку, розташовану під стінкою синуса ділять за висотою на 3 групи:

- Більше 10 мм - проводять імплантацію звичайним способом;
- Між 8-10 мм - встановлюють акуратно імплантати висотою 10 мм, занурюючи їх на 1-2 мм в синус під слизову оболонку. Кісткова стінка синуса злегка перфорується і встановлюються імплантати методом міжкортикальної фіксації;
- Менше 8 мм - проводиться хірургічна процедура, що дозволяє збільшити товщину стінки синуса за рахунок простору синуса. Послідовність дій при операції Sinuslifting:
- Відшаровується широка вестибулярна ділянка слизово-окісного клаптя, проводяться вертикальні розрізи в слизовій на рівні 4 і 7 зубів верхньої щелепи. Розріз для відшаровування клаптя слід проводити вздовж альвеолярного гребеня зі зміщенням в піднебінну ділянку, щоб отримати герметичне закриття після закінчення операції;
- Обережно, за допомогою борів, виділяється в вестибулярній стінці синуса ділянка кістки шириною 1 см і заввишки 0,7 см. При цьому цілісність слизової оболонки синуса не порушується, а кістковий фрагмент не відділяється від слизової синуса. Необхідно домогтися, щоб фрагмент кортикальної кістки став рухомих;
- Потім необхідно втиснути нижню частину кісткового фрагмента вгору і всередину так, щоб верхня його частина служила віссю. Вдавлювання проводиться обережно і в процесі його трохи відшаровується слизова синуса. Підняття слизової проводиться за допомогою спеціальних інструментів у вигляді кюретажної ложки, зігнутою під різними кутами. Наприкінці вдавнення кістковий фрагмент перетворюється в нижню стінку синуса і створюється простір між ним і колишньою стінкою синуса. Синус таким чином зменшується;
- Простір, що утворився через вікно в вестибулярній стінці синуса заповнюється остеотропними матеріалами;
- Імплантати встановлюються одночасно за умови, що є достатньо природної кістки щелепи під синусом для створення первинного закріплення імплантатів (не менше 5-6 мм кістки);
- Закривають вестибулярне вікно за допомогою будь-якої мембрани, як описано вище;
- Проводять герметичне накладання швів на слизову оболонку;
- Роблять перерву 9 місяців мінімум до проведення імплантації (або розкриття імплантатів, якщо імплантація проведена разом з підняттям синуса).

Після імплантації в перебудовану кістку також проходить період 9 місяців до розкриття імплантату.

Розробляються методики мікросинусліфтинга, а також нові варіанти проведення стандартної операції синусліфтинг.

Зміна розміщення судинно-нервового пучка

Одне з основних обмежень при проведенні імплантації на нижній щелепі - це невелика висота кістки над мандибулярним нервом. У цій ситуації можна розглянути можливість переміщення судинно-нервового пучка і установку імплантатів з використанням всієї висоти щелепи.

Забирають кісткову тканину у вигляді 2-3 вікон (або по всій довжині) уздовж проекції судинно-нервового пучка, починаючи від ментального отвору. Обережно підтягують судинно-нервовий пучок через створене вікно і таким чином звільняють місце для установки імплантату. Після того, як послідовно встановлені імплантати, прокладають мембрану між імплантатами і прилеглими до них ділянками судинно-нервового пучка. Потім накладають мембрану на зовнішню поверхню судинно-нервового пучка і накладають шви.

Ця процедура складна і вимагає хороших навичок лікаря, тому що часто спостерігаються парестезії та анестезії після операції.

Маніпуляції на слизовій оболонці порожнини рота (муко-гінгівальна пластикна хірургія)

Щоб отримати естетично гарний вигляд при протезуванні на імплантатах, необхідно, щоб імплантат був оточений досить товстою AttachedGingiva, особливо в щічній ділянці. Якщо у пацієнта тонка слизова оболонка з великою схильністю до рецесії, що створює естетичні проблеми, існують чимало технік нарощування (потовщення) слизової ясен навколо імплантату. Ці способи використовуються при захворюваннях пародонту зубів для вирішення аналогічних проблем.

При використанні місцевої трансплантації слизової оболонки порожнини рота береться блок ясеневі тканини з ділянки присінка порожнини рота приблизно над другим премоляром або з ретромолярної ділянки і переноситься в місце проведеної імплантації (поверх імплантату).

При цій техніці важко отримати естетично гарний вигляд, оскільки, дуже часто має місце розбіжність у кольорі місцевих і «пересаджених» тканин.

Є лікарі, які проробляють трансплантацію трохи інакше (місцева пластика). Проводять розріз, відступивши кілька міліметрів від ясеневого краю з піднебінної поверхні імплантату, і переносять піднебінну слизову в пришийкову зону з вестибулярної поверхні імплантату.

Дефект піднебінної ділянки можна замінити слизовою, відповідною за величиною, з інших ділянок порожнини рота. Слизова оболонка ретельно зшивається з прилеглими тканинами.

Місцева пластику слизової оболонки можна перенести обертальним способом.

Необхідно відшарувати слизовий клапоть з піднебінного розрізу до шийки імплантату і перекинути його на щічну ділянку імплантату, не від'єднуючи клапоть від прилеглої слизової оболонки з дистальної і медіальної сторін. Після цього клапоть і місцева слизова оболонка зшиваються. При використанні цього способу зберігається їх хороше кровопостачання.

Хороші естетичні результати дає процедура пересадки сполучної тканини (Subepithelialconnectivetissuegraft). Трансплантації піддається тільки підслизова сполучна тканина ясен. Тканину забирають на піднебінній ділянці приблизно над 5-м зубом або з ретромолярної ділянки. Рана ушивається, при цьому не залишається оголеної ділянки щелепи. Потім поміщають сполучну тканину на щічну поверхню імплантату під попередньо відшарований клапоть слизової оболонки. Так отримують потовщення ясен на даній ділянці. Шви накладають без натягу, при необхідності проводять послаблюючі розрізи.

Можна використовувати цю техніку для пластики переімплантатної слизової при оголенні металевої частини імплантату.

Цю процедуру можна проводити перед імплантацією, під час неї або при оголенні імплантату. Загоєння відбувається протягом 1,5 місяців.

6. Види самостійної роботи студентів.

1. Вивчити такі питання ($\alpha=I$):

- 1.1. Регенерація тканин. Біологічні основи остеогенезу.
- 1.2. Біологічні основи імплантації штучних зубів.

2. Тестові завдання з одиничним правильною відповіддю (= II):

2.1 Серед зубних внутрішньокісткових імплантів виділяють:

- A. Ендодонто-ендоосальні та ендоосальні.
- B. Ендоосальні та крізькісткові.
- C. Моноімпланти та комбіновані.
- D. Підслизові та підокістні.
- E. Усі перелічені.

(Правильна відповідь: A).

2.2 Які фактори не впливають на osteointegraцію імпланта?

- A. Матеріал та форма імпланта.
- B. Ступінь підготовки кісткового ложа.
- C. Дотримання правил асептики.
- D. Час
- E. Вид знеболення.

(Правильна відповідь: E).

2.3 Що є показанням до дентальної імплантації?

- A. Одиначні дефекти зубного ряду.
- B. Включені дефекти зубних рядів.
- C. Кінцеві дефекти зубних рядів.
- D. Повна адентія.
- E. Усі відповіді вірні.

(Правильна відповідь: E).

3. Тестові завдання з множинним вибором:

3.1. При обстеженні порожнини рота перед імплантацією в першу чергу важливо звернути увагу на:

- A. Стан м'яких тканин.
- B. Наявність пародонтозу зубів.
- C. Гігієну порожнини рота.
- D. Кольорову гаму наявних зубів.
- E. Наявність композитних планів.

(Правильна відповідь: A, B, C).

3.2. Найбільш часто використовувані методи рентгенодіагностики в стоматологічній імплантації на етапах планування:

- A. Панорамний знімок щелеп.
- B. МРТ.
- C. ТРГ.
- D. Конусно-променева комп'ютерна томографія.
- E. Бічна цефалометрична рентгенографія.

(Правильна відповідь: A, D).

3.3. Які види швів рекомендуються для закриття дефектів слизової?

- A. Вузлові адаптаційні шви.
- B. Горизонтальний матрацний шов.
- C. Внутрішньослизоровий шов (за Поповичем).
- D. Безперервний шов.
- E. Вертикальний матрацний шов.

(Правильна відповідь: B, E)

4. Задачі для самоконтролю:

4.1. У клініку щелепно-лицевої хірургії звернувся пацієнт 37 років. Встановлено діагноз: вторинна адентія, відсутність 46,47 зубів. На панорамному знімку визначається висота кістки над мандибулярним каналом 16 мм. Імплантат якої довжини необхідно вибрати для даного пацієнта?

(Відповідь: не довше 8 мм)

4.2. Пацієнт 43 років звернувся до хірурга-стоматолога з метою встановлення дентальних імплантатів на верхню щелепу. При вивченні зрізів верхньої щелепи було виявлено, що обсяг кістки до дна верхньощелепної пазухи становить 5,7 мм, товщина альвеолярного гребеня 5,7 мм. Визначте найбільш раціональне ведення даного пацієнта.

(Відповідь: проведення відкритого SinusLifting, з одномоментною імплантацією)

4.3. При огляді пацієнта 27 років, було визначено відсутність зубів 35, 36, 37, з анамнезу відомо що зуб був втрачений в результаті спортивної травми. Після проведення конусно-променевої комп'ютерної томографії було визначено товщину альвеолярного гребеня (3,3 мм) який товщають до підстави. Який найбільш оптимальний метод заміщення вторинної адентії, за умови відсутності кістковопластичних матеріалів (аугментатів)?

(Відповідь: застосування внутрішньокісткових дентальних імплантатів, в комбінації з розщепленням альвеолярного відростка).

4.6. Перелік індивідуальних завдань.

Не передбачені програмою з навчальною дисципліною.

4.8. Перелік теоретичних питань до підсумкового модульного контролю:

1. Остеогенна і остеоіндуктивна терапія в патології кісток обличчя.

4.9. Перелік практичних завдань та робіт:

1. Провести курацію тематичного хворого.

2. Вміти проаналізувати рентгенологічні методи дослідження.

5.ОЦІНЮВАННЯ ДИСЦИПЛІНИ.

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

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

7. ЛІТЕРАТУРА.

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2т. – Т.2/В.О.Маланчук, І.П.Логвіненко, Т.О.Маланчук, О.Л.Ціленко – К.: ЛОГОС, 2011. – С. 3-4, 9-12.

2. Рузин Г.П. Краткий курс лекций по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Геннадий Петрович Рузин – Киев: «Книга плюс», 2006 – С. 100 - 122.

3. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия: Руководство для врачей / Под ред. проф. В.Н.Балина и проф. Н.М.Александрова. 4-е изд., доп. и испр. – СПб.: СпецЛит, 2005. – С. 42-52.

4. Щелепно-лицева хірургія: підручник / О.О.Тимофєєв. – К.: ВСВ «Медицина», 2011. – С. 370-380.

5. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство / под ред. А.А.Кулакова, Т.Г.Робустовой, А.И.Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 – С. 406-416.

№ 25. Результати, ускладнення дентальної імплантації і їх лікування.

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

У сучасній стоматології широко використовується метод імплантації штучних опор для знімних і незнімних конструкцій зубних протезів. Дентальні імплантати збільшують можливості стоматолога при відновленні часткових і повних дефектів зубних рядів і мають цілий ряд переваг перед традиційним протезуванням.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

2.1. Аналізувати основні принципи обстеження хворого після хірургічного етапу дентальної імплантації.

2.2. Пояснювати основні результати протезування на імплантатах.

2.3. Запропонувати методи оптимізації профілактичних заходів ускладнень дентальної імплантації.

2.4. Класифікувати сучасні лікарські речовини.

2.5. Трахувати різні етіопатогенетичні причини виникнення періімплантитів.

2.6. Малювати графологічну схему заняття.

2.7. Проаналізувати показання і результати дентальної імплантації залежно від різних клінічних випадків.

2.8. Скласти схему підготовки кісткової тканини до хірургічного етапу дентальної імплантації.

3.БАЗОВИЙ РІВЕНЬ ПІДГОТОВКИ.

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Анатомія людини.	Знати нормальну будову кісткових структур лицьового скелета.
2.Гістологія,цитологія, ембріологія.	Диференціювати основні гістологічні структури кісткової тканини як органу.
3. Біоорганічна і біологічна хімія.	Знати особливості основних сплавів металів, їх хімічну будову.
4. Фізіологія.	Знати нормальні процеси осифікації.
5. Патоморфологія.	Описати різні процеси регенерації кісткової тканини, класифікувати типи кісткового мозоля.

6. Фармакологія.	Зображувати схемний різні групи препаратів, що використовуються в дентальній імплантації.
7. Радіологія.	Використати сучасні методи рентгенологічного дослідження на етапах планування і оцінки якості лікування.
8. Пропедевтика ортопедичної стоматології	Описати різні класифікації дефектів зубного ряду

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.Стоматологічна імплантація	Це розділ стоматології займається заміщенням відсутніх зубів за допомогою імплантатів.
2. Дентальний імплантат	Штучно виготовлена, найчастіше багатокомпонентна конструкція, використовується для впровадження в кісткову тканину щелепи з подальшим зрощенням з метою протезування.
3. Остеоінтеграція	Це фундаментальне біологічне явище з широкими можливостями використання в усіх областях медицини і стоматології.
4. Остеокондукція	Проліферація остеогенних клітин по ходу волокон фібрину і диференціація цих клітин в остеобласти.
5. Остеоіндукція	Стимулювання росту кісткової тканини.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Гістологічна будова кісткової тканини.
2. Методи регенерації кістки.
3. Нормальна біохімічна будова кістки.
4. Процеси порушення регенерації кісткової тканини.
5. Історичне становлення дентальної імплантації.
6. Біологічне обґрунтування остеоінтеграції.
7. Етапи контактного остеогенезу.
8. Переваги і недоліки різних видів дентальних імплантатів.
9. Види сучасних дентальних імплантатів.
10. Показання до дентальної імплантації.
11. Протипоказання до дентальної імплантації.

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

1. Опанувати методику передопераційного аналізу дефекту.
2. Опанувати методику передопераційного планування впровадження дентального імплантату.

5.ЗМІСТ ТЕМИ :

Причинами ускладнень імплантації можуть бути біологічні чинники: недостатнє кровопостачання кісткової тканини, регіонарний остеопороз, сучасно не виявлені захворювання, що порушують остеогенез, неконтрольоване і непередбачуване навантаження на імплантат. Проте у більшості випадків ускладнення обумовлені помилками при плануванні лікування, проведенні оперативного втручання і протезуванні.

В ході операції можуть статися: перелом бору або направляючого свердла, penetрація дна верхньощелепної пазухи і порожнини носа, ушкодження стінки нижньощелепного каналу і травма нижньолункового нерва, penetрація бічних або нижнього компактних шарів нижньої щелепи, перелом стінки альвеолярного відростка : до ускладнень можна також віднести відсутність первинної фіксації імплантату.

Частіше ламаються фісурні бори під час препарування кісткового ложа під пластинкові імплантати, рідше - свердла для препарування імплантатів гвинтової або циліндричної форми. Головною причиною переломів фісурних борів є надмірний натиск на інструмент під час подовжнього свердління ложа імплантату. Причиною перелому інструментів для препарування кісткового ложа можуть бути також неправильні температурні режими стерилізації (при

сухожаровому методі стерилізації) і вироблений ресурс інструменту (більше 30 циклів стерилізації). Частина зламаного інструменту, що залишилася в кістці, необхідно видалити.

Пенетрація дна верхньощелепної пазухи. Ускладнення, що досить часто зустрічається, при значній атрофії альвеолярного відростка верхньої щелепи. Причиною пенетрації можуть бути неправильне визначення висоти альвеолярного відростка по ортопантограмі, а також надмірний тиск на інструмент і недбале препарування кісткового ложа. Частіше це ускладнення має місце при препаруванні ложа під гвинтові і циліндричні імплантати.

Якщо пенетрація дна верхньощелепної пазухи або грушовидного отвору сталася під час препарування направляючого каналу, необхідно виміряти відстань від гребеня альвеолярного відростка до місця перфорації. Для цього можна використати глибиноміри або направляюче свердло. Розширення того, що направляє і подальше формування кісткового ложа необхідно проводити інструментами, висота яких буде менше вимірної відстані мінімум на 1 мм, встановивши той, що відповідає цим розмірам імплантат, який відділятиметься від дна верхньощелепної пазухи або порожнини носа шар кістки завтовшки близько 1 мм.

Якщо пенетрація сталася під час остаточного препарування ложа при роботі свердлом, розгорткою або мітчиком, можливі декілька рішень цієї проблеми :

- Відмовитися від установки імплантату в цьому місці, якщо дозволяють умови, провести імплантацію поряд із вже сформованим ложем;
- Встановити внутрішньокістковий елемент імплантату, висота якого на 2 мм менше глибини сформованого ложа. При цьому перед його установкою необхідно ввести зібрану з інструменту кісткову стружку або кістковопластичний матеріал у верхню частину ложа.

Якщо планувалася установка одноетапного імплантату і сталася пенетрація дна верхньощелепної пазухи або грушовидного отвору, доцільно змінити тактику лікування. Провести двоетапну імплантацію.

Ушкодження стінок нижньощелепного каналу травма нижньолункового нерва. Причини ушкодження стінки нижньощелепного каналу і травма n. alveolaris inferior. являється некоректне планування, недбале препарування кісткового ложа і неправильне визначення розмірів імплантату із-за непередбаченого спотворення вертикального розміру нижньої щелепи на ОПТГ. Слід зазначити, що не завжди розтин стінки нижньолункового каналу обов'язково викликають безповоротні ушкодження нижньолункового нерва. Розтин стінки каналу може привести до утворення внутрішньоканальної гематоми і тиску на нерв. В цьому випадку частково втрачена чутливість в зоні іннервації нижньолункового нерва поступово відновлюється протягом 2-3 тижнів.

При остеопорозі нижньої щелепи стінка нижньощелепного каналу може мати отвори, дефекти або зовсім бути відсутнім. При цьому симптом Венсана настає наступного дня після операції і поступово зникає через 5-7 днів.

Якщо симптом Венсана є наслідком здавлення нерва імплантатом і спостерігаються стійкі неврологічні зміни більше 2 тижнів, то імплантат слід витягнути і призначити відповідне комплексне лікування.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Завдання для самоконтролю:

Б. Завдання для самоконтролю:

1. На який день зникає симптом Венсана при остеопорозі нижньої щелепи в умовах дефекту стінки нижньощелепного каналу?

(Відповідь: 5-7 днів)

2. Під час препарування направляючого каналу сталася перфорація дна верхньощелепної пазухи. Який інструмент оптимальний для визначення глибини відстані?

(Відповідь: глибиномір)

3. Через скільки циклів стерилізації вважається виробленим ресурс інструменту?

(Відповідь: більше 30 циклів).

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю ($\alpha = 2$) :

1. Що не відноситься до можливих ускладнень під час імплантації?

А. Кровотеча з рани.

В. Пошкодження дна гайморової пазухи і порожнини рота.

С. Перелом стінки альвеолярного відростка.

Д. Повітряна емболія та емфізема тканин.

Е. Мукозит і періімплантит.

(Правильна відповідь: Е.)

2. При установці яких імплантів частіше спостерігається таке ускладнення, як перфорація дна гайморової порожнини?

А. Підокісних.

В. Пластинкових.

С. Імпланти комбінованої конструкції.

Д. Гвинтових і циліндричних.

Е. Всі відповіді правильні.

(Правильна відповідь: Д.)

3. До критеріїв успішної імплантації не відноситься?

А. Відновлення висоти і ортогнатичності прикусу.

В. Відсутність рухливості кожного з імплантів.

С. Щорічне зменшення рівня кістки повинно бути не менше 0,2 мм на рік.

Д. Відсутність болю, парестезій, інфекцій.

Е. Мінімальний рівень успішної імплантації 85% за 5 років.

(Правильна відповідь: А.)

Г. Учебні завдання 3-го рівня (нетипові завдання) :

1.1. Яке співвідношення остеобластів до остеобластам потрібне для нормальної підтримки внутрішньої постійності кісткової тканини (гомеостазу)?

(Відповідь: 100:1)

2.2. Яка методика використовується для нанесення біоактивної кераміки, гідроксиапатита і трикальційфосфатного покриття на титанову заготовку дентального імплантату?

(Відповідь: методика плазмового напилення).

7. ЛІТЕРАТУРА.

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2т. – Т.2/В.О.Маланчук, І.П.Логвіненко, Т.О.Маланчук, О.Л.Ціленко – К.: ЛОГОС, 2011. – С. 3-4, 9-12.

2. Рузин Г.П. Краткий курс лекцій по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Геннадий Петрович Рузин – Киев: «Книга плюс», 2006 – С. 100 - 122.

3. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия: Руководство для врачей / Под ред. проф. В.Н.Балина и проф. Н.М.Александрова. 4-е изд., доп. и испр. – СПб.: СпецЛит, 2005. – С. 42-52.

4. Щелепно-лицева хірургія: підручник / О.О.Тимофєєв. – К.: ВСВ «Медицина», 2011. – С. 370-380.

5. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство / под ред. А.А.Кулакова, Т.Г.Робустовой, А.И.Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 – С. 406-416.

№ 26. Пародонтальна хірургія, хірургічне лікування захворювань тканин пародонту: показання, техніка виконання, кістково-пластичні матеріали. Ускладнення ендодонтичних втручань та їх хірургічне лікування.

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Оволодіти методами аналізу і синтезу даних клініко-рентгенологічних та лабораторних досліджень для самостійного встановлення діагнозу, проводити диференційну діагностику в залежності від ступеня тяжкості, протікання, форми; систематизувати знання за сучасними методами лікування пародонтиту і опанувати засобами лікування сучасними препаратами.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

1.1. Аналізувати результати клінічних обстежень хворих з захворюваннями тканин пародонту.

1.2. Пояснювати результати додаткових досліджень.

1.3. Запропонувати плани лікування хворих з різними пародонтологічними захворюваннями.

1.4. Класифікувати всі захворювання тканин пародонту.

1.5. Тракувати етіологію і клінічні прояви захворювань тканин пародонту.

1.6. Малювати схему обстеження та лікування хворих з захворюваннями тканин пародонту.

1.7. Проаналізувати основні принципи діагностики цих захворювань.

1.8. Скласти план діагностики та диференційної діагностики захворювань тканин пародонту, провести курацію хворих, встановити діагноз, скласти план обстеження та лікування.

3. БАЗОВИЙ РІВЕНЬ ПІДГОТОВКИ.

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
----------------------------	------------------

1. Гістологія.	Особливості будови пародонта.
2. Топографічна анатомія.	Знання кровопостачання тканин пародонта.
3. Патологічна анатомія.	Описати гістологічну картину запальних процесів тканин пародонта.
4. Патологічна фізіологія.	Тракувати етіологію та патогенез захворювань тканин пародонта.
5. Терапевтична стоматологія.	Знання класифікації захворювань тканин пародонта.
6. Пропедевтика хірургічної стоматології.	Провести курацію хворого з абсцедуючим пародонтитом.

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. Періодонт (періодонтальна зв'язка, десмодонт)	сполучний апарат зуба, що виконує опорно-утримуючу і амортизуючу функції.
2. Гінгівіт	запалення ясен, обумовлене несприятливим впливом місцевих і загальних факторів і протікає без порушення цілісності зуб'ясеневого з'єднання.
3. Кюретаж	вишкрібання вмісту пародонтальних кишень.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. З чого складається пародонт?
2. Диференційна діагностика захворювань тканин пародонту.
3. Показання до хірургічних методів лікування захворювань тканин пародонту.
4. Хірургічні методи лікування захворювань тканин пародонту
5. Формування присінку порожнини рота: показання та протипоказання, етапи проведення.
6. Передопераційна підготовка хворих.

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

1. Оволодіти методикою читання рентгенівських знімків.
2. Оволодіти методикою використання хірургічного пародонтологічного інструментарія.

5. ЗМІСТ ТЕМИ:

Поняття «пародонт» об'єднує комплекс утворень: ясна, періодонт, кісткову тканину альвеоли і цемент кореня зуба, які мають загальні джерела іннервації та кровопостачання, складають єдине ціле, пов'язані спільністю функцією і походженням.

У формуванні зуба і пародонта активну участь приймають ектодермальний епітелій і мезенхіма первинної порожнини рота, який, поринувши в епітелій, утворює губну і зубну пластинки. На щечно-губній поверхні зубної пластинки внаслідок нерівномірного росту епітелію формуються відповідно до кількості і розташуванню зубів дзвонovidні вирости, які в подальшому перетворюються в емалеві органи. Сполучнотканинні волокна періодонта розвиваються з мезенхіми зубного мішечка. На ранніх стадіях розвитку зачатка зуба формуються три шари клітин. Клітини одного шару врастають в цемент, іншого - формують кісткові стінки альвеоли. Між ними розташовується третій шар, клітини якого не мають певної орієнтації. Під впливом функціонального навантаження вони перетворюються в волокна, напрямок яких відповідає навантаженню зуба.

Гістологічно ясна складаються з багат шарового плоского епітелію і власної пластинки. Розрізняють епітелій порожнини рота, епітелій борозни, сполучний епітелій (епітелій прикріплення). Епітелій борозди є проміжним між багат шаровим плоским і сполучним епітелієм. Епітеліальне прикріплення складається з кількох рядів продовговатих клітин, розташованих паралельно поверхні зуба. Клітини прикріплення оновлюються швидше за інших, що свідчить про їх регенеративні можливості. Епітелій міжзубних сосочків і прикріплених ясен більш товстий і може ороговівати. В цьому епітелії розрізняють базальний, шипуватий, зернистий і роговий шари. Базальний шар складається з циліндричних клітин, шипуватий - з клітин полігональної форми.

В епітеліальних клітинах виявлені РНК, глікоген, глікозаміноглікани, які відіграють важливу роль у процесі трофіки і регенерації тканини.

Ясна добре іннервовані. Розрізняють капсульовані і некапсульовані нервові закінчення. Капсульовані утворюють так звані колби Краузе та дотикові тільця (тільця Мейсснера). Крім того, від клубочків сосочкового шару відходять внутрішньоепітеліальні нервові закінчення. Нервово-рецепторний апарат сприймає відчуття болю, температурні і тактильні подразнення.

Слизова оболонка витримує значний жувальний тиск, сприяє формуванню харчової грудки, через неї активно всмоктуються і виділяються розчини багатьох лікарняних речовин.

Сполучний апарат ясен. Строма, складає основу ясен, в пришийковій ділянці (циркулярна зв'язка зуба) вміщує велику кількість коллагенових, еластичних і аргірофільних волокон. Така насиченість сполучного апарату ясен сприяє її щільному приляганню до зуба і рівномірному розподілу жувального тиску. Розподіл сполучно-тканних волокон в пародонті на різних поверхнях і рівнях кореня зуба різне. З вестибулярної і язичної (піднебінної) сторін виділяються зубо-ясневу, зубоперіостальну, зубоальвеолярну горизонтальну і зубогребішкову групу волокон, пучки яких орієнтуються у різних напрямленнях.

Періодонт (періодонтальна зв'язка, десмодонт) - сполучний апарат зуба, що виконує опорно-утримуючу і амортизуючу функції. Це щільна сполучна тканина, що оточує корені зуба, розташована між цементом і альвеолярної кісткою на всьому протязі періодонтальної щілини. Хід і напрям волокон періодонта визначаються функціональним навантаженням зуба.

Пародонт кровопостачають концеві гілки верхньої і нижньощелепної артерій, що відходять від зовнішньої сонної артерії. Ясна верхньої щелепи кровопостачаються із анастомозів, утворених судинами зовнішньої артеріальної дуги верхньої щелепи. Анастомози безпосередньо примикають до кістки на відстані 0,5 см від ясенного краю. До вестибулярної поверхні ясен кров притікає від анастомозів між зовнішньою артеріальною дугою, щічною і верхньою губною артеріями. Ясна нижньої щелепи кровопостачаються артеріальними гілками внутрішньої альвеолярної дуги, з язикової поверхні - язичною артерією.

Функції пародонта обумовлені анатомо-фізіологічними особливостями його будови. Тканини пародонта являють собою єдину систему, яка забезпечує фіксацію зубів, сприймає і регулює жувальне навантаження, здійснює рефлекторний вплив на діяльність системи травлення, виконує пластичну і трофічну функції, являється бар'єром для середовищних травмуючих факторів (механічних, фізичних, біохімічних і ін).

КЛАСИФІКАЦІЯ ХВОРОБ ПАРОДОНТА

I. Гінгівіт - запалення ясен, обумовлене несприятливим впливом місцевих і загальних факторів і протікає без порушення цілісності зубоясенного з'єднання.

Форма: катаральний, гипертрофічний, виразковий.

Тяжкість: легка, середня, важка.

Перебіг: гострий, хронічний, загострення, ремісія.

Поширеність: локалізований, генералізований.

II. Пародонтит - запалення тканин пародонту, яке характеризується прогресуючою деструкцією періодонта і кістки.

Тяжкість: легка, середня, важка.

Перебіг: гострий, хронічний, загострення (в тому числі абсцедуючий), ремісія.

Поширеність: локалізований, генералізований.

III. Пародонтоз - дистрофічне ураження пародонту.

Тяжкість: легка, середня, важка.

Перебіг: хронічний, ремісія.

Поширеність: генералізований.

IV. Ідіопатичні захворювання з прогресуючим лізисом тканин пародонту [синдром Папійона-Лефевра, гістіоцитоз X, гаммаглобулінемія, цукровий діабет (некомпенсований) і ін.

V. Пародонтоми - пухлини і пухлиноподібні процеси в пародонті.

Основною перевагою класифікації є диференційований підхід до різних захворювань тканин пародонта відповідно до клініко-морфологічних особливостей патологічного процесу: запалення, дистрофія, пухлини.

До I і II груп захворювань відносяться патологічні процеси тканин пародонту, які визначаються обов'язковим проявом в них класичних ознак запалення: ексудації, альтерації та проліферації.

У I групу включені багаточисельні захворювання, які вражають лише м'які тканини пародонту; II групу становить пародонтит, при якому в процес залучається весь комплекс пародонту: ясна, періодонт, альвеолярна кістка (відросток), тканини зуба. Особливістю його розвитку є незворотність процесу.

У III групи входить пародонтоз - генералізований дистрофічний процес всіх тканин пародонту.

У IV групі об'єднані процеси в пародонті, які супроводжують ряд загальних захворювань в організмі.

Терапія хворих з захворюваннями пародонту повинна проводитись комплексно, ціленаправлено і строго індивідуалізовано. Вона включає місцеве і загальне лікування, ефективні консервативні, хірургічні, ортопедичні та фізіотерапевтичні методи в умовах диспансерного спостереження.

Лікування переслідує наступні цілі: 1) усунути травматичні чинники в порожнині рота; 2) ліквідувати запалення тканин пародонту; 3) призупинити дистрофічний процес; 4) відновити порушення функцію тканин пародонта; 5) стимулювати процес регенерації; 6) зберегти зубний ряд як єдину динамічну систему; 7) виключити найбільш імовірні патологічні фактори.

У комплексній терапії захворювань пародонту хірургічні втручання займають найбільш питому вагу. Вони приходять на зміну консервативної терапії в тих випадках, коли виникає необхідність видалення патологічного вогнища, а також при реконструктивних і пластичних операціях на пародонті і слизовій оболонці рота.

До хірургічних методів лікування відносяться кюретаж, вакуум-кюретаж, гінгівотомія, гінгівектомія, гінгівопластика, операції коригуючі край ясен, клаптеві операції, френулотомія, френулектомія, пластичні операції, які формують присінок рота. Вони виконуються традиційним хірургічним методом або з використанням низьких (кріодеструкція) або високих (діатермокоагуляція) температур.

Кюретаж - вишкрібання вмісту пародонтальних кишень. Це один з найпоширеніших методів хірургічного лікування. Його метою є видалення з кармана зруйнованих тканин, під'ясенного зубного каменю, зміненого цементу, скупчення мікробів, грануляцій, вегетуючого епітелію.

Показання до кюретажу: пародонтит легкого та середнього ступеня тяжкості при наявності пародонтальних кишень глибиною до 4-5 мм, при щільній яснах і відсутності кісткових кишень.

Протипоказаннями до кюретажу: гострий запальний процес, наявність абсцесу, кісткових кишень, стоншення стінки кишень, фіброзно змінені ясна, глибина пародонтальних кишень більше 5 мм, значна рухомість зубів, аномалійне положення, наявність гострих інфекційних захворювань слизової оболонки порожнини рота і загальних захворювань.

Розрізняють простий і під'ясеневий кюретаж. Простий кюретаж проводиться в межах зубочасеневого з'єднання при відсутності пародонтальної кишені. При под'ясеновому кюретажі усувають або зменшують пародонтальні кишені.

Кюретаж проводиться спеціальними інструментами, в набір яких входять зуболікарські гачки різних форм і розмірів, кюретажні ложечки, екскаватори, напильники, рашпилі та ін.

Етапи кюретажу:

1) ірригація порожнини рота слабкими розчинами антисептиків;
2) знеболювання аплікаційне і інстиляція в пародонтальні кишені, наприклад, офіційною 5% тримікаїновою мазю; ін'єкційне (1% розчин новокаїну, тримекаїна). Застосовують переважно безголкові ін'єктор. Хворим з емоційною напругою, почуттям остраху й страху за 30-40 хв до операції проводиться премедикація;

3) обробка операційного поля йодвмісними розчинами;

4) видалення зубного каменю і зруйнованого цементу зуба. Видаляти зруйнований цемент краще екскаватором, здійснюючи легкі пошкрібання по його поверхні, не ушкоджуючи здорового цементу, без якого не можна розраховувати на відновлення волокнистих структур пародонту;

5) кюретаж кісткової тканини краю альвеоли. За допомогою невеликих кюреток обережно зішкрібають на дні пародонтальних кишень поверхневий розм'якшений шар краю кістки альвеолярного відростка і міжальвеолярної перегородки;

6) видалення грануляцій і врослого в кишеню епітелію (деепітелізація кишень) - найбільш відповідальний етап операції. Він вимагає від лікаря особливої обережності і навичок.

Проводиться маленькими кюретками і екскаваторами з гострими ріжучими гранями. Для цього кюретку, робоча частина якої обернена до ясен, вводять на всю глибину пародонтальної кишені.

Великим пальцем лівої руки притискають ясна до кюретки і зубу, і безперервним рухом кюретки у напрямку до коронки зуба під контролем пальця зрізають грануляції і епітеліальну вистилку кишень. При цьому необхідно добре фіксувати робочу руку, уникаючи ковзання інструментів і пошкодження здорових тканин. В результаті кюретажа внутрішня поверхня кишень перетворюється в операційну рану із залишками м'яких тканин і обломків зубного каменю;

7) промивання пародонтальних кишень антисептичними розчинами під тиском - вимивають залишки зубного каменю, грануляції та ін.

Одночасно проводять міроприємства, що зупиняють кровотечу. При цьому необхідно зберігати кров'яний згусток, який заповнює колишню кишеню, що сприяє швидкому загоєнню рани і створенню оптимальних умов для рубцювання. Опісля кюретажа кишеню можна заповнити емульсією і пастами з біологічно активними речовинами, які сприяють регенерації. Закінчують кюретаж накладанням лікувальної пов'язки. Кюретаж рекомендується проводити одномоментно, не частіше 2 разів на рік. Одночасно можна обробляти пародонтальні кишені в області 3 - 4 зубів. Інтервали між кюретажем різних груп зубів становить 2-3 дні. Після операції рекомендується ретельно дотримуватися гігієни порожнини рота. Через 8-10 год можна починати періодичні теплі полоскання відварами лікарських трав (ромашка, шавлія та ін), користуватися м'якою зубною щіткою і протизапальними зубними пастами. До недоліків методу відноситься недостатньо повне видалення зубного каменю і грануляцій внаслідок кровоточивості і відсутності візуального контролю.

Успішно виконаний кюретаж дозволяє ліквідувати пародонтальні кишені, призводить до рубцевого зморщування його і вrostання сполучнотканинних волокон, що утворюються в міру організації кров'яного згустка і біологічно активних речовин, у шар збереженого і новоутвореного цементу.

Вакуум-кюретаж - видалення вмісту пародонтальних кишень в умовах місцевого вакууму. Перевага методу перед звичайним кюретажем заключається в тому, що він дозволяє обробити більш глибокі кишені при відносно безкровному операційному полі, візуально контролювати повноту та якість кюретажу і головне - обробити дно ясеневі кишені і прилеглу кісткову тканину: звільнити від вогнища деструкції, скупчення ексудату, мікроорганізмів і продуктів їх життєдіяльності. Вакуум-кюретаж можна проводити сконструйованими для цих цілей вакуум-апаратом, слюновідсосом зі спеціальними насадками. Вакуум-апарат складається з компресора, двох ємкостей (в одній створюється негативний, в іншій - невисокий надмірний тиск повітря). При включенні апарату під дією вакууму відсмоктується кров, ротова рідина, відторгнуті частинки тканин і зубного каменю. Надмірний тиск дозволяє зрошувати лікарськими розчинами операційне поле. Вишкрібання проводиться порожнистими гачками різних форми і розмірів (гачки-кюретки), які під час роботи закріплюються у спеціальному тримачі, з'єднанні з апаратом, який утворює вакуум.

Діатермокоагуляція - згортання або загустіння тканин під впливом струмів високої частоти. Використовується для порушення пророзшого епітелію і грануляцій пародонтальної кишені, міжзубних сосочків, які розрослися при інших гіперпластичних процесах. Діатермокоагуляція показана також при гіпертрофічному гінгівіті, фіброматозі ясен, пародонтиті при глибині пародонтальних кишень більше 3 мм, пародонтальних абсцесах.

Кріохірургія - деструкція тканин пародонта за допомогою низької температури. Переваги методу - чітке обмежане руйнування тканини, безболісність операції, гемостатичений ефект та ін. В якості заморожувачої рідини використовують рідкий азот, фреон, вуглекислоту, кисень. Кріодеструкція проводиться при температурі -60-140 °C. Лікування здійснюється методом обдування, контактної кріодеструкції або кюретаж.

Показання до кріохірургії: глибокі пародонтальні кармани (5-7 мм), рясні разрастання грануляцій, гіпертрофічний гінгівіт, пародонтальні абсцеси, папіліт, пародонтоми та ін. Під час кріокюретажа кріозонд вводять в пародонтальні кишені і включають апарат на 3-10 с. Кріо-некроз настає через 24 - 48 год, а регенерація продовжується 6-12 днів. Протягом перших 2 діб захисні пов'язки не накладають, а проводять звичайний туалет рани.

Гінгівотомія - лінійне розсічення стінки пародонтального кишені з метою розкриття пародонтального абсцесу або для відкритого кюретажа пародонтальної кишені під візуальним контролем. Показаннями є глибокі і погано видимі ясеневі і кісткові пародонтальні кишені в області одного або декількох зубів, одиночні рецидивуючі абсцеси. З цією метою застосовують різної форми розрізи: вертикальні по осі зуба, зміщені дистально, через міжзубний сосочок, півмісяцеві, Т-подібні та ін.

Після розкриття кишені її промивають антисептичним розчинами, проводять ретельний кюретаж, потім рану знову обробляють антисептичними розчинами, вводять біологічно активну суспензію із інгібіторів ферментів протеалізу, склеюють медичним клеєм, вкриваючи плівкою або лікувальною пов'язкою на 2-3 дні. При розтині абсцесов шви не накладають, в порожнину вводять біологічно активні суспензії (з ферментів, інгібіторів та інших речовин).

Гінгівектомія - висічення пародонтальної кишені на всю його глибину (на рівні альвеолярного краю) одночасно з патологічно зміненим ясеневим краєм і вмістом кишені. Розрізняють просту і

радикальну гінгівектомію. Проста проводиться при глибині пародонтальних кишень більше 4-5 мм і горизонтальної, рівномірної розробці альвеолярного краю, при гіпертрофічному гінгівіті, розростанні грануляцій, підвищеної десквамації епітелію, відсутності рубцювання після кюретажу. Обсяг операції обмежується 2-3 бічними і 4-6 передніми зубами. Після предопераційної підготовки (знеболення, обробки операційного поля) уточнюють межі запалення ясен, визначають глибину розрізу (відповідає глибині кишень). Лінію розрізу відзначають водним розчином метиленового синього або йодвмістким розчином. Операція складається з наступних етапів:

- 1) висічення краю ясен з язичної (піднебінної) і вестибулярної сторін паралельно ясеневому краю з урахуванням нерівномірної глибини кишень;
- 2) видалення підясеневих зубних каменів;
- 3) відкритий кюретаж грануляцій і патологічно зміненої кістки альвеолярного відростка;
- 4) зупинка кровотечі;
- 5) введення ліофілізованого кісткового борошна в операційну рану;
- 6) депонування і аплікація лікарських засобів.

Недоліками операцій є оголення шийок зубів, міжзубних просторів; висічення всіх ясенних сосочків в ділянці операційного поля утворює косметичний дефект, після операції часто розвивається гіперестезія оголених коренів від температурних, хімічних і тактильних подразників.

Клаптеві операції проводяться для ліквідації пародонтальних кишень і корекції дефектів альвеолярного відростка верхньої щелепи або альвеолярної частини нижньої щелепи.

Показаннями до клаптевої операції є пародонтит середнього і важкого ступеня при глибині пародонтальних карманів більше 5 мм, деструкція кісткової тканини не більше ніж на 1/2 довжини кореня зуба, стоншені і фібрознозміннені ясна.

При клаптевих операціях, після гінгівотомії відшаровується і формується слизово-надкістковий клапоть з язичної (піднебінної) і вестибулярної сторін. Розрізняють повні та розщеплені пародонтальні клапті. Повний клапоть включає епітелій, сполучну тканину, окістя, розщеплений - складається з епітелію і сполучної тканини. При одних операціях відпрепарований клапоть укладається на місце, при інших - переміщують в кінці операції на нову ділянку.

Радикальна гінгівектомія (операція Відемана - Неймана - Цешінського) показана при наявності глибоких пародонтальних кісткових кишень з вертикальним типом деструкції кістки, рухомості зубів I-II ступеня, при стоншених яснах.

Так само як і при простій гінгівектомії, після ірригації порожнини рота антисептичними розчинами, знеболування, обробки ясеневих країв йодовмістним розчином проводять два вертикальні розрізи до кістки, що обмежують операційне поле, від краю ясен у напрямку до перехідної складки (розрізи не повинні проходити по вершині ясеневих сосочків). Потім тупо відсепаровують слизово-надкістковий клапоть з вестибулярної і язикової (піднебінної) сторін. Вестибулярний клапоть беруть на гачки, язичний (піднебінний) - відсепаровують на глибину не більше 0,5 см. Потім видаляють зубний камінь, висікають змінений край ясен, грануляції, проводять кюретаж, згладжують кістку альвеолярного відростка, полірують цемент кореня зуба. Операційне поле промивають антисептичними розчинами, зупиняють кровотечу, мобілізують слизово-надкістковий клапоть, видаляючи при цьому змінений епітелій, потім укладають клапоть на місце, накладають шви в кожному міжзубному проміжку і на вертикальні розрізи.

В операцію одночасно включають ділянку не більше 6 зубів, оперувати бажано в стаціонарних умовах. Загоєння відбувається первинним натягом, шви знімають на 6 - 7-й день. Недоліками операції є оголення шийок зубів, гіперестезія, зниження висоти альвеолярного краю, оголення міжзубних проміжків.

Ряд клаптевих операцій дозволяє коригувати край ясни, покращує косметичні результати в області передніх зубів. З цією метою слизово-надкістковий клапоть розщиплюють (розділяють) на дві частини, потім закривають ними оголені шийки зубів і фіксують швами в міжзубних проміжках.

Існують клаптеві операції, які стимулюють репаративні процеси в пародонті. Для цих цілей застосовують кісткові трансплантати: ліофілізоване кісткове борошно, стружку, кістка, хрящ, формалізована кістка, брешкокістка, колагеновий остеопласт, препарати крові, консервовану кров, фібринний порошок, біопластмасу, біологічноактивні тампони, тканинні трансплантати (склера очей, тверда мозкова оболонка, ксеногенна очеревина) та ін.

Запропонована радикальна гінгівектомія з компактоостеотомією. За основу взято методику Відемана - Неймана - Цешінського. У кожному міжзубному проміжку частково видаляють патологічнозміннену кісткову тканину, залишають кісткові ошурки з додаванням біологічною антисептичною пастою (БАП). Слизово-надкісткові клапті швами з антисептичного волокна

летилана фіксують на рівні ясенного краю. Рану закривають пов'язкою, змоченою БАП. Шви знімають на 5-6-й день. При радикальній гінгівоостеопластиці дефекти кістки заповнюють ліофілізованим кістковим борошном, просякнутим кров'ю. Шви накладають з поліамідної смоли, потім - бальзамічну захисну пов'язку на основі мазі «Оксикорт».

Для остеогінгівопластики на пародонті використовують цільний кортикально-губчастий алотрансплантат, консервований у 0,5% розчині формаліну.

При лікуванні пародонтиту застосовують також колаост - комплексний препарат колагену, кісткового борошна і антибіотиків широкого спектру дії. Цей препарат схожий на еластичну губку, легко моделюється в необхідну форму відновлюючого дефекту.

При пародонтиті середнього ступеня тяжкості з успіхом використовують брєфоостеопласт на основі брєфокості, отриманий після гомогенізації, ліофілізації, обробки парами формальдегіду і стерилізації в потоці гаммапроменів. Препарат пластичний, володіє бактерицидними і гемостатичними властивостями, стимулює процес регенерації кісткової тканини і ін .

При пародонтиті середнього і важкого ступеня тяжкості, що поєднується з оголенням кореня, укороченням вуздечки, дрібним присінком рота і щічними тяжами, ефективна мукогінгівоостеопластика, що включає усунення дефекту м'яких тканин - гінгівопластику; поліпшення репаративної регенерації кісткової тканини - остеопластики; усунення аномалійного розташування м'яких тканин - вестибулопластики і поглиблення зводу.

Френулотомія - розсічення вуздечки - застосовується при укороченні вуздечки язика. Проводиться в грудному або ранньому дитячому віці.

Операція проста: після загальноприйнятої підготовки вуздечку розтинають на необхідну глибину ріжучим інструментом у основи самої вуздечки на границі зі слизовою оболонкою дна порожнини рота і нижньої поверхні язика.

Френулектомія - висічення вуздечки язика або губи з переміщенням її, показана при короткій вуздечці, що перешкоджає нормальному розвитку губи, яка сприяє утворенню діастем. Двома напівовальними вертикальними розрізами висікають вуздечку, між центральними різцями проводять компактостеотомію, слизову оболонку навколо розрізу мобілізують, відсепаровують її тупим шляхом, краї рани зближують і зашивають наглухо.

При дрібному присінку рота і короткій вуздечці проводять одночасно висічення вуздечки і поглиблення присінку рота. Після анестезії двома злижуючими напівовальними розрізами до окістя в області місця прикріплення вуздечки формують і відсепаровують слизово-надкістковий клапоть по направленню до верхівки кореня на необхідну глибину (8-10 мм), край підшивають у зводу новоутвореного присінка до окістя. На слизову оболонку губи накладають 1-2 направляючих шва. Потім відсікають від окістя м'язи нижньої губи і разом зі слизовою оболонкою переміщують і підшивають до окістя. На рану накладають йодоформну пов'язку, рана заживає вторинним натягом, епітелізація настає через 10-14 днів.

Видалення зубів при хворобах пародонту має свої показання: 1) резорбція кісткової тканини альвеоли, значно перевищує 1/3 довжини кореня, рухливість зуба III ступеня; 2) пародонтальні абсцеси, які часто рецидивують і не піддаються лікуванню; 3) інтоксикація з пародонтальних карманів, вогнищ, що посилюють перебіг, особливо у хворих з загостренням вогнищевозумовленими захворюваннями; 4) наявність біляверхівкових патологічних вогнищ, які не піддаються лікуванню; 5) загроза розвитку хронічносептичного стану; 6) ортопедичні показання для вибору раціональної конструкції шинуючого протеза.

У початкових стадіях утвореного пародонтального абсцесу ретельно промивають пародонтальні кишень антисептичними розчинами, призначають гіпертонічні полоскання, фізіотерапевтичні процедури (УФО, лазеротерапія тощо), протизапальні, десенсибілізуючі, знеболюючі та інші засоби. При відсутності ознак зтухання абсцесу розкривають півмісяцевим горизонтальним розрізом в місці найбільшого випинання або відшаровують ясна тупим шляхом за допомогою гладилки. Лікування проводиться під провідниковою або інфільтраційною анестезією, що дозволяє додатково зняти зубні відкладення, добре промити рану і пародонтальні кишень антисептичними розчинами. Призначають антисептичні полоскання, при необхідності - знеболюючі препарати.

В даний час, з метою відновлення втрачених структур пародонту і, перш за все, кістки, використовують широкий спектр остеотропних препаратів. Їх вибір залежить від таких факторів, як остеорегенераторний потенціал, біологічна інертність, швидкість васкуляризації і т. д. Однак найбільш важливою характеристикою матеріалу є механізм регенераторної відповіді тканин

пародонту на введення підсадки. На механізмі цієї відповіді заснована найбільш поширена на сьогодні класифікація остеотропних препаратів, за якою всі вони діляться на 3 основні групи:

- Остеоіндуктивний
- Остеокондуктивними
- Остеонейтральні.

Остеоіндуктивні матеріали сприяють регенерації кістки шляхом прямої стимуляції процесу трансформації недиференційованих мезенхімальних клітин в остеобласти, тобто остеоіндуктивні матеріали безпосередньо впливають на ріст кістки.

Остеокондуктивні матеріали використовують як матрикс, або каркас, на якому відбувається новоутворення кісткової тканини та її подальше диференціювання.

Остеонейтральні матеріали - це інертні, як правило, нерезорбуючі матеріали, які застосовують для заповнення порожнин.

Крім того, в залежності від походження кістковопластичні матеріали поділяють на групи:

Аутогені - джерелом матеріалу є сам пацієнт.

Алогені - матеріал отримують з тканин іншої людини.

Ксеногені - донором матеріалу є тварина.

Аллопластичні - синтетичні матеріали, виготовлені штучно. Основною характеристикою аллопластичних матеріалів є розсмоктуваність і вони розділяються на: резорбуючі і нерезорбуючі.

Перша група - це повністю резорбуючі матеріали, друга - частково або повністю нерезорбуюча.

За хімічним складом виділяють: гідроксиапатит, карбонат кальцію, полімери, альфа-і бета-трикальційфосфат, біоактивне скло, сульфат кальцію.

Також в хірургії використовують хірургічне лікування апікального періодонтиту в зубах з облітерацією корневих каналів, розширення та обробка яких неможливі, за рахунок ретроградного пломбування каналу з метою його герметичної ізоляції від проникнення інфекції.

Показанням до хірургічного лікування зубів з апікальним періодонтитом є неефективність традиційних методів лікування.

Перфорація кореня. Перфорація кореня зуба може бути ускладненням інструментальної обробки каналу. У більшості випадків наслідки перфорації вдається усунути традиційними методами ендодонтичного лікування, шляхом її закриття через кореневий канал. Однак нерідко кращою альтернативою виявляється хірургічна корекція. Перфорації в області бі-і трифуркації, навпаки вимагають консервативного лікування. У разі неефективної консервативної терапії виконується короносепація або видалення одного з коренів зуба.

Зовнішня резорбція кореня. Лікування прогресуючої запальної зовнішньої резорбції кореня частіше всього здійснюється через кореневий канал. Однак в зубах із зовнішньою резорбцією в області шийки зуба показано проведення хірургічної операції. Створюється хірургічний доступ до області резорбції з подальшим видаленням грануляційної тканини і заповненням порожнини пломбувальним матеріалом. Іноді надмірне виведення пломбувального матеріалу за апекс може призвести до розвитку швидко прогресуючої апікальної резорбції кореня. У цих випадках лікування здійснюється шляхом хірургічного висічення надлишку пломбувального матеріалу разом з верхівкою кореня.

Перелом кореня. При горизонтальних переломах в області верхньої третини кореня відбувається некроз пульпи в його апікальній частині періодонтиту. Досить часто ендодонтичне лікування через лінію перелому виявляється неефективним, в той час як хірургічне видалення апікального фрагменту при локалізації перелому в верхівковій частині кореня дозволяє зберегти зуб.

Резекція верхівки кореня. Верхівка кореня може відігравати важливу роль в етіології апікального періодонтиту, оскільки в цій області локалізуються дельтовидні відгалуження кореневого каналу, що є постійним джерелом інфікування. У зв'язку з цим хірургічне ендодонтичне лікування апікального періодонтиту виконують шляхом резекції верхівки в середньому на 1-3 мм.

Потім операційне поле ретельно обробляється стерильним фізіологічним розчином, слизовонадікстковий клапоть репонується і притискається вологим марлевым тампоном протягом 1-2 хв для поліпшення його адаптації до підлягаючих тканин. Для ушивання клаптя краще використовувати безперервний шов, що починається в кутку, утвореному перетином вертикального і горизонтального розрізів. Щоб уникнути додаткового ушкодження тканин шви знімаються на 4-7-у добу після операції.

Запланована реплантація. Іноді необхідне хірургічне ендодонтичне лікування не може бути проведено в силу певних анатомічних або яких-небудь інших причин. У цьому випадку методом

вибору може бути планове видалення зуба з обробкою кореневих каналів і пломбуванням його поза порожнини рота і подальшої реплантації. Успіх лікування залежить від того, чи можливо видалення зуба з мінімальним пошкодженням періодонтальної зв'язки і шару цементобластов на поверхні кореня зуба. Крім того, має значення час перебування зуба поза порожниною рота (не більше 5-10 хв). В процесі лікування лікар не повинен торкатися кореня зуба і фрагментів періодонтальної зв'язки, що залишилися на поверхні кореня, а також повинен стежити за тим, щоб вони залишалися вологими. З цією метою всі етапи лікування, які не вимагають роботи в сухий порожнини, слід проводити, зануривши зуб в стерильний ізотонічний фізіологічний розчин. Зуб витягується з фізіологічного розчину лише на короткий час, який потрібний для обтурації ретроградної порожнини, перфораційного отвори або інших дефектів, але навіть у ці моменти поверхню кореня зуба повинна бути вологою.

Після закінчення пломбування зуб акуратно реплантується в лунку, при цьому слід всіляко уникати додаткової травми тканин на поверхні кореня. Найчастіше зуб Шинуюча до сусідніх зубам на 5-7 днів. Зручніше за все при цьому використовувати шини з адгезивних матеріалів. Первинне загоєння періодонтальної зв'язки спостерігається не часто. Анкілоз чи запальна резорбція спостерігаються при вираженому пошкодженні кореня в результаті видалення і реплантації. Однак при ретельному дотриманні технології операції можна очікувати відновлення періодонтальної зв'язки.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

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

1. Вміти збирати анамнез і провести клінічне обстеження пацієнта, оформити історію хвороби або амбулаторну карту, встановити діагноз і призначити лікування.
2. Вміти використовувати хірургічний пародонтологічний інструментарій.

Б. задачі для самоконтролю:

1. Хворий звернувся зі скаргами на наявність неприємного гнилісного запаху з ротової порожнини, відчуття зуду, і болі в яснах, кровоточивість. Хворий відмічає загальне знедужання, головну біль, температуру тіла 39 С. Об'єктивно: відмічається значна кількість зубних відкладень, міжзубні сосочки втратили свою форму, мають вигляд рівномірно зрізаних, поверхня ясен має білувато-гязно-сіруватий колір. Поставте діагноз? (Відповідь: гострий виразковий-некротичний гінгівіт).
2. Хворий скаржиться на кровоточивість ясен при чистці зубів, інколи самовільну, розростання ясен, біль в яснах під час їди. Об'єктивно: ясенні сосочки збільшені, гіперемовані і покривають половину коронки зуба. Відмічається відшаровування ясен від зубів. Ваш діагноз: (Відповідь: гіпертрофічний гінгівіт).
3. Хворому 27 років встановлений діагноз виразково-некротичний гінгівіт. Який із препаратів доцільно використати для обробки порожнини рота? (Відповідь: 1-2% розчин H₂O₂).

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з одиночною правильною відповіддю (α = II):

1. Недоліки гінгівитомії?

- А. Проводиться без візуального контролю.
- В. Ретракція ясеневого краю.
- С. Часті кровотечі.

(Правильна відповідь: В)

2. Одиночні пародонтальні абсцеси чи можуть бути показанням до гінгівитомії?

- А. Ні, не можуть.
- В. Можуть.

(Правильна відповідь: В)

3. Френотомія – це:

- А. Висічення вуздечки язика чи губи.
- В. Розсічення вуздечки язика чи губи.
- С. Формування трикутних клаптів з послідуочим їх переміщенням.

(Правильна відповідь: В)

Г. Навчальні задачі 3-го рівня (нетипові задачі):

1. Хвора 37 р., звернулася до лікаря зі скаргами на кровоточивість та набряк ясни. Обективно: ясенні сосочки набряклі, є відкладення над та під ясеневого зубного каменю. Рентгенологічно: остеопороз, деструкції міжзубних перетинок на 1/3 довжини, розширення

періодонтальної щілини. Ваш діагноз.

(Відповідь: Пародонтит I ст. важкості).

2. Хворий 33 років скаржиться на кровоточивість ясен під час чистки зубів. Об'єктивно: ясеневий край гіперемований, набряклий, при пальпації біль. На рентгенограмі: резорбція кортикальної пластинки. Поставте діагноз?

(Відповідь: Начальний ступінь генералізованого пародонтиту).

3. Жінка 47 років, в анамнезі цукровий діабет звернулась з приводу загострення генералізованого пародонтиту III ступеню важкості. В комплексному лікуванні пародонтиту лікар призначив антибактеріальний препарат групи макролідів на протязі 7 діб. Яку групу препаратів обов'язково потрібно включити в лікування для профілактики дисбактеріозу?

(Відповідь: Еубіотики).

7. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии.- Белмедкнига, Витебск, 1998.- 404 с.
2. Заболевания пародонта: Атлас: учеб. пособие для студентов мед. вузов /Н. Ф. Данилевский, Е. А. Магид, Н.А.Мухин, В. Ю. Миликевич. — М.: Медицина, 1993. - 320 с.
3. Робустов Т.Г. Хирургическая стоматология.- М: Медицина, 1990.- 576 с.
4. Рожко М.М., Кириленко І.І., Денисенко О.Г. та ін.. Стоматологія: Т.2.- К.: Книга-плюс, 2010.- 608с.

Додаткова література:

1. Грудянов А.И., Чупахин П.В. Методика направленной регенерации тканей. Подсадочные материалы. – М.: ООО "Медицинское информационное агентство", 2007. - 64 с.
2. Эдвард Коэн Атлас косметической и реконструктивной пародонтологической хирургии Перевод А. Островского Москва второе издание 2003
3. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия. Руководство для врачей/ Под редакцией проф. В. Н. Балина и Н.М. Александрова СПб «Специальная Литература», 1998. – 592 с.

№ 27. Хірургічні методи лікування больових синдромів, невралгій, невритів.

1.АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ: больові синдроми, невралгії, неврити в практичній діяльності хірурга-стоматолога спостерігаються досить часто. Диференційна діагностика цих станів між собою, іноді вимагає значних знань таких патологічних проявів.

2.КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 1.1. Аналізувати етіологічні фактори, які сприяють виникненню больових синдромів, невралгій, невритів.
- 1.2. Пояснювати особливості клінічного перебігу больових синдромів, невралгій, невритів різних ділянок обличчя.
- 1.3. Запропонувати план обстеження хворого з больовими синдромами, невралгіями, невритами щелепно-лицевої ділянки.
- 1.4. Класифікувати больові синдроми, невралгії, неврити щелепно-лицевої ділянки.
- 1.5. Тракувати принципи діагностики больових синдромів, невралгій, невритів щелепно-лицевої ділянки.
- 1.6. Створювати графологічну схему теми.
- 1.7. Проаналізувати результати лабораторних та інструментальних обстежень.
- 1.8. Зіставте алгоритм дій лікаря під час клінічного обстеження хворого з больовими синдромами, невралгіями, невритами щелепно-лицевої ділянки.

3.БАЗОВИЙ РІВЕНЬ ПІДГОТОВКИ.

Назви попередніх дисциплін	Набуті навички
1.Топографоанатомічна анатомія.	1.Визначити пошкоджену анатомічну ділянку.
2. Загальна хірургія.	2.Описувати історію хвороби пацієнтів з больовими синдромами, невралгіями, невритами щелепно-лицевої ділянки.
3. Внутрішні хвороби	3.Встановлювати діагноз болевих синдромів, невралгій, невритів різних ділянок обличчя.
4. Фармакологія.	4.Призначити схему медикаментозного лікування

	пацієнтів з больовими синдромами, невралгіями, невритами щелепно-лищевої ділянки.
5. Рентгенологія.	5.Визначити необхідний для хворого метод обстеження.

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

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

Термін	Визначення
1.Центральна невралгія	- ураження гассерова ганглія.
2.Периферична невралгія	-ураження периферичних гілок трійчастого нерва
3.Гіперкінези м'язів обличчя	- посмикування м'язів підборіддя, очей або інших м'язів.
4. Неврит	– враження нерва, що характеризується змінами інтерстицію, мієлінової оболонки і осьових циліндрів. При невралгіях спостерігаються зміни тільки в його оболонках

4.2.Теоритичні питання до заняття:

1. Визначити пошкоджену анатомічну ділянку.
2. Описувати історію хвороби пацієнтів з больовими синдромами, невралгіями, невритами щелепно-лищевої ділянки.
3. Встановити діагноз болевих синдромів, невралгій, невритів різних ділянок обличчя
4. Призначити схему медикаментозного лікування пацієнтів з больовими синдромами, невралгіями, невритами щелепно-лищевої ділянки.
5. Визначити необхідний для хворого метод обстеження.

4.3.Практичні роботи, завдання які виконуються на занятті:

1. Провести пальпацію щелепно-лищевої ділянки у хворого з підозрою на невралгію, неврити щелепно-лищевої ділянки.

5.ОРГАНІЗАЦІЯ ЗМІСТУ НАВЧАЛЬНОГО МАТЕРІАЛУ.

У літературі розрізняють поділ невралгій трійчастого нерва на дві форми: центральну (ураження гассерова ганглія) і периферичну (ураження периферичних гілок трійчастого нерва). Змішувати невралгії трійчастого нерва центрального і периферичного генезу в одне захворювання можна, тому кожна з цих форм має свої особливості клінічного перебігу, що вимагає різних методів їх лікування.

Невралгія трійчастого нерва переважно центрального генезу.

Етіологія: Серед найбільш частих причин виникнення даної невралгії необхідно віднести наступні фактори: судинні захворювання (гіпертонічна хвороба), ревматизм, черепно-мозкова травма, інфекційні захворювання, ураження центральної нервової системи (арахноїдиту, енцефаліти), гострі порушення мозкового кровообігу, клімактеричний період, хронічні бактеріальні (ангіни) і вірусні (грип, ГРВІ) інфекції, отруєння різними отрутами (свинець, мідь, миш'як), ендогенні інтоксикації, ендокринні захворювання та ін.Частіше хворіють люди у віці 40-60 років.

Клініка. Захворювання характеризується появою гострих, різучих, нападopodobних лицьових болів. Хворі порівнюють їх з "проходженням електричного струму". Больові пароксизми тривають від кількох секунд до кількох хвилин. Частота нападів різна. Болі можуть виникати спонтанно, але частіше з'являються при русі мускулатури обличчя (розмови, їжі, умивання, гоління і т.д.). хворі застигають у певній позі, бояться поворухнутися (затримують дихання або посилено дихають, здавлюють хворобливу ділянку або розтирають її пальцями, деякі виконують жувальні рухи.).

Болі захоплюють певну ділянку обличчя, яка інервується тією чи іншою гілкою трійчастого нерва (частіше II або III гілка, рідше I). Болі супроводжуються вегетативними проявами - гіперемією обличчя, слезотечею, ринореєю, гіперсалівацією (рідко сухістю порожнини рота). З'являються гіперкінези м'язів обличчя - посмикування м'язів підборіддя, очей або інших м'язів. Напад болів припиняється раптово.

Для невралгії трійчастого нерва центрального генезу характерно (у 84% випадків) наявність зон Куркова (тригерних), тобто ділянок шкіри або слизової оболонки, подразнення яких провокує появу нападу болю. Куркові зони на шкірі обличчя мають назолабільне розташування, тому локалізуються в ділянці губ і носа. Однак є тригерні зони і на слизовій оболонці порожнини рота (на піднебінні, альвеолярному відростку верхньої і нижньої щелеп або в інших ділянках). Куркові

зони на слизовій оболонці завжди локалізуються на боці ураження трійчастого нерва. Болючі точки Валле - місце виходу гілок трійчастого нерва з кісткового отвору в м'які тканини обличчя. Нерідко хворі відзначають, що нападу болю передують вегетативна аура - гіпертермія або сльозотеча на хворій стороні. У інших хворих виникненню болю передують парестезії у вигляді "повзання мурашок", свербіння або поколювання. Kranzl B. (1977) встановив взаємозв'язок між коливаннями кров'яного тиску і нападами захворювання. Частота нападів також зростає з підвищенням тиску повітря.

Між нападами болю ніяких відчуттів на ураженій стороні немає. При тривалому перебігу невралгії на відповідній стороні з'являється сухість шкіри, випадання вій, себорейна екзема, гіперпигментація і навіть атрофія жувальних, а іноді і м'язів.

Найбільш часто уражаються II і III гілки трійчастого нерва. Захворювання триває від декількох місяців до декількох років (іноді десятками років).

Лікування невралгій трійчастого нерва центрального генезу проводиться лікарями невропатологами. В першу чергу для зняття болю призначають антиепілептичні препарати: тегретол (финлепсин), етосуксемід, морфолеп, триметин, клоназепам та ін. Тегретол (Карбамазепін, финлепсин) в першу добу призначають 0,1 (0,2) грама 2 рази на добу. Щоденно дозу збільшують на 0,1 м. Доводять максимально до 0,6-0,8 г на добу (в 3-4приєма). Ефект настає на 2-3 добу від початку лікування. Після зникнення болю дозу препарату щодня знижують на 0,1 г і доводять до 0,1-0,2 г на добу. Курс лікування становить 3-4 тижні. Перед випискою зі стаціонару дозу препарату зменшують до тієї мінімальної дози, при якій не з'являються напади болю.

Етосумсімід (суксілеп, Ронтон) призначають у дозі 0,25 г на добу. Поступово збільшують дозу до 0,5-1,0 г на добу (в 3-4 прийоми), дозу утримують кілька днів і поступово знижують до 0,25 г на добу. Лікування триває 3-4 тижні. Проводиться курс лікування нікотиною кислотою. Внутрішньовенно її вводять у вигляді 1% розчину, починаючи з 1 мл (нікотинову кислоту розчиняють в 10 мл 40% розчину глюкози). Щоденно дозу збільшують на 1 мл і доводять її до 10 мл (на десятий день лікування), а потім щодня знижують на 1 мл і закінчують введенням 1 мл препарату. Слід пам'ятати, що нікотинову кислоту потрібно вводити повільно, після прийому їжі, в положенні лежачи (тому препарат знижує артеріальний тиск).

Консервативне лікування включає призначення вітамінів групи В, антигістамінних препаратів, біогенних стимуляторів (ФІБС, алое, біосед, пелоїдин або ін), гіпотензивних та спазмолітичних засобів.

Існують відомості про призначення фізіотерапії (електрофорез або фонофорез з анальгетиками або анестетиками, діадинамічний струми, УФО, УВЧ та ін). Хірургічне лікування невралгій трійчастого нерва центрального генезу у щелепно - лицевому хірурга не дає позитивного ефекту.

Невралгія трійчастого нерва переважно периферичного генезу

Дані невралгії виникають в результаті впливу патологічного процесу на різні ділянки периферичного відділу трійчастого нерва.

До етіологічних чинників, які можуть викликати невралгію трійчастого нерва периферичного генезу слід віднести наступні захворювання: пульпіти; періодонтити; хронічні періостити; остеомієліти; гайморити; гальванізм порожнини рота; пухлини і пухлиноподібні утворення м'яких тканин і кісток лицевого скелета; протези, які травмують слизову оболонку рота або порушують висоту прикусу; пломбувальна маса, яка виведена за межі верхівки зуба при проведенні заапекальної терапії; при осифікації нижньощелепного каналу (проходить нижньощелепний нерв) або підочний отвори (виходить підочний нерва); простий або оперізуючий лишай (викликається нейротропним вірусом) і ін.

В даний час вважають, що фактором, який може підтримувати протягом невралгії є наявність неусунених вогнищ хронічної інфекції в носовій порожнині (хронічні риніти, поліпи та ін), ротоглотки (хронічний тонзиліт та ін) і порожнини рота (каріозні зуби, рецидивуючі захворювання слизової оболонки або ясен, зубні камені, зруйновані зуби та ін.)

Клінічно захворювання характеризується наявністю нападopodobний болю по ходу відповідних гілок трійчастого нерва. Больові пароксизми при невралгіях трійчастого нерва периферичного і центрального генезу не відрізняються між собою (див. опис раніше перерахованих симптомів). Болі поширюються по ходу II і III гілок трійчастого нерва.

Вегетативна симптоматика (сльозотеча, ринорея, гіперсаливація тощо) при периферичних невралгіях виражена не так чітко. Куркові (тригерні) зони зустрічаються не так часто (в 47% випадках), рідше больові точки Балі. Вегетативної аури немає.

На думку А.І. Тріщинський і А.Д. Дінабург (1983) існує зв'язок між зонами іррадіації болю і зоною її зародження. Якщо, наприклад, напади починаються в ділянку альвеолярного відростка верхньої щелепи (відповідно молярів і премолярів), то біль іррадіює в ділянку бугра верхньої щелепи і т.д. на висоті нападу болі можуть іррадіювати в лоб, скроню, потилицю, шию. Проведення аплікаційної анестезії в області зони зародження болю може запобігти появі больових пароксизмів. Проводячи блокади, шляхом проведення місцевої анестезії (діагностична блокада), припиняються больові пароксизми на 1-2 години, рідше більше 3-х годин.

Таким чином, з раніше сказаного випливає, що клінічна симптоматика невралгії трійчастого нерва центрального і периферичного генезу має схоже перебіг. Діагноз уточнюється за рахунок правильно і ретельно зібраного анамнезу, вивчення клінічної симптоматики невралгічних проявів і проведення діагностичних блокад з місцевими анестетиками.

Диференціальна діагностика невралгій трійчастого нерва

Гангліоніт крилопіднебінного вузла (синдром Sluder) характеризується різкими болями в периорбітальній ділянці, в очному яблуці, в ділянці кореня носа, верхній і нижній щелепах, а іноді і в зубах. Болі іррадіюють в язик, м'яке піднебіння, скроню, потилицю, вухо, шию, лопатку, плече. Болі тривають від декількох хвилин до декількох годин. Обов'язково різко виражені вегетативні симптоми - гіперемія і набряклість шкіри половини обличчя, слъзотеча, ринорея.

Є гіперемія і набряклість слизової оболонки заднього відділу носової порожнини. Больовий напад припиняється після проведення аплікаційної анестезії заднього відділу носової порожнини, що служить диференційно - діагностичним критерієм, який вказує на наявність у хворого гангліоніту крилопіднебінного вузла. а при неможливості виконання цієї анестезії можливий біль, який зникає при проведенні крилопіднебінної анестезії піднебінним шляхом, і інший шлях введення анестетика (туберальна, підскуло – крило піднебінна та ін.)

Гангліоніт півмісяцевого вузла. Півмісяцевий гангліон - це чутливий гангліон трійчастого нерва, що лежить в трійчастій порожнині твердої мозкової оболонки на передній поверхні піраміди скроневої кістки. Провокується інфекційними захворюваннями, судинними ураженнями, інтоксикаціями та іншими факторами. Відзначається біль у зоні іннервації трьох гілок трійчастого нерва з іррадіацією в половину голови. Біль носить випадковий характер. Є розлади всіх видів чутливості на відповідній половині обличчя. З'являються герпетичні висипання на шкірі обличчя (частіше в проекції I гілки трійчастого нерва). Тривалість герпетичних висипань 1-2 тижні. Гангліоніт війкового (циліарного) вузла (синдром Оппенгейма). Характеризується нападами гострого болю в області очного яблука. Болі часто виникають в нічний час і супроводжуються вираженою вегетативною симптоматикою (ринорея, слъзотеча, світлобоязнь, гіперемія кон'юнктиви ока). Напад болю триває близько півгодини, а іноді й кілька годин. При пальпації є болючість очного яблука. Характерно поява герпетичних висипань на шкірі чола і носа. У хворих можуть розвинути кон'юнктивіт і кератити.

Невралгія носовійчастого нерва (синдром Шарля). Відзначаються болі в області очного яблука, надбрів'я з іррадіацією в відповідну половину носа. Болі виникають вночі, виражена вегетативна симптоматика. Хворобливість при пальпації половини носа і внутрішнього кута очниці. Герпетичні висипання на шкірі носа і чола. Явища кератокон'юнктивіта. Болі зникають після проведення аплікаційної анестезії переднього відділу носової порожнини, що служить діагностичним критерієм невралгії носовійчастого нерва.

Гангліоніт вушного вузла. Є напади пекучих болів, які локалізуються допереду від зовнішнього слухового проходу і в скроневої ділянці. Напади тривають від декількох хвилин до години. Болі іррадіюють в нижню щелепу, зуби і шию. З'являється відчуття закладеності і ляскання в вусі. Під час нападу болю спостерігається гіперсаливація з відповідної сторони. Болі провокуються натисканням на ділянку зовнішнього слухового проходу (між зовнішнім слуховим проходом і голівкою нижньої щелепи). Болі зникають після проведення внутрішньошкірної анестезії попереду козелка вуха, що є діагностичним критерієм наявності гангліоніту вушного вузла.

Невралгія ушно - скроневого нерва (аурикуло - темпоральний синдром, привушний гіпергідроз, синдром Фрей). Вперше був описаний в 1874 р. ВС Покровським (з клініки С. П.Боткіна). Дана інформація вітчизняного лікаря залишилася непоміченою. У 1923 р. LuciePrey описала його під назвою "синдрому аурикуло - темпорального нерва". У 1927 р. AndreThomas пояснив появу синдрому вrostанням частини регенеруючих потових залоз. Розділення ушно-скроневого нерва призводить до усунення клінічної симптоматики.

Невралгія трійчастого нерва

Виникає після оперативних втручань на привушній залозі, травми м'яких тканин привушної ділянки, переломів, скроневого відростка нижньої щелепи, площинної остеотомії нижньої щелепи. Характеризується ниючими або пекучими болями і появою вегетативно-судинних розладів в привушно-жувальній області (гіпергідроз, почервоніння, потепління, гіперестезія). Розвивається найчастіше під час їжі або при вигляді їжі, яка викликає підвищене слиновиділення. Синдром може викликатися курінням, нервовими стресами, перегрівом організму.

Новокаїнова блокада проекції ушно - скроневого нерва знімає клінічну симптоматику синдрому (опис проведення блокади див. в розділі "Лікування невралгій").

У проекцію нерва з лікувальною метою вводять рівні кількості анестетика (новокаїну) і спирту (80%). Призначають парафінотерапія, електрофорез анестетиків на привушну ділянку.

Перед прийомом їжі рекомендують прийом атропіну або платифіліну. При неефективності консервативної терапії показано проведення хірургічного втручання (розділення ушно-скроневого і великого вушного нервів).

Невралгія язикоглоткового нерва. Нападоподібні болі, які починаються з кореня язика або в ділянці мигдалини. Іррадіюють в піднебінну фіранку, глотку, вухо, око, нижню щелепу і навіть шию. Болі виникають при розмові, ковтанні, прийомі їжі (особливо дуже холодної або гарячої). Напади тривають 1-3 хвилини. Інтервали між нападами різні. Під час нападу з'являється сухість у горлі, а після нападу болю - посилена саливація.

При проведенні диференціальної діагностики цього захворювання потрібно пам'ятати, що біль завжди починається в корені язика або в ділянці мигдалин, а механічне подразнення цих ділянок завжди провокує напад. При змазуванні кореня язика, мигдалини і задньої стінки глотки анестетиком (дикаїном, піромекаїном) напади припиняються.

Синдром Eagle. Збільшення в розмірах шилоподібного відростка скроневої кістки з характерними симптоматичними проявами носить назву синдрому Eagle. Нормальні розміри шилоподібного відростка коливаються в межах 25 мм. При його збільшенні хворі відзначають біль при ковтанні і русі, язика, з іррадіацією у вухо. Спостерігаються болі при повороті голови, характерним є невизначений головний біль з нудотою, запаморочення (це пов'язано з тиском шилоподібного відростка на сонну артерію, особливо при русі голови). Хворі скаржаться на дисфагію, отальгію. Пальпація мигдаликової ямки з хворої сторони викликає типову біль, яку постійно відчував хворий. Рентгенологічно - подовження шилоподібного відростка. В клінічній практиці у трьох хворих з таким діагнозом проведена операція з вкорочення шилоподібного відростка скроневої кістки (позаротовим доступом). Отриманий стійкий позитивний ефект.

Невралгія барабанного нерва (синдром Reicherf). Барабанний нерв є гілочкою язикоглоткового нерва. Характеризується нападами ріжучого болю в ділянці зовнішнього слухового проходу з іррадіацією в обличчя і ділянку соскоподібного відростка. Болі виникають гостро і стихають поступово. Виникнення нападу болю провокує пальпація зовнішнього слухового проходу.

Невралгія верхнього гортанного нерва. Клінічна картина багато в чому нагадує невралгію язикоглоткового нерва. Болі, які виникають у гортані, носять нападоподібний характер, з'являються під час їжі або при ковтальних рухах, іррадіюють в вухо.

У диференціальній діагностиці головне значення має локалізація болю. При невралгії верхнього гортанного нерва біль завжди починається з гортані, а на бічній поверхні шиї, трохи вище щитоподібного хряща нерідко можна виявити болючу точку. Під час нападу болю з'являється кашель.

Невралгія язикового нерва. Характеризується різкими нападами болю, які локалізуються в ділянці передніх двох третини половини язика. Болі виникають спонтанно або при прийомі їжі, а також при розмові. Часто буває гіперестезія відповідної половини язика, а нерідко призводить до втрати в цій зоні больової і смакової чутливості.

Гангліоніт підщелепного вузла. Приступ гострого болю в піднижньощелепній ділянці зазвичай 1-2 рази на добу, триває від декількох хвилин до години. Провокуються болі тільки прийомом гострої або рясної їжі. Болі іррадіюють в нижню щелепу і губу, потилицю, шию. Може спостерігатися підвищене слиновиділення. Припухлості м'яких тканин в піднижньощелепній ділянці не відмічаються. З протоки піднижньощелепної залози виділяється прозора слина.

Гангліоніт під'язикового вузла. Приступ гострого болю в під-нижньощелепній ділянці та язиці тривалістю від декількох хвилин до години. Больові пароксизми нечасті (1-2, рідше 3 рази на добу). Болі іррадіюють в різні відділи нижньої частини обличчя і особливо, в кінчик язика, а також під'язикову ділянку. Провокуються прийомом гострої і рясної їжі.

Глоссодинія (вісцеро-рефлекторний стовбуровий синдром) - системне захворювання, яке розвивається на тлі клінічної симптоматики патології внутрішніх органів і вегетосудинної дистонії. Провідним симптомом захворювання є перестезія (у вигляді печіння, опіку, свербіння, оніміння, повзання мурашок і т.д.). Місце виникнення перестезії-слизової оболонки кінчика язика (найбільш часто) і рідше в ділянці губ, щік, неба, шкірі обличчя, глотці. В залежності від локалізації парестезії Є.В. Яворська (2000) виділяє 6 варіантів глоссодинії: лінгвально-мандібулярна, максилярні, окципітальну, мандібуло-максилярні, глоссофарінгальну, фронтопаріетальну. Топографічно парестезії зосереджені в ділянці іннервації трійчастого, язикоглоткового і блукаючого нервів. У хворих можуть виникати зміни смакових відчуттів. Залежно від патогенезу глоссодинії Е.С. Яворська (2000) рекомендує направляти лікування на ліквідацію етіологічних факторів, які формують захворювання (підвищення або недостатність симпатичного тону, перебудження або зниження функції парасимпатичної нервової системи, пароксизмальні вегетативні кризи чи уражені сегментарні вегетативні ділянки).

Хірургічне лікування

А.В. Вишневський (1934) довів, що анестезія нерва надає певну терапевтичну дію на вражену ділянку завдяки зняттю больового подразнення. Блокади можуть бути використані як з діагностичною метою, так і для лікування хворого.

Блокада проводиться місцевими анестетиками (новокаїн, лідокаїн, трімекаїн, маркаїн, ультракаїн та ін) або сумішшю наступного складу: поліглюкін, (реополіглюкін) 3 мл, 2% розчин лідокаїну 2 мл, гідрокортизон 1 мл (25 мг). Зникнення болей після проведення такої блокади, навіть на півгодини, є показником правильно встановленого місця блокади.

Неодноразове (до 15-20 разів) застосування блоkad в деяких випадках може мати позитивний ефект. Місце проведення блоkad - це місце виходу з кістки (або входу в кістку) периферичних гілок трійчастого нерва, тобто місце проведення периферичного і центрального провідникового знеболювання.

Блокада ушно-скроневого нерва проводиться позаду суглобової головки нижньої щелепи в просторі, обмеженому позаду козелком вуха, а зверху - нижнім краєм виличної дуги.

При введенні анестетика у вказане місце іноді блокується гілку лицьового нерва. Щоб уникнути цього голку не слід вводити на глибину більше 1 см, а кількість знеболюючої речовини не повинен перевищувати 1 мл. Доцільно спочатку ввести водний розчин місцевого анестетика короткої дії і залишити голку на місці введення. Якщо клінічна симптоматика ураження ушно-скроневого нерва зникає, а ознак блокади лицьового нерва немає, то можна з найменшим ризиком ввести 1-2% розчин спазмолітін для лікувальних цілей.

За пропозицією П.І. Семенченко та співавторів (1979) у хворих з невралгією трійчастого нерва для блокади можна використовувати 0,25% -0,5% -1% -2% розчин спазмолітін. Для периферичної блокади використовується 2% розчин спазмолітін, для центральних анестезій (блоkad) - 1% розчин, а для блоkad вегетативних гангліїв і внутрішньошкірної інфільтрації Куркова зон - 0,25% - 0,5% розчини. Блокади проводяться через 3 дні, рідше - через 2 дні. Периферичні блокади чергуються з центральними. Для блоkad використовується від 0,5 мл до 3,0 мл 1-2% розчину спазмолітін і 2-5 мл 0,25% -0,5% розчину. Після проведення блоkad розчином спазмолітін спостерігається запаморочення, зниження артеріального тиску. Тому після проведення блоkad спазмолітином рекомендовано спостереження лікаря протягом 35-40 хвилин. Через 2-2,5 години на місці ін'єкції спазмолітином розвивається набряк м'яких тканин, який самостійно проходить через 3 дні. Для попередження набряку рекомендується застосування антигістамінних препаратів.

Протягом багатьох років, для лікування невралгій трійчастого нерва периферичного генезу використовувалися блокади розчином спазмолітін. Курс лікування складався з 5-7 блоkad. Позитивний ефект спостерігався у 2 / з хворих, а у 1 / з застосований згодом хірургічний метод лікування. Рецидиви болів з'являються приблизно у половини хворих через 2-4 роки. Ускладнення при використанні спазмолітін не спостерігаються.

Позитивний спостерігається при проведенні блоkad спазмалгоном (спазган, баралгін, максіган). Препарат діє більш м'якше, ніж спазмолітін. Рецидиви захворювання з'являються лише в невеликому відсотку випадків. Тривалість ефекту була більше 5 років, ускладнень не спостерігали (А.А. Тимофєєв, Є.П. ваг, 1996, 1998).

До алкоголізації, як методу лікування невралгій трійчастого нерва, ми ставимося негативно, т.к. ця процедура дає тимчасовий ефект. Після алкоголізації дегенерації нерва не відбувається, а виникає патологічний його стан з приєднанням невриту. Часто алкоголізація може призвести до гангліонітів довколишнього вузла. У місці введення спирту утворюються грубі рубці, які в

подальшому ускладнюють проведення операції. Алкоголізація сприяє появі стійкості до протисудомного препарату. При введенні спирту можливі ускладнення (некроз ділянки кістки або м'яких тканин, розвиток абсцесу або флегмони).

У нашій клініці для лікування невралгії трійчастого нерва раніше використовувався метод тканинної терапії І.М. Старобінського і СІ. Шефтель (1950) - підшкірної підсадки шкіри, взятої у самого ж хворого. Позитивний ефект спостерігали не більше, ніж у 30% прооперованих хворих. Рецидиви з'являлися через 1-2 роки. Хірургічні методи лікування зводяться до проведення нейротомії - розсічення нерва і нейректомії - висічення ділянки нерва, нейроекзереза.

Нейротомія II гілки трійчастого нерва способом Русселя (Russel), яка була запропонована автором в 1944 р. Для лікування невралгії другої гілки трійчастого нерва, використовується рідко, тому позитивний ефект настає не на тривалий термін (рецидиви через 4-5 місяців) і операція залишає косметичний дефект (проводиться позаротові доступом).

До теперішнього часу відомо багато методів нейректомії другої і третьої вервей трійчастого нерва. Для лікування невралгії запропоновані методи: Tniersch (1883), Rbmer (1953), Rosenthal (1955), Klampfer (1966) і багато інших. Найбільш перспективними методами для лікування периферичних форм невралгії трійчастого нерва є декомпресійні операції із звільненням периферичних гілок нерва з кісткових каналів.

У нашій клініці (Київська медична академія післядипломної освіти. П.Л. Шупика) знаходять широке застосування декортикації підочного або нижньощелепного каналу з резекцією нервово-судинного пучка. Позитивний ефект спостерігали майже у 90% хворих. Ускладнень не було.

Декортикація підочного каналу з резекцією нервово-судинного пучка. Показанням для зазначеного хірургічного втручання є рецидиви болів в зоні периферичної іннервації другої гілки трійчастого нерва після використання всіх можливостей консервативного лікування та ліквідації одонтогенних та інших патологічних процесів в ділянці верхньої щелепи, які можуть бути причиною невралгічних синдромів.

Методика проведення операції. Проводять анестезію у круглого отвору піднебінним або підскуло-крилоподібним шляхом (5 мл 2% розчину новокаїну, трімекаїну або лідокаїну) і інфільтраційну анестезію в ділянці передвер'я порожнини рота на тлі нейролептаналгезії.

Розсікають слизову оболонку і окістя по перехідній складці від бічного різця до другого великого корінного зуба. Відсепаровують м'які тканини від передньої стінки верхньощелепної пазухи, по можливості, до нижнього краю орбіти. Трепанують передню стінку верхньощелепної пазухи з утворенням наскрізного отвору близько 2,5-3 см в діаметрі. В результаті кістковий дефект приймає грушоподібну форму. Виділяють з м'яких тканин підочної ділянки нервово-судинний пучок і перетинають його на якомога більшій відстані (зазвичай 2,5-3 см) від підочного отвору. Куксу нервово-судинного пучка захоплюють затискачем, що, в подальшому, полегшує проведення операції. Подовжньо розрізають і відсепаровують слизову оболонку верхньощелепної пазухи в ділянці проекції підочного каналу. Глибина залягання підочного каналу різна. Іноді нижня стінка його місцями відсутня. В інших випадках канал може бути "замурований" в товщі склерозованої кістки.

Видаляють нижню стінку каналу на всьому протязі і одночасно прилягаючу ділянку кістки задньої стінки верхньощелепної пазухи.

Зміщують нервово-судинний пучок вниз і перерізають його гострим серповидним скальпелем, по можливості, проксимальніше. Можна провести нейроекзерез. Кровотеча зупиняється електрокоагуляцією або шляхом накладення на закривавлену куксу кристалів перманганату калію. Шматки слизової оболонки верхньощелепної пазухи укладають на місце. Рану в передвер'ї рота зашивають наглухо. Якщо невралгія поєднується з хронічним гайморитом, вискоблюють змінену слизову оболонку і поліпи.

Під час оперативного втручання слід резіціювати нервово-судинний пучок протягом 7-8 см, включаючи його вкостковий відрізок (2,5-3 см).

У післяопераційному періоді проводиться симптоматичне лікування. При наявності пароксизмів болю, які можуть відзначатися протягом декількох днів після операції, хороший терапевтичний ефект досягається від призначення фінлепсіна по 1 таблетці 2 рази в день.

Декортикація нижньощелепного каналу з резекцією нервово-судинного пучка (за методом АМ Короленка, 1980). Відмінною особливістю оперативного втручання за методом АМ Короленка (1980) при невралгії III гілки трійчастого нерва з наявністю деструктивних змін у кістці нижньої щелепи є те, що крім резекції нервовосудинного пучка одночасно розширюється нижньощелепний канал. При необхідності навколо підборідного отвору, відступивши на 2-3 мм від його краю

оголюють кістку, яка викликала зменшення діаметра цього отвору. Пломбування каналу не проводиться, щоб не перешкоджати проростанню регенеруючого нерва в сформоване кісткове ложе.

Висічення ділянки нижньощелепного нервово-судинного пучка необхідно з метою попередження рецидиву захворювання, так як морфологічно встановлені незворотні зміни в нерві і судинах при периферичній невралгії III гілки трійчастого нерва.

Операцію слід завершити, переконавшись в безперешкодному переміщенні центральної ділянки нервово-судинного пучка в збереженій проксимальній частині каналу. При недотриманні цієї умови можливі рецидиви болю. Операції проводяться під місцевою анестезією біля овального отвору 2% розчином новокаїну і інфільтрацією навколишніх м'яких тканин 1% розчином новокаїну з премедикацією або з нейролептаналгезією. Це забезпечує безболісність втручання, спокійна поведінка хворих під час операції і в найближчі години після неї. У хворих з вираженою психоемоційною лабільністю слід застосовувати наркоз.

В залежності від локалізації і протяжності деструктивного процесу в нижній щелепі рекомендується три варіанти оперативних втручань.

I варіант операції. Показання: деструктивні зміни в більшій частині нижньощелепного каналу, в підборідному отворі і прилеглих до нього м'яких тканинах.

Проводять розріз в підщелепній ділянці, відступивши від нижнього краю нижньої щелепи на 1,5-2 см, довжиною 6-7 см. Розсічення окістя по краю нижньої щелепи. Звільнення зовнішньої поверхні нижньої щелепи від м'яких тканин. Відступивши на 2-3 мм від країв підборідного отвору і від проекції верхньої і нижньої меж нижньощелепного каналу фіссурним бором або циркулярною пилкою виробляються розпили кортикальної і губчастої кістки. Жолобуватим долотом знімається, по можливості, одним блоком кортикальний і губчастий шари кістки разом з зовнішньою стінкою нижньощелепного каналу і кістковим кільцем в ділянці підборідного отвору. Нервово - судинний пучок виводиться з кісткового ложа і резидується. Центральний і периферичний кінці його перев'язуються кетгуттом. Січеться рубцева тканина, що утворилася після спиртових блокад, в ділянці підборіддя нерва. Рана зашивається наглухо.

II варіант операції. Показання: звуження підборідного отвору, рубці м'яких тканин після алкоголізації.

В ділянці нижнього склепіння присінку рота проводиться дугоподібний розріз до кістки довжиною 5-6 см. М'які тканини відсепаровуються фіссурним бором, проводяться розпили кортикальної і губчастої кістки в ділянці нижньощелепного каналу, відступивши від їх меж на 2-3 мм. Жолобуватим долотом відділяється кістка в межах розпилів. Нервово-судинний пучок витягується з нижньощелепного каналу наскільки можливо і перетинається. Резецюється підборідний нерв разом з судинами. Висікаються рубцевозмінену тканину. Рана зашивається наглухо.

III варіант операції. Показання: деструктивні зміни на обмеженій ділянці нижньощелепного каналу.

Техніка операції аналогічна описаній вище, за винятком втручання в ділянці підборідних отворів.

У післяопераційному періоді необхідно симптоматичне лікування, спрямоване, головним чином, на купірування післяопераційних болів. Призначається з цією метою финлепсин по 1-3 таблетки на день. Протягом 2-3 днів і більше після операції можуть відчуватися приступоподібні болі, але менші за інтенсивності і частоти.

Представляє інтерес питання про розміри і ступінь порушення чутливості обличчя після операції. Вона, в основному, відповідає зоні іннервації підочного, нижнього луночкового і підборідного нервів. Найбільше порушується больова чутливість. Тактильна і температурна чутливість змінюється в меншій мірі, тому ушкодження деіннервованої області гарячою їжею, гострими предметами практично не має місця. З часом виникає тенденція до звуження зони та ступеня порушення всіх видів чутливості. Повного відновлення чутливості не відбувається.

Поряд із зазначеними порушеннями чутливості деякі хворі в перші тижні після операції відчують поколювання, повзання мурашок, напругу в деіннервованій ділянці. Хворі вважають за краще під час їжі користуватися здоровим стороною і не стільки внаслідок порушення чутливості, скільки в силу звички, виробленої в процесі захворювання, а також відсутність багатьох зубів, видалених раніше з приводу невралгічного болю. Яких-небудь особливостей у процесі користування знімними протезами, які будуть виготовлені хворим надалі, не виникає. Функція мови у хворих не страждає. Порушення чутливості обличчя хоча і неприємно хворим, але в порівнянні з невралгічними болями, які передували операції, незрівнянно менш обтяжливо. До

нього вони порівняно легко звикають. Хірургічне лікування практично безпечно і застосовується у хворих будь-якого віку.

Неврит трійчастого нерва

Неврит – враження нерва, що характеризується змінами інтерстицію, мієлінової оболонки і осьових циліндрів. При невралгіях спостерігаються зміни тільки в його оболонках. Проявляється симптомами подразнення і (або) випадіння функції в зоні відповідної іннервації. Ураження нерва обумовлено впливом різних етіологічних факторів: бактеріальні та вірусні інфекції, ендогенні та екзогенні інтоксикації, травми, судинні та обмінні порушення, алергічні чинники, охолодження, авітаміноз та ін

Патогенез невриту складний і обумовлений токсичними, обмінними і судинними змінами в нерві, а також порушенням анатомічної цілісності нервового волокна.

Особливістю клінічного прояву невриту трійчастого нерва є те, що захворювання проявляється болями, порушенням чутливості в зоні іннервації (гіпостезії, парестезії та ін), а також руховими порушеннями (при невриті нижньощелепного нерва).

Зустрічається як неврит трьох гілок трійчастого нерва, так і неврити окремих його гілок. Клінічно неврит трійчастого нерва проявляється мимовільними, постійними, ниючими болями в зоні іннервації його гілок (щелепах, зубах, яснах), оніміння (можуть бути парестезії) верхньої, нижньої губи і підборіддя, а також в зубах і яснах. Клінічна симптоматика може бути виражена як в легкій формі (мало турбує хворого), так і у важкій формі (викликає значні занепокоєння). При обстеженні виявляється випадання всіх видів чутливості в зоні іннервації трійчастого нерва.

Неврит нижньолуночкового (нижнього альвеолярного) нерва найчастіше виникає в результаті травми (складне видалення зубів, після проведеної анестезії, перелому щелепи та ін), при остеомієлітичному процесі, після виведення великої кількості пломбувального матеріалу за верхівку кореня зуба (премоляра або моляра), при пухлиноподібних і пухлинних процесах, які локалізуються в тілі нижньої щелепи і ін. Хворі скаржаться на ниючі болі (які іноді можуть бути виражені мало), відчуття оніміння в нижніх зубах і відповідній половині нижньої губи і підборіддя. Болі можуть бути постійними, а в деяких випадках навіть посилюватися або слабшати. Є відчуття незручності в підборідді. У гострій стадії (при запаленні) може бути парез жувальних м'язів і тризм - тонічне скорочення жувальних м'язів, що виявляється стисканням щелеп. При обстеженні виявляється випадіння всіх видів поверхневої чутливості на слизовій оболонці альвеолярного відростка з вестибулярної сторони (за винятком невеликої ділянки від другого премоляра до другого моляра), на слизовій оболонці і шкірі відповідної нижньої губи, а також шкірі підборіддя. Перкусія зубів болюча. Визначаючи електровозбудність пульпи зубів на відповідній половині нижньої щелепи можна встановити, що вона знижена або ж відсутня. Не всі групи зубів однаково реагують на силу струму, тому може бути поразка на певній ділянці нерва в нижньощелепному каналі. Роздратування струмом може викликати в зубах ниючий, а іноді тривалу біль. Неврит нижньолуночкового нерва може поєднуватися з невритом язикового і щічного нервів.

Неврит верхніх луночкових нервів (верхнього зубного сплетення) зустрічається після складних видалень зубів, при надмірному виведенні за межі зуба пломбувальної маси, при запальних процесах на верхній щелепі (остеомієліти, гайморити), після оперативних втручань та ін Є незначні болі і відчуття оніміння в верхніх зубах (або в певній групі зубів), а також розлад всіх видів поверхневої чутливості слизової оболонки альвеолярного відростка з вестибулярної сторони і прилеглої ділянки щоки. Елекрозбудність пульпи у відповідних зубах знижена або відсутня.

Для невритів верхніх луночкових нервів характерний тривалий перебіг (протягом декількох місяців). Електровозбудність пульпи зубів може і не відновитися. Останнє стосується тільки того випадку, якщо пошкоджені нерви, які відходять від верхньощелепного сплетення.

Неврит язикового нерва може бути ізольованим при травматичному його пошкодженні (проведення анестезії, складне видалення зубів, оперативні втручання в даній ділянці). Характеризується болями (бувають вираженими) і випадінням поверхневої чутливості (можуть бути парестезії), а іноді і смакової чутливості в передніх двох третин відповідної половини язика.

Неврит щічного нерва дуже часто поєднується з невритом нижньолуночкового нерва. Ізольованим буває дуже рідко (при травмі). Неврит щічного нерва не супроводжується ні болями, ні парестезіями. Спостерігається тільки випадіння чутливості на слизовій оболонці щоки і в області кута рота.

Діагноз невриту трійчастого нерва і його гілок встановлюється на підставі клінічної симптоматики та анамнестичних даних хворих. Необхідно тільки пам'ятати, що неврити можуть бути не тільки

первинними (травма, запалення), але і вторинними - в результаті пухлин (невриноми, меланоми та ін), туберкульозу, прогресуючих уражень нервової системи та деяких інших процесів.

Лікування невриту проводиться відповідно до етіологічним фактором і виразністю клінічної симптоматики. При невритах, які виникають в результаті запального процесу необхідно лікування основного захворювання. При здавленні нерва кістою або пухлиною слід провести хірургічне лікування - видалення кісти або пухлини. Неврити алергічного або токсичного походження лікують усуненням фактора, який викликав алергію або інтоксикацію. Якщо неврит викликаний травматизацією нерва, то необхідно з'ясувати ущемлений нерв чи ні. Якщо він ущемлений (відломком щелепи, стінкою лунки або пломбувальною масою), то потрібно його звільнити (провести репозицію уламка, остеосинтез, альвеолектомію або видалення пломбувальної маси). Слід пам'ятати, що видалення пломбувальної маси, яка ущемлює нерв, є не таким простим втручанням (складно виявити місцезнаходження пломбувальної маси), а необережна маніпуляція інструментом може призвести до більш значної травми нерва.

У деяких випадках (при невритах тільки великих гілок трійчастого нерва) вдаються до невроліз - виділення нерва з рубців з метою поліпшення умов його регенерації та функціонування.

З фізіотерапевтичних засобів використовуються наступні: електрофорез та іонофорез знеболюючих і розсмоктуючих препаратів, електричне поле УВЧ, ультразвук, імпульсні струми, парафінотерапія.

З медикаментозних засобів призначають: болезаспокійливі, вітаміни (В, С і D), кокарбоксілаза, АТФ, інгібітори холінестерази (галантамін, прозерин, оксазил), дибазол. Необхідна обов'язкова санація порожнини рота всім хворим з невритами трійчастого нерва і його периферичних гілок.

Неврит лицевого нерва

Особовий нерв містить у собі волокна різного функціонального призначення (рухові, чутливі, вегетативні). У зв'язку з цим і пошкодження його тягнуть за собою цілий ряд різнохарактерних симптомів.

Неврит характеризується змінами інтерстицію, мієлінової оболонки і осьових циліндрів. Проявляється симптомами подразнення і (або) випадіння функцій у відповідній зоні іннервації.

Етіологія невритів лицевого нерва різна. Можуть спостерігатися неврити без порушення цілісності нерва (при запальних процесах, пухлинах, псевдотуберкульозу, синдромі Мелькерссона - Розенталя і ін) і при його травматичних пошкодженнях (при оперативних втручаннях, травм та ін.)

У практичній діяльності лікаря - стоматолога доводиться стикатися з периферичним типом невриту лицевого нерва. В результаті цього виникають рухові розлади у вигляді парезу і паралічу мимічної мускулатури обличчя.

4.5. Види самостійної роботи студентів.

1. Вивчити такі питання ($\alpha=I$):

1.1. Класифікація болевих синдромів, невралгій, невритів щелепно-лицевої ділянки. 1.2. Методи обстеження хворих з больовими синдромами, невралгія ми, невритами щелепно-лицевої ділянки. 1.3. Клінічний перебіг болевих синдромів, невралгій, невритів різних ділянок обличчя. 1.4. План лікування хворих з больовими синдромами, невралгіями, невритами щелепно-лицевої ділянки.

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

2.1. Захворювання, яке виникає внаслідок подразнення чутливих волокон і характеризується нападаподібним інтенсивним болем за ходом нервового стовбура та його гілок? А. Невралгія. В. Неврит. С. Невралго-неврит. D. Невропатія. Е. Парез. (Правильна відповідь: А)

2.2. Наявність тригерних зон характерна для: А. Невралгії трійчастого нерву центрального генезу. В. Невралгії трійчастого нерву периферійного генезу. С. Невриту трійчастого нерву. D. Нейропатії трійчастого нерву. Е. Для усіх перелічених захворювань. (Правильна відповідь: А)

2.3. Ураження нерва, яке характеризується змінами інтерстицію, мієлінової оболонки та осьових циліндрів, та проявляється симптомами подразнення або випадінням функцій у зоні іннервації? А. Неврит. В. Невралгія. С. Невралго-неврит. D. Невропатія. Е. Парез. (Правильна відповідь: А).

3. Тестові завдання з множинним вибором:

3.1. Які з наведених нижче методів обстеження є клінічними? А. Рентгенографія. В. Загальний аналіз крові. С. Огляд. D. Електроенцефалографія. Е. Пальпація. (Правильна відповідь: С, Е)

3.2. Які з наведених нижче симптомів можна віднести до невралгій трійчастого нерва периферичного генезу? А. гострі, ріжучі, нападаподібні лицеві болі. В. наявність зон Куркова. С. наявність больових точок Вале. D. гострі, ріжучі, нападаподібні болі в ділянці шиї. Е. гострі, ріжучі, нападаподібні болі в ділянці потилиці. (Правильна відповідь: А, В, С.)

3.3. При поділі невралгій трійчастого нерва виділяють наступні форми: А. центральну (ураження гассерова ганглія). В. периферичну (ураження периферичних гілок трійчастого нерва). С. невралгія носовійчастого нерва та півмісяцевого вузла. D. невралгія носовійчастого нерва. Е. невралгія ушно-скроневого нерва. (Правильна відповідь: А, В.).

4. Задачі для самоконтролю:

4.1. На прийом до лікаря звернувся пацієнт зі скаргами на наявність гострих, різких, нападаподібних болей в ділянці нижньої щелепи праворуч. Хворий порівнює їх з "проходженням електричного току". Біль продовжується від декількох секунд до декількох хвилин. Частота приступів різноманітна. Біль виникає мимовільно, але частіше з'являється при рухах м'язів обличчя. Хворі повідомляють про те, що завмирають в певній позі, боїться поворухнутися, затримує подих. Біль супроводжується почервонінням обличчя, гіперсалівацією, посмикуванням м'язів підборіддя. Приступ болей припиняється раптово. Поставте правильний діагноз: (Відповідь: невралгія III гілки трійчастого нерва центрального генеза).

4.2. Хворий В., 45 років скаржиться на наявність нападаподібних болей в ділянці верхньої щелепи праворуч, приступи починаються в ділянці альвеолярного відростка верхньої щелепи (відповідно молярам і премолярам), біль розповсюджується в ділянку повік. Хворому проведена діагностична блокада, шляхом проведення місцевої анестезії, в місці враженої периферичної ділянки (II гілка трійчастого нерва) припиняються болеві параксизми на 1-2 години. Поставте правильний діагноз. (Відповідь: Невралгія II гілки трійчастого нерва периферичного генезу)

4.3. Хворому М., 48 р встановлено діагноз: Невралгія II гілки трійчастого нерва периферичного генезу. Складіть план лікування: (Відповідь: Етосумсід (Суксилеп, Ронтон) назначають в дозі 0,25 г в добу. Поступово збільшуючи дозу до 0,5-1,0 г на добу (в 3-4 прийоми), дозу утримують декілька днів і поступово знижують до 0,25 г на добу. Лікування: продовжується 3-4 тижні. Проводиться курс лікування нікотиновою кислотою. Внутрішньовенно її вводять у вигляді 1% розчину, починаючи з 1 мл (нікотинову кислоту розчиняють в 10 мл 40% розчину глюкози). Щоденно дозу збільшують на 1 мл і доводять її до 10мл (на десятій день лікування), а далі щоденно знижують на 1мл і закінчують ведення 1 мл.)

4.6. Перелік індивідуальних завдань (якщо їх виконання при вивченні даного модуля передбачено робочою навчальною програмою з дисципліни).

1 Провести пальпацію у хворого з больовими синдромами, невралгіями, невритами. 2. Скласти план лікування хворим з больовими синдромами, невралгіями, невритами.

4.8. Перелік теоретичних питань до підсумкового модульного контролю (з типової навчальної програми). 1. Класифікація больових синдромів, невралгій, невритів. 2. Методи обстеження хворих з больовими синдромами, невралгіями, невритами. 3. Клінічні прояви больових синдромів, невралгій, невритів. 4. Методи лікування пацієнтів з больовими синдромами, невралгіями, невритами.

4.9. Перелік практичних завдань та робіт до підсумкового модульного контролю (з типової навчальної програми). Програмою не передбачено.

7. ЛІТЕРАТУРА.

Основна література:

1.Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2т. – Т2 / В.О Маланчук, П.І Логвіненко, О.Л Ціленко – К. : ЛОГОС, 2011 – С. 3-4.

Ускладнення травматичних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки: навч. мед. посібник закладів 4 рівня акредитації та інтернів-стоматологів / Рибалов О.В., Ахмеров В.Д. – Полтава:ТОВ.

№ 28. Параліч м'язів обличчя : етіологія, діагностика, клініка, результати.

1.АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ: парези та паралічі в практичній діяльності хірурга-стоматолога спостерігаються досить часто. Диференційна діагностика цих станів між собою іноді вимагає значних знань таких патологічних проявів.

2.КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

1.1. Аналізувати етіологічні фактори, які сприяють виникненню парезів та паралічей щелепно-лицевої ділянки.

1.2. Пояснювати особливості клінічного перебігу паралічей, парезів різних ділянок обличчя.

1.3. Запропонувати план обстеження хворого з парезами та паралічами щелепно-лицевої ділянки.

1.4. Тракувати принципи діагностики парезів та паралічем щелепно-лицевої ділянки.

1.5. Створювати графологічну схему теми.

1.6. Проаналізувати результати лабораторних та інструментальних обстежень.

1.7. Зіставте алгоритм дій лікаря під час клінічного обстеження хворого з парезами та паралічами щелепно-лищевої ділянки.

3. БАЗОВИЙ РІВЕНЬ ПІДГОТОВКИ.

Назви попередніх дисциплін	Набуті навички
1. Топографоанатомічна анатомія.	1. Визначити пошкоджену анатомічну ділянку.
2. Загальна хірургія.	2. Описувати історію хвороби пацієнтів з парезами та паралічами щелепно-лицевої ділянки.
3. Внутрішні хвороби	3. Встановлювати діагноз парезів та паралічей різних ділянок обличчя.
4. Фармакологія.	4. Призначити схему медикаментозного лікування пацієнтів з парезами та паралічами щелепно-лицевої ділянки.
5. Рентгенологія.	5. Визначити необхідний для хворого метод обстеження.

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. Парез	Зменшення сили і амплітуди мимовільних рухів, обумовлених порушенням іннервації відповідних м'язів.
2. Параліч	Розлад рухових функцій у вигляді повної відсутності мимовільних рухів внаслідок денервації відповідної групи м'язів.

4.2. Теоритичні питання до заняття:

1. Визначити пошкоджену анатомічну ділянку.
2. Описувати історію хвороби пацієнтів з парезами та паралічами обличчя.
3. Встановити діагноз парезів та паралічем різних ділянок обличчя
4. Призначити схему медикаментозного лікування пацієнтів з парезами та паралічами щелепно-лицевої ділянки.
5. Визначити необхідний для хворого метод обстеження.

4.3. Практичні роботи, завдання які виконуються на занятті:

1. Провести пальпацію щелепно-лицевої ділянки у хворого з підозрою на парези та паралічі .

5. Організація змісту навчального матеріалу.

У літературі розрізняють поділ невралгій трійчастого нерва на дві форми: центральну (ураження гассерова ганглія) і периферичну (ураження периферичних гілок трійчастого нерва). Змішувати невралгії трійчастого нерва центрального і периферичного генезу в одне захворювання можна, тому кожна з цих форм має свої особливості клінічного перебігу, що вимагає різних методів їх лікування.

У практичній діяльності лікаря - стоматолога доводиться стикатися з периферичним типом неврити лицевого нерва. В результаті цього виникають рухові розлади у вигляді парезу і паралічу мимічної мускулатури обличчя.

Парез (paresis; грец. - Ослаблення) - зменшення сили та (або) амплітуди довільних рухів, обумовлене порушенням іннервації відповідних м'язів.

Параліч (paralysis, грец. - Розслабляти) - розлад рухових функцій у вигляді повної відсутності довільних рухів внаслідок денервації відповідних м'язів.

Клінічна картина ураження лицевого нерва характеризується парезом і (або) паралічем мимічної мускулатури, чутливими розладами і вегетативні порушення. Зовнішній вигляд обличчя хворого з паралічем лицевого нерва характерний - вся половина обличчя нерухома, лоб не збирається в складки, око не закривається, носогубна складка згладжена, зникають природні складки обличчя, кут рота опущений. При оскалюванні зубів рот перетягується в здорову сторону. Хворому не вдається нахмурити брови, заплющити очей, надути щоки. Скласти губи трубочкою, свиснути хворий не може (повітря не видувається з достатньою силою, тому щока втрачає пружність). Через зниження м'язового тону у хворого їжа не затримується між щокою і яснами з ураженої сторони. Слина і рідина виливається з кута рота. Щока легко прикушувати. Стан хворого погіршується. Спостерігається симптом Белла - при спробі закрити очі верхню повіку на ураженій стороні опускається недостатньо, щоб закрити очну щілину, і видно, що одночасно з цим очне яблуко відходить догори і назовні. Зустрічаються: симптом Цестана - хворому пропонують дивитися вперед і спробувати повільно закрити очі; при цьому верхню повіку на боці ураження дещо

піднімається - симптом Говерса - при вивертанні нижньої губи м'язи обличчя на стороні поразки не скорочуються; симптом Равіль - неможливо закрити око на стороні поразки; симптом Вартенберга - при пасивному піднятті верхнього повіка і при одночасному зажмурюванню відсутнє нормальне вібрування в круговому м'язі ока (у здорових людей можна відчувати цю вібрацію, вона пальпується пальцем); симптом Бергара Вартенберга - відсутність вібрації зімкнутих повік на ураженій стороні. Ступінь поразки мімічних м'язів різна і залежить від ступеня пошкодження нерва. У одних хворих при спробі заплющити очі верхню повіку очі не закриваються (залишається відкритим), в інших - прикривається око наполовину, у третіх - очі прикриваються повіками. Однак, якщо хворого попросити міцно заплющити очі, то на здоровій стороні вії повністю вбираються в заплющені повіки, а на ураженій стороні вії чітко видні-симптом вій (В.В. Міхеєв, Л.Р. Рубін. 1958).

Через зниження тону м'язів нижньої повіки вони нещільно прилягають до очного яблука і слеза витікає назовні, що призводить до запальних процесів в кон'юктиві і рогівці. Нерідко спостерігається порушення потовиділення на ураженій половині обличчя. Зустрічається термоасиметрія обличчя. Може відзначатися сухість порожнини рота (при ураженні секреторних волокон лицевого нерва). Вегетативні розлади у хворих зустрічаються доволі часто. У деяких випадках хворі скаржаться на порушення чутливості - розлад смаку або повна його відсутність у передніх двох третин відповідної половини язика (ураження гілочки лицевого нерва - барабанної струни, яка йде до язикового нерву).

При обстеженні хворих з невритом лицевого нерва можна виявити наявність у них патологічних синкінезій - рефлекторно сумісної групи м'язів, яке супроводжує рухом певної частини обличчя (чола, повіки, губи і т.д.). Розрізняють багато синкінезій, але найбільш часто зустрічаються наступні:

- повічно - лобова синкінезія - при закриванні очей наморщивається лоб;
- повічно - губна синкінезія - при закриванні очей піднімається кут рота на тій же стороні;
- повічно - платізмозова синкінезія - при зажмурюванні скорочується підшкірний м'яз ший;
- повічно - вушна синкінезія - при зажмурюванні мимоволі піднімається вушна раковина;
- лобно - губна синкінезія - мимовільне припіднімання кута рота при наморщуванні чола.

Діагностика невриту лицевого нерва зазвичай не викликає труднощів. Для виявлення порушення іннервації мімічних м'язів хворому пропонують наморщити лоб, нахмури брови, заплющити очі, ощеритися, надути щоки. Можна використовувати і більш точні тести діагностики:

- Тест мигання - очі блимають асинхронно;
- Тест вібрації повік див. симптом Вартенберга і Бергара - Вартенберга;
- Тест дослідження кругового м'яза рота - хворий слабо утримує смужку паперу кутом губ ураженої сторони;
- Тест надутих щік - хворий не може надути щоки, а якщо навіть він їх і надув, то при легкому дотику до щоки повітря виривається з кута рота ураженої сторони;
- Симптом повік - див. опис раніше;
- Тест на роздільне зажмурювання - хворий не може заплющити очей на хворій стороні, хоча обидва ока одночасно заплющити може.

Лікування невриту лицевого нерва зводиться в першу чергу до усунення причини основного захворювання. Подальші зусилля повинні бути спрямовані на прискорення регенерації пошкоджених (загиблих) нервових волокон і попередження атрофії деіннервованих мімічних м'язів. Для прискорення регенерації нервових волокон в нашій клініці використовується наступна схема лікування: 40% розчин глюкози по 20-40 мл внутрішньовенно щодня протягом 10 днів; прозерин (або галантамін) 0,05% - 1 мл підшкірно щодня (25-30 днів); АТФ 1% розчи внутрішньом'язово по 1 мл (25-30 днів); церебралізін 1 мл внутрішньом'язово (25 днів); вітамін В12 • 0,02% розчин (200 мг) по 1 мл внутрішньом'язово (25 днів); дибазол по 0,025 г один раз на добу (25-30 днів); плазмол вводять підшкірно по 1 мл щодня (10 днів); компламин {теонікол} по 0,15 г два рази на день (30 днів).

З фізіотерапевтичних процедур рекомендується електростимуляція уражених м'язів, масаж мімічної мускулатури.

Для запобігання атрофії мімічних м'язів необхідна їх тренування, яке проводиться щоденно (до повного одужання), по кілька разів на добу (багаторазово). А.К. Попов (1968) пропонує наступні завдання: поперемінне закриття очей, а також вимова букв і слів, у формуванні яких беруть участь мімічні м'язи (голосні - А, У, І, О, приголосні - Б, В, Ф) . При необоротному паралічі мімічних м'язів показано проведення хірургічного лікування: статичне і кінетичне підвішування

опущених тканин, міопластика, кантопластика (від грец. Kanthos - складова частина складних слів, що відносяться до кута ока) - пластична операція з приводу звуження очної щілини, тобто її подовження і розширення. Методика мімічних вправ (по В.А. Кузьміну.)

4.5. Види самостійної роботи студентів.

1. Вивчити такі питання:

1.1 Методи обстеження хворих з парезами та паралічами обличчя.

1.2. Клінічні прояви парезів та паралічей щелепно - лецевої

1.3. План лікування хворих з парезами та паралічами щелепно-лицевої ділянки.

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

2.1. Параліч – це:

А. Зменшення сили й амплітуди довільних рухів, зумовлене порушенням іннервації відповідних м'язів.

В. Захворювання, яке виникає внаслідок подразнення чутливих волокон і характеризується нападаподібним інтенсивним болем за ходом нервового стовбура та його гілок.

С. Розлад рухових функцій у вигляді повної відсутності довільних рухів внаслідок енервації відповідних м'язів.

Д. Ураження нерва, яке характеризується змінами інтерстицію, мієлінової оболонки та осьових циліндрів, та проявляється симптомами подразнення або випадінням функцій у зоні іннервації.

Е. Правильної відповіді немає.

(Правильна відповідь: С).

2.2 Зменшення сили й амплітуди довільних рухів, зумовлене порушенням іннервації відповідних м'язів – це:

А. Параліч.

В.Невропатія.

С. Неврит.

Д. Парез.

Е.Невралгія.

(Правильна відповідь: D).

2.3 Який з перелічених симптомів не характерний для паралічу лицевого нерва?

А. Неспроможність прийому їжі.

В. Половина обличчя нерухома.

С. Згладженість носу-губної борозни.

Д. Порушення мови.

Е. Неспроможність скласти губи трубочкою.

(Правильна відповідь: А).

3.Тестові завдання з множинним вибором:

3.1. Які з наведених нижче методів обстеження є клінічними?

А. Рентгенографія. В. Загальний аналіз крові.

С. Огляд.

Д. Електроенцефалографія.

Е. Пальпація. (Правильна відповідь: С, Е)

3.2. До складу лицевого нерва входять:

А. Вегетативні волокна.

В. Барорецепторні волокна.

С. Парасимпатичні волокна.

Д. Рухові волокна.

Е. Чутливі волокна.

(Правильна відповідь: А, D, E).

3.3. Виділяють такі види паралічу лицевого нерву:

А. Однобічний.

В. Периферичний.

С. Центральний.

Д. Двобічний.

Е. Парасимпатичні.

(Правильна відповідь: В, С).

4. Задачі для самоконтролю:

4.1. Який попередній діагноз можливо передбачити при наступній об'єктивній картині? При огляді половина обличчя нерухома, лоб не збирається в складки, око не закривається, носогубна складка згладжена, зникають природні складки обличчя, кут рота опущений. При оскалюванні зубів рот перетягується в ліву сторону. Хворому не вдається нахмури брови, заплющити очей, надути щоки. Скласти губи трубочкою, свиснути хворий не може (повітря не видувається з достатньою силою, тому щока втрачає пружність). (Відповідь: правосторонній параліч лицевого нерва).

4.2. При огляді хворого В., 45 років виявлено симптом Белла - при спробі закрити очі верхню повіку з лівої сторони опускається недостатньо, щоб закрити очну щілину, і видно, що одночасно з цим очне яблуко відходить догори і назовні. Відмічається: симптом Цестана - хворому пропонують дивитися вперед і спробувати повільно закрити очі; при цьому верхню повіку на боці ураження дещо піднімається. (Відповідь: лівосторонній параліч лицевого нерва.)

4.3. Хворому М., 48 р встановлено діагноз: параліч лицевого нерва, призначте план лікування. Скласти план лікування хворим з парезами та паралічами обличчя. (Відповідь: 40% розчин глюкози по 20-40 мл внутрішньовенно щодня протягом 10 днів; прозерин (або галантамін) 0,05% - 1 мл підшкірно щодня (25-30 днів); АТФ 1% розчи внутрішньом'язово по 1 мл (25-30 днів); церебролізін 1 мл внутрішньом'язово (25 днів); вітамін В12 • 0,02% розчин (200 мг) по 1 мл внутрішньом'язово (25 днів); дибазол по 0,025 г один раз на добу (25-30 днів); плазмол вводять підшкірно по 1 мл щодня (10 днів); компламін {теонікол) по 0,15 г два рази на день (30 днів).

4.6. Перелік індивідуальних завдань (якщо їх виконання при вивченні даного модуля передбачено робочою навчальною програмою з дисципліни).

Програмою не передбачено.

4.8. Перелік теоретичних питань до підсумкового модульного контролю (з типової навчальної програми). 1. Методи обстеження хворих з паралічами та парезами обличчя. 2. Клінічні прояви парезів та паралічей обличчя 3. Методи лікування пацієнтів з паралічами та парезами обличчя.

4.9. Перелік практичних завдань та робіт до підсумкового модульного контролю (з типової навчальної програми). Програмою не передбачено.

7. ЛІТЕРАТУРА.

Основна література:

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2т. – Т2 / В.О Маланчук, П.І Логвіненко, О.Л Ціленко – К. : ЛОГОС, 2011 – С. 3-4.

2. Ускладнення травматичних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки: навч. мед. посібник закладів 4 рівня акредитації та інтернів-стоматологів / Рибалов О.В., Ахмеров В.Д. – Полтава: ТОВ.

№ 29. Ректорський контроль: захворювання скронево-нижньощелепного суглобу, трансплантація кісткової та хрящової тканини, пародонтальна та періодонтальна хірургія, хірургічний етап дентальної імплантації, больові симптоми обличчя.

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ:

Сучасний етап розвитку стоматології передбачає знання лікарем-стоматологом основ пластичної та реконструктивної хірургії, дентальної імплантації. Також значно поширеними є захворювання скронево-нижньощелепного суглобу та нервів обличчя, що вимагає від майбутнього спеціаліста певної бази знань з цих питань.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

1.1. Обґрунтувати етіологію, клініку, диференційну діагностику та лікування захворювань СНЩС.

1.2. Знати види, методи, показання, протипоказання та ускладнення трансплантації кісткової та хрящової тканини за дефектах та деформаціях щелепно-лицевої ділянки.

1.3. Знати види, методи, показання, протипоказання та ускладнення пародонтальної та періодонтальної хірургії.

1.4. Знати види, методи, показання, протипоказання та ускладнення дентальної імплантації.

1.5. Обґрунтувати етіологію, клініку, диференційну діагностику та хірургічне лікування больових симптомів обличчя.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін

Набуті навички

1. Анатомія людини.	Знати анатомію щелепно-лищевої ділянки.
2. Загальна хірургія.	Знати основні методики хірургічних маніпуляцій
3. Внутрішня медицина.	Знати прояви загально соматичних захворювань
5. Неврологія	Знати прояви захворювань чутливих та рухових нервів

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: (вказано у попередніх темах).

4.2. Теоретичні питання до заняття: (вказано у попередніх темах).

4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті: (вказано у попередніх темах).

5. ЗМІСТ ТЕМИ.

Тема №6. Анатомія СНЩС. Сучасні методи діагностики захворювань СНЩС. Артроскопія, її можливості у діагностиці захворювань СНЩС.

1. Яке з перерахованих захворювань СНЩС є неартикулярним?

- A. Остеоартроз.
- B. Синдром больової дисфункції СНЩС.
- C. Анкілоз.
- D. Артрит.
- E. Артрозо-артрит.

2. До артикулярних захворювань СНЩС відносять:

- A. Артрит, артроз, артрозо-артрит, анкілоз.
- B. Артрит, артроз, артрозо-артрит, анкілоз, контрактура.
- C. Артрит, артроз, анкілоз, больова дисфункція СНЩС.
- D. Артрит, артроз, анкілоз, контрактура, больова дисфункція СНЩС.
- E. Артрит, артроз, анкілоз, бруксизм, контрактура.

3. До методів обстеження пацієнтів із захворюваннями СНЩС не відноситься:

- A. Аналіз оклюзійних контактів зубних рядів.
- B. Електроміографія жувальних м'язів.
- C. Вивчення анамнезу та скарг хворого.
- D. Сіалографія.
- E. Ортопантомограма.

4. Яке знеболення використовуються для проведення артроскопії:

- A. Інфільтраційна анестезія за Вишневським.
- B. Анастезія за Уваровим.
- C. Нейролептанальгезія.
- D. Наркоз.
- E. Аплікаційне знеболення.

5. Що не є анатомічною відмінністю СНЩС:

- A. Суглобові поверхні кісток покриті гіаліновим хрящем.
- B. Повна залежність внутрішньосуглобових взаємин від характеру оклюзії і стану жувальних м'язів.
- C. Парність суглоба.
- D. Суглобова капсула прикріплюється всередині нижньощелепній ямки, а не за суглобовою ямкою, як в інших суглобах.
- E. Лівий і правий суглоби функціонують як єдине ціле.

6. Який із перелічених методів обстеження є додатковим для обстеження СНЩС.

- A. Електроміографія жувальних м'язів.
- B. Пальпація.
- C. Аускультация СНЩС.
- D. Сіалографія.
- E. ЕЕГ.

7. Артикулюючі поверхні СНЩС утворені:

- A. Суглобовими головками нижньої щелепи і суглобовими поверхнями основних кісток.
- B. Суглобовими головками нижньої щелепи і суглобовими поверхнями скроневих кісток.
- C. Суглобовими головками нижньої щелепи і суглобовими поверхнями виличних та верхньощелепних кісток.
- D. Суглобовими поверхнями нижньої щелепи і суглобовими головками основних кісток.

- Е. Суглобовими поверхніми нижньої щелепи і суглобовими головками скроневих кісток.
- 8. Суглобова капсула СНЩС укріплюється такими позасуглобовими зв'язками:
 - А. Вилично-щелепна, клиноподібно-щелепна.
 - В. Вилично-щелепна, скронево-щелепна, клиноподібно-щелепна.
 - С. Вилично-щелепна, скронево-щелепна, шилощелепна, клиноподібно-щелепна.
 - Д. Скронево-щелепна, шилощелепна.
 - Е. Скронево-щелепна, шилощелепна та клиноподібно-щелепна.
- 9. Яку форму має суглобовий диск СНЩС?
 - А. Двоєко опуклий овальний.
 - В. Двоєко увігнутий овальний.
 - С. Овальний, з одного боку увігнутий, з іншого – опуклий.
 - Д. Не має постійної форми.
 - Е. Немає правильної відповіді.
- 10. Які є показання до використання артроскопії?
 - А. Артикулярні та неартикулярні захворювання СНЩС.
 - В. Ревматоїдні захворювання СНЩС.
 - С. Неартикулярні захворювання СНЩС.
 - Д. Артикулярні захворювання СНЩС.
 - Е. Правильної відповіді немає.

Тема №7. Вивихи нижньої щелепи. етіологія, класифікація, клініка, диференційна діагностика, лікування, профілактика.

1. Стійке зміщення суглобової головки з суглобової ямки за межі її фізіологічної рухомості – це:
 - А. Контрактура.
 - В. Бруксизм.
 - С. Вивих.
 - Д. Синдром Костена.
 - Е. Хронічний артрит.
2. До етіологічних факторів виникнення вивиху СНЩС не відноситься:
 - А. Широке відкривання рота.
 - В. Гостра травма.
 - С. Відкушування твердої їжі
 - Д. Десинхронізація роботи жувальних м'язів.
 - Е. Тривала іммобілізація нижньої щелепи.
3. За давністю вивихи СНЩС розрізняють:
 - А. Гострі, хронічні.
 - В. Гострі, хронічні, звичні.
 - С. Гострі, застарілі, звичні.
 - Д. Повні, неповні.
 - Е. Травматичні, звичні.
4. Пацієнт скаржиться на неможливість закрити рот, невиразне мовлення. Зі слів хворого такий стан наступив після видалення 38 зуба. Об'єктивно: рот відкритий, підборіддя висунуте вперед і донизу, попереду козелків вух м'які тканини западають, під виличною дугою пальпуються випячування. Який найбільш імовірний діагноз?
 - А. Передній двобічний вивих нижньої щелепи.
 - В. Передній лівобічний вивих нижньої щелепи.
 - С. Задній двобічний вивих нижньої щелепи.
 - Д. Звичний вивих нижньої щелепи.
 - Е. Гострий артрит СНЩС.
5. До стоматолога звернувся пацієнт із скаргами на неможливість закрити рот. Об'єктивно: рот напіввідкритий, підборіддя висунуте вперед і зміщено у лівий бік. Такий стан наступив після широкого відкривання рота. Який найбільш імовірний діагноз?
 - А. Передній лівобічний вивих нижньої щелепи.
 - В. Передній правобічний вивих нижньої щелепи.
 - С. Передній двобічний вивих нижньої щелепи.
 - Д. Задній правобічний вивих нижньої щелепи.
 - Е. Задній лівобічний вивих нижньої щелепи.

6. На який термін потрібно обмежити рухи нижньої щелепи після вправлення вивиху СНЩС?
- На 1-2 дня.
 - На 2-3 тижні.
 - На 4-5 днів.
 - На 10-14 днів.
 - Не потрібно обмежувати рухи нижньої щелепи.
7. Який із перелічених методів лікування вивиху СНЩС є консервативним?
- Метод Гіппократа.
 - Резекція головки нижньої щелепи.
 - Кондилотомія.
 - Склерозування капсули суглоба.
 - Фіксація головки СНЩС у суглобовій ямці.
8. Метод лікування вивиху СНЩС, при якому проводять остеотомію в ділянці шийки виросткового відростку нижньої щелепи, видаляють головку щелепи з підскроневої ямки, вводять її в суглобову ямку та фіксують її у правильному положенні до гілки щелепи?
- Метод Г.Л. Блехмана.
 - Метод В. Попеску.
 - Переміщення диска СНЩС.
 - Склерозування капсули СНЩС.
 - Кондилотомія, репозиція і фіксація головки нижньої щелепи.
9. Пацієнт звернувся до стоматолога зі скаргами на неможливість закрити рот, невиразне мовлення. Зі слів хворого такий стан виникає періодично при широкому відкриванні рота, вживанні твердої їжі.
- Застарілий вивих нижньої щелепи.
 - Звичний вивих нижньої щелепи.
 - Забій СНЩС.
 - Гострий вивих нижньої щелепи.
 - Больова дисфункція СНЩС.
10. Звичні вивихи нижньої щелепи можуть спричинити:
- Внутрішньосуглобовий анкілоз СНЩС.
 - Больову дисфункцію СНЩС.
 - Забій СНЩС.
 - Післятравматичний артрит.
 - Усі відповіді вірні.

Тема №8. Артрити, артрозо-артрити, артрози. етіологія, класифікація, клініка, диференційна діагностика, лікування, профілактика

- За патогенезом артроз СНЩС виділяють:
 - Склерозуючий і деформуючий.
 - Серозний і гнійний.
 - Гострий і хронічний.
 - Первинний і вторинний.
 - Усі відповіді вірні.
- Для етіопатогенезу первинного артрозу характерно:
 - Розвинення дегенеративного процесу на зміненому суглобовому хрящі внаслідок травми.
 - Розвинення дегенеративного процесу на здоровому суглобовому хрящі.
 - Розвинення дегенеративного процесу на здоровій суглобовій головці.
 - Розвинення дегенеративного процесу в суглобовій ямці.
 - Розвинення дегенеративного процесу в суглобі внаслідок загально соматичних порушень.
- Скільки рентгенологічних стадій вторинного деформуючого артрозу виділяють?
 - 3 стадії.
 - 4 стадії.
 - 5 стадій.
 - 6 стадій.
 - За стадіями не розрізняють.

4. Для якої рентгенологічної стадії вторинного деформуючого артрозу характерна виражена репарація, суглобова щілина за формою нагадує пряму лінію, виростковий відросток різко сплющений та деформований, склероз кісткових структур, інгруєнтність суглобових поверхонь?
- 1-а стадія.
 - 2-а стадія.
 - 3-я стадія.
 - 4-а стадія.
 - Правильної відповіді немає.
5. Для якої рентгенологічної стадії вторинного деформуючого артрозу характерна руйнування суглобової поверхні виросткового відростку, початкові явища репарації, суглобова щілина невірномірно звужена?
- 1-а стадія.
 - 2-а стадія.
 - 3-я стадія.
 - 4-а стадія.
 - 5-а стадія.
6. За етіологією артрити СНЩС не виділяють:
- Загальносоматичні.
 - Обмінно-дистрофічні.
 - Специфічні.
 - Неспецифічні.
 - Посттравматичні.
7. Рентгенологічні зміни у СНЩС при гострому артриті:
- Немає.
 - Як правило немає, рідко розвивається розширення суглобової щілини.
 - Як правило немає, рідко розвивається звуження суглобової щілини.
 - Початкові явища репарації.
 - Межі нижньощелепної ямки та суглобового відростка згладжуються, наближаючись до прямої лінії.
8. Клінічною ознакою гострого артрити СНЩС не є:
- Біль постійний, зменшується у стані спокою нижньої щелепи.
 - Різкий, іррадіюючий біль.
 - Набряклість та інфільтрація м'яких тканин попереду козелка вуха.
 - Серозний або гнійний екссудат у порожнині суглоба.
 - «Тугорухомість» суглобу зранку.
9. Обмеження відкривання рота у період загострення хронічного артрити спостерігається:
- Постійно.
 - Не спостерігається.
 - Не залежить від періоду.
 - В період ремісії.
 - В період загострення.
10. Що є характерною ознакою ревматоїдного артрити СНЩС?
- Позитивні серологічні реакції.
 - Наявність в анамнезі хронічної травми.
 - Поєднання із артрогенною контрактурою.
 - Двобічність ураження.
 - «Тугорухомість» нижньої щелепи зранку.

Тема № 9. Контрактура нижньої щелепи: етіологія, класифікація, клініка, диференційна діагностика, лікування, профілактика.

1. Стійке обмеження руху в суглобі, що виникає внаслідок поза суглобових змін – це:
 - А. Артроз;
 - В. Анкілоз;
 - С. Контрактура;
 - Д. Хронічний артрит;
 - Е. Гострий артрит.
2. За видом контрактура буває:

- A. Артрогенна, больова, міогенна, нейрогенна, рубцева.
 - B. Артрогенна, больова, нейрогенна, гематогенна, лімфогенна.
 - C. Больова, міогенна, рубцева.
 - D. Больова, міогенна, нейрогенна.
 - E. Нейрогенна, гематогенна, лімфогенна.
3. Контрактура, зумовлена змінами в капсулі суглоба або зв'язках:
- A. Хондрогенна.
 - B. Міогенна.
 - C. Остеогенна.
 - D. Артрогенна.
 - E. Рубцева.
4. Контрактура, яка розвивається внаслідок травми, запалення, дистрофічного процесу в м'язах або в разі знерухомлення нижньої щелепи:
- A. Посттравматична.
 - B. Міогенна.
 - C. Іммобілізаційна.
 - D. Артрогенна.
 - E. Рубцева.
5. Із яким захворюванням потрібно в першу чергу проводити диференційну діагностику при контрактурі СНЩС?
- A. Анкілоз.
 - B. Остеоартроз.
 - C. Хронічний артрит.
 - D. Юнацький деформуючий артрит.
 - E. Больова дисфункція СНЩС.
6. Що не є показанням до проведення редресації (насильний безкровний розрив рубців) при контрактурі?
- A. Малий обсяг рубця.
 - B. Поєднання контрактури із анкілозом СНЩС.
 - C. Наявність великої кількості зубів із здоровим пародонтом.
 - D. Дорослий вік.
 - E. Свіжа контрактура.
7. Після оперативного лікування контрактури нижньої щелепи необхідно:
- A. Провести санацію порожнини рота, медикаментозне лікування.
 - B. Максимально тривалий час утримувати міжщелепну розпірку, механотерапія на весь період формування рубців.
 - C. Механотерапія на весь період формування рубців.
 - D. Максимально тривалий час утримувати міжщелепну розпірку, використання працюючої пов'язки, механотерапія на весь період формування рубців.
 - E. Максимально тривалий час утримувати міжщелепну розпірку, медикаментозне лікування, механотерапія на весь період формування рубців.
8. Коли можуть спостерігатися рецидиви контрактур після лікування?
- A. При системних ураженнях сполучної тканини.
 - B. При надмірному колагеногенезі.
 - C. При неналежному лікуванні хворого.
 - D. Немає правильної відповіді.
 - E. Усі відповіді вірні.
9. Що не є необхідним при хірургічному лікуванні контрактур нижньої щелепи?
- A. Максимально вивести нижню щелепу вперед і зафіксувати гумовою тягою.
 - B. Максимально видалити патологічно змінені тканини.
 - C. Максимально відкрити рот і зафіксувати досягнутий рівень міжщелепною розпіркою.
 - D. Максимально роз'єднати здорові та патологічно змінені тканини.
 - E. Запобігти можливим ускладненням.
10. Який з наведених методів відноситься до хірургічних методів лікування рубцевих контрактур нижньої щелепи?
- A. Кондилотомія, репозиція і фіксація головки нижньої щелепи.
 - B. Переміщення диска СНЩС.

- C. Створення фіброзних комісур біля виросткового відростка.
- D. Склерозування капсули СНЩС.
- E. Механотерапія.

Тема №10. Анкілози скронево-нижньощелепного суглоба: етіологія, клініка, діагностика, лікування.

1. Відсутність рухомості у суглобі внаслідок запалення, дегенеративного процесу або травми:
 - A. Анкілоз.
 - B. Контрактура.
 - C. Хронічний артрит.
 - D. Юнацький деформуючий артрит.
 - E. Склерозуючий артроз.
2. Що не є рентгенологічною ознакою кісткового анкілозу?
 - A. Повне зникнення суглобової щілини.
 - B. Кісткове зрощення головки нижньої щелепи із суглобовим заглибленням скроневої кістки.
 - C. Наявність екзофітів.
 - D. Утворення єдиного кісткового конгломерату.
 - E. Стовщення та укорочення шийки нижньої щелепи.
3. Які є рентгенологічні ознаки фіброзного анкілозу?
 - A. Кісткове зрощення головки нижньої щелепи із суглобовим заглибленням скроневої кістки.
 - B. Руйнування суглобової головки та початкові явища репарації.
 - C. Межі нижньощелепної ямки та суглобового відростка згладжуються, наближаючись до прямої лінії.
 - D. Ділянки звуження і розширення суглобової щілини, вогнище остеопорузу і деструкції кісткової тканини елементів СНЩС.
 - E. Суглобова щілина ледве помітна, суглобова головка сплющена, шийка стовщена.
4. Види анкілозу:
 - A. Позасуглобовий, внутрішньосуглобовий, гострий, хронічний.
 - B. Позасуглобовий, внутрішньосуглобовий, генералізований, фіброзний, кістковий.
 - C. Позасуглобовий, внутрішньосуглобовий, фіброзний, кістковий.
 - D. Локалізований, генералізований, фіброзний, кістковий.
 - E. Локалізований, генералізований, фіброзний, хрящовий, кістковий.
5. Пацієнт звернувся зі скаргами на обмеження відкривання рота до 0,5 см, відсутність горизонтальних рухів нижньої щелепи, біль в обох СНЩС. При рентгенологічному дослідженні встановлена відсутність суглобової щілини на деяких ділянках, потовщення головки і шийки суглобового відростка, зменшення вирізки нижньої щелепи. Який діагноз можна допустити?
 - A. Кістковий анкілоз СНЩС.
 - B. Фіброзний анкілоз СНЩС.
 - C. Деформуючий артрит СНЩС.
 - D. Артроз СНЩС.
 - E. Синдром Костена.
6. Яке захворювання характеризується кістковим зрощенням суглобових поверхонь СНЩС?
 - A. Кістковий анкілоз СНЩС.
 - B. Фіброзний анкілоз СНЩС.
 - C. Деформуючий артрит СНЩС.
 - D. Артроз СНЩС.
 - E. Синдром Костена.
7. Чим часто супроводжується анкілоз СНЩС?
 - A. Первинною частковою адентією.
 - B. Контрактурою нижньої щелепи.
 - C. Макрогнатією.
 - D. Мікрогнатією в дитячому віці.
 - E. Не супроводжується іншими проявами.
8. Внаслідок чого анкілоз СНЩС може призвести до деформації обличчя?
 - A. Недорозвинення нижньої щелепи.
 - B. Парезу м'язової мускулатури.
 - C. Недорозвинення верхньої щелепи.

- D. Макрогенії.
- E. Парезу жувальної мускулатури.
- 9. Фіброзний анкілоз СНЩС характеризується:
 - A. Зрощення суглобових поверхонь.
 - B. Наявністю рубцевих спайок між зчленованими суглобовими поверхнями.
 - C. Наявністю рубцевих змін у жувальних м'язах.
 - D. Склерозом кортикальних пластинок суглобових кісткових поверхонь.
 - E. Деструктивними і гіперпластичними змінами кісткових елементів суглоба.
- 10. Для якого захворювання характерна така рентгенологічна картина: повне зникнення суглобової щілини, кісткове зрощення головки нижньої щелепи із суглобовою ямкою скроневої кістки?
 - A. Кістковий анкілоз.
 - B. Фіброзний анкілоз.
 - C. Склерозуючий артроз.
 - D. Деформуючий артроз.
 - E. Хронічний артрит.

Тема №11. Дисфункції СНЩС. С-м больової дисфункції.

- 1. Що є синонімом синдрому больової дисфункції СНЩС?
 - A. Ювенільна дисфункція СНЩС.
 - B. Синдром Костена.
 - C. Синдром Робена.
 - D. Хвороба Крона.
 - E. Неврогенна контрактура нижньої щелепи.
- 2. Для якого захворювання характерні S-подібні рухи нижньої щелепи під час відкривання рота?
 - A. Гострий артрит.
 - B. Хронічний артрит.
 - C. Артроз.
 - D. Анкілоз.
 - E. Больова дисфункція СНЩС.
- 3. За больової дисфункції СНЩС амплітуда рухів нижньої щелепи:
 - A. Не змінена.
 - B. Збільшена.
 - C. Зменшена.
 - D. Нижня щелепа знерухомлюється.
 - E. Немає правильної відповіді.
- 4. Для синдрому Костена не характерно:
 - A. Тупий біль у ділянці СНЩС.
 - B. Адентія або зниження прикусу.
 - C. Зниження слуху та шум у вухах.
 - D. «Тугорухомість» нижньої щелепи зранку.
 - E. Головний біль.
- 5. Яке захворювання обумовлюється зниженням висоти прикусу, що призводить до тиску головок нижньої щелепи на склепіння суглобової ямки та на вушно-темпоральний нерв та барабанну струну?
 - A. Ювенільна дисфункція СНЩС.
 - B. Синдром Робена.
 - C. Синдром Костена.
 - D. Артрогенна контрактура нижньої щелепи.
 - E. Внутрішньосуглобовий анкілоз.
- 6. При рентгенологічному дослідженні за больової дисфункції СНЩС спостерігається:
 - A. Розширення суглобової щілини.
 - B. Звуження суглобової щілини.
 - C. Початкові явища репарації.
 - D. Асиметрія взаємовідношень суглобових головок і суглобових щілин.
 - E. Межі нижньощелепної ямки та суглобового відростка згладжуються, наближаючись до прямої лінії.
- 7. До типових симптомів дисфункції СНЩС не відноситься:

- A. Біль в ділянці обличчя, щелепних суглобів, шиї і плечей, всередині або біля вуха при жуванні, розмові або широкому відкриванні рота.
 - B. Вегетативна симптоматика.
 - C. Стомлюваність лицьових м'язів.
 - D. Обмеження амплітуди відкривання рота.
 - E. Набряклість з одного боку обличчя.
8. До етіологічних чинників виникнення дисфункції СНЩС не відноситься:
- A. Оклюзійні порушення.
 - B. Психо-емоціональний стрес.
 - C. Вживання м'якої їжі.
 - D. Бруксизм.
 - E. Гормональні порушення.
9. Пацієнт звернувся до хірурга-стоматолога зі скаргами на хрускіт і клацання у лівому СНЩС, тупий та ниючий біль. Об'єктивно: пальпація СНЩС безболісна, амплітуда рухів нижньої щелепи збільшена, відмічається S-подібні рухи щелепи. Який найбільш ймовірний діагноз?
- A. Больова дисфункція СНЩС.
 - B. Гострий артрит.
 - C. Хронічний артрит.
 - D. Контрактура нижньої щелепи.
 - E. Позасуглобовий анкілоз СНЩС.
10. Які з перелічених методів використовуються для лікування больової дисфункції СНЩС?
- A. Вправлення зміщеного внутрішньосуглобового диску.
 - B. Вправлення зміщеного внутрішньосуглобового диску, медикаментозна, фізіотерапія, кондилотомія.
 - C. Вправлення зміщеного внутрішньосуглобового диску, медикаментозна, фізіотерапія, міжоклюзійні ортопедичні капи.
 - D. Медикаментозна, фізіотерапія, міжоклюзійні ортопедичні капи.
 - E. Жоден з перелічених.

Тема №12. Підсумкове заняття.

1. Дистрофічне захворювання, зумовлене ураженням суглобового хряща?
 - A. Контрактура;
 - B. Анкілоз;
 - C. Артроз;
 - D. Хронічний артрит;
 - E. Гострий артрит.
2. Екзофіти на поверхні кістки можуть з'являтися при:
 - A. Хронічному артриті.
 - B. Внутрішньосуглобовому анкілозі.
 - C. Позасуглобовому анкілозі.
 - D. Деформуючому артрозі.
 - E. Склерозуючому артрозі.
3. Деформуючий артроз характеризується:
 - A. Склерозом кортикальних пластинок суглобових кісткових поверхонь.
 - B. Двобічністю ураження з вираженими симптомами інтоксикації.
 - C. Відсутністю рухомості у суглобі.
 - D. Кістковим зрощенням суглобових поверхонь.
 - E. Вираженими деструктивними і гіперпластичними змінами кісткових елементів суглоба.
4. Хворий звернувся до лікаря-стоматолога зі скаргами на тупий ниючий біль, тугорухомість нижньої щелепи, яка «розробляється» до вечора. При відкриванні рота нижня щелепа зміщується у лівий бік. Який найбільш імовірний діагноз?
 - A. Артроз лівого СНЩС.
 - B. Артроз правого СНЩС.
 - C. Хронічний артрит правого СНЩС.
 - D. Хронічний артрит лівого СНЩС.
 - E. Больова дисфункція СНЩС.

5. Пацієнт скаржиться на помірно виражений біль у СНЩС, болючість біля козелка вуха, хрускіт у суглобі, утруднену рухомість нижньої щелепи вранці та наприкінці дня, обмежене відкривання рота. Зі слів хворого такий стан періодично повторюється протягом 3 років. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Гострий артрит СНЩС.
- B. Хронічний артрит СНЩС.
- C. Анкілоз СНЩС.
- D. Неврогенна контрактура нижньої щелепи.
- E. Больова дисфункція СНЩС.

6. При якому захворюванні біль різко збільшується за будь-яких рухах нижньої щелепи?

- A. Гострий артрит.
- B. Хронічний артрит.
- C. Больова дисфункція СНЩС.
- D. Артроз.
- E. Анкілоз.

7. Що не є складовою лікування артрозу:

- A. Корекція прикусу.
- B. Медикаментозне лікування.
- C. Фізіотерапія.
- D. Артропластика.
- E. Блокада рухових точок жувальних м'язів за П.М. Єгоровим.

8. Первинний артроз розвивається внаслідок:

- A. Травматичного ушкодження СНЩС.
- B. Загальносоматичних захворювань.
- C. Вродженої аномалії.
- D. Втрати зубів.
- E. Усі відповіді вірні.

9. Для якого захворювання характерна наявність болючих і спазмованих ділянок у м'язах?

- A. Больова дисфункція СНЩС.
- B. Гострий артрит СНЩС.
- C. Хронічний артрит СНЩС.
- D. М'язова контрактура нижньої щелепи.
- E. Нейрогенна контрактура нижньої щелепи.

10. У чому полягає профілактика больової дисфункції СНЩС?

- A. Проведенні механотерапії.
- B. Використання пращоподібної пов'язки щовечора.
- C. У раціональному протезуванні та корекції прикусу.
- D. Лікування у невролога та ревматолога.
- E. Усі відповіді вірні.

Тема № 13. Принципи і прийоми планування місцевопластичних операцій, показання та протипоказання.

1. До лікувальних особливостей післяопераційного періоду при місцевопластичних операціях відноситься:

- A. Раннє функціональне навантаження.
- B. Відкрите ведення рани.
- C. Дотримання суворого постільного режиму та щелепної дієти.
- D. Використання давлючих пов'язок та місцева гіпотермія.
- E. Особливостей немає.

2. До основних принципів планування пластичних операцій щелепно-лицевої ділянки не відноситься?

- A. Можливість оперативного втручання за піодермії, дерматитах, екземи.
- B. Адекватно мінімальний строк між окремими етапами операцій.
- C. Вибір способу анестезіологічної допомоги, який адекватний об'єму та особливостям хірургічного втручання.
- D. Намагатися забезпечити можливість прийому їжі пацієнтом у післяопераційному періоді, яке близьке до фізіологічного.

- Е. Намагатися мінімізувати кількість етапів операції.
3. Що не відноситься до основних оперативно-технічних принципів відновлювальної та реконструктивної хірургії у щелепно-лицевій ділянці?
- А. Використовування гіпотермії під час оперативного втручання.
 - В. Строге дотримання правил асептики та антисептики.
 - С. Адекватне знеболення.
 - Д. Краї переміщуваних тканин повинні зближатися без значного натягу.
 - Е. Ретельний гемостаз за ходом операції.
4. Що відноситься до основних біологічних принципів пластичної хірургії у щелепно-лицевій ділянці?
- А. Краї переміщуваних тканин повинні зближатися без значного натягу.
 - В. Строге дотримання правил асептики та антисептики.
 - С. Адекватність пересаджуваних тканин за консистенцією, формою, об'єму та функцією відновлюваному органу (принцип органотиповості).
 - Д. Використання давлючих пов'язок та місцева гіпотермія.
 - Е. Усі відповіді вірні.
5. Які виділяють види пластичних оперативних втручань за особливостями оперативно-технічних прийомів?
- А. Пластика клаптями на поживній ніжці, вільна пересадка тканин та пересадка тканин на гетероколатеральних поживних ніжках.
 - В. Місцево-пластичні, пластика клаптями на поживній ніжці та пересадка тканин на гетероколатеральних поживних ніжках.
 - С. Місцево-пластичні, пластика клаптями на поживній ніжці.
 - Д. Місцево-пластичні, пластика клаптями на поживній ніжці та вільна пересадка тканин.
 - Е. Усі відповіді вірні.
6. Чи можливе поєднання вільної пересадки тканин із іншими видами оперативних втручань?
- А. Так, але тільки за другого етапу оперативного втручання.
 - В. Так, можливе, але тільки за поєднання із місцево-пластичними операціями.
 - С. Так, можливе поєднання із місцево-пластичними операціями та пластикою клаптями на поживній ніжці.
 - Д. Ні, неможливе.
 - Е. Можливе тільки за неможливості проведення загального знеболення.
7. Що є основними показаннями до проведення пластичних відновлювальних та реконструктивних оперативних втручань?
- А. Наявність запальних захворювань обличчя та шиї.
 - В. Наявність дефектів та деформацій обличчя та шиї.
 - С. Наявність переломів кісток лицевого скелету.
 - Д. Наявність пухлини обличчя та шиї.
 - Е. Усі відповіді вірні.
8. Що відноситься до загальних протипоказань для пластичних хірургічних втручань?
- А. Наявність піодермії, дерматитів, екземи.
 - В. Регионарні лімфаденіти.
 - С. Гострі або загострення хронічних гнійно-запальних процесів щелепно-лицевої ділянки.
 - Д. Незначний ступінь дефекту.
 - Е. Хронічні захворювання паренхіматозних органів у стадії декомпенсації.
9. Що потрібно враховувати при плануванні пластичних та реконструктивних оперативних втручань у щелепно-лицевій ділянці?
- А. Глибину дефекту.
 - В. Наявність у пацієнта загальносоматичних захворювань.
 - С. Особливості структури шкірних покривів.
 - Д. Характер та походження дефекту.
 - Е. Усі відповіді вірні.
10. Рівномірне та пошарове зближення тканин відноситься до таких принципів оперативних втручань:
- А. Біологічні.
 - В. Діагностичні.
 - С. Оперативно-технічні.

- D. Планування оперативних втручань.
- E. Усі відповіді вірні.

Тема № 14. Набуті дефекти і деформації губ, щік, носа, підборіддя. Заміщення дефектів, усунення деформацій місцевими тканинами, зокрема клаптем га ніжці.

1. Яке співвідношення ширини клаптя на ніжці до його довжини на обличчі та шиї?
 - A. 1 : 1.
 - B. 1 : 2.
 - C. 1 : 3.
 - D. 1 : 5.
 - E. 2 : 3.
2. Чим супроводжується поворот клаптя на ніжці більш ніж на 85-90*?
 - A. Некрозом клаптя.
 - B. Не супроводжується змінами.
 - C. Зміною кольору клаптя.
 - D. Пере розтягненням клаптям та можливим відторгненням його.
 - E. Утворенням опуклого горбика на ніжці клаптя.
3. Що потрібно враховувати при плануванні пластики клаптем на ніжці?
 - A. Направлення крупних артеріальних та венозних судин.
 - B. Колір донорської зони.
 - C. Бажання пацієнта.
 - D. На розсуд хірурга.
 - E. Усі відповіді вірні.
4. Розмір клаптя на ніжці від вершини до основи:
 - A. Поступово стоншується.
 - B. Поступово стовщується.
 - C. Різко стовщується.
 - D. Різко стоншується.
 - E. Не змінюється.
5. Клапоть на ніжці – це:
 - A. Клапті шкіри до підшкірної клітковини.
 - B. Клапоть, який має у своєму складі хрящ або кістку.
 - C. Сформований масив тканин, який зберігає свій поживний зв'язок із місцем заготовки.
 - D. Сформований масив тканин, який має у своєму складі епідерміс та усі шари дерми.
 - E. Надлишковий клапоть тканин, який видаляється після проведення реконструктивних втручань.
6. При повороті на який кут клаптя на ніжці відбувається порушення форми поверхні.
 - A. 25-40°
 - B. 45-60°
 - C. 85-90°
 - D. 120-160°
 - E. Кут не має значення.
7. До чого може призвести груба механічна дія, здавлювання клаптя на ніжці?
 - A. Запуск аутоімунних реакцій організму, що призводить до відторгнення клаптя.
 - B. Формування нориць.
 - C. Порушення головного комплексу гістосумісності, що призводить до відторгнення клаптя.
 - D. Ускладнення притоку та віддтіку крові, що спричинює загибель клаптя.
 - E. Усі відповіді вірні.
8. Чим обумовлене утворення конусоподібних валиків за пластики місцевими тканинами?
 - A. Більшим кутом повороту клаптя на ніжці.
 - B. Значним ступенем натягування країв рани.
 - C. Включенням до складу клаптя артеріальних та венозних судин.
 - D. Надмірною мобілізацією країв рани.
 - E. Усі відповіді вірні.
9. Місцевопластині операції не застосовуються за:
 - A. Наявності свіжих травм зубів, губи, носа, підборіддя, повік.

- V. Наявності таких процесів, як гемангіома, лімфангіома, нейрофіброматоз.
 - C. Рубцевих деформацій обличчя після травматичних пошкоджень.
 - D. Вроджених дефектах губ.
 - E. Дефектах після висічення новоутворень у шкірі та підшкірній клітковині.
10. Який метод відноситься до місцевопластичних операцій ?
- A. Шимановського.
 - B. Філатова.
 - C. Суслова.
 - D. Крайля.
 - E. Ковтуновича.

Тема № 15. Філатовське стебло. Показання до використання філатовського стебла. Методи заготовки стебла, міграції.

1. У післяопераційному періоді філатовське стебло повинно бути:
 - A. Теплим, нормального кольору.
 - B. Ціанотичним, з явищами мацерації.
 - C. Гарячим, із явищами артеріальної гіперемії.
 - D. Нормального кольору в центрі, по периферії – ціанотичним.
 - E. Холодним, нормального кольору.
2. В яких випадках використовують переривчате стебло із проміжними поживними ніжками?
 - A. При необхідності заміщення дефекту носа.
 - B. При необхідності отримання довгого стебла.
 - C. При використанні рубцевозміненої шкіри для пластики.
 - D. На розсуд хірурга.
 - E. Усі відповіді вірні.
3. Що не є характеристикою філатовського стебла?
 - A. Гарне приживлення у місцях із значними рубцевими змінами.
 - B. Можливість заготовки стебла у будь-якій ділянці тіла.
 - C. Етапність операції.
 - D. Відсутність значного порушення кровообігу.
 - E. Відсутність вимушеного положення тіла для пацієнта.
4. Яке повинно бути співвідношення ширини до довжини при формуванні пришвидшеного філатовського стебла?
 - A. 1 : 1.
 - B. 1 : 2.
 - C. 1 : 3.
 - D. 1 : 5.
 - E. 2 : 3.
5. Яке повинно бути співвідношення ширини до довжини при формуванні філатовського стебла?
 - A. 1 : 1.
 - B. 1 : 2.
 - C. 1 : 3.
 - D. 1 : 5.
 - E. 2 : 3.
6. Як повинна відрізнятися поверхня стебла від площі заміщуваного дефекта?
 - A. Більше на 5-10%.
 - B. Менше на 5-10%.
 - C. Більше на 15-20%
 - D. Більше у 1,5-2 рази.
 - E. Не відрізняється.
7. Коли рекомендовано проводити пересадку філатовського стебла?
 - A. Безпосередньо після операції.
 - B. Через 4-5 днів після операції.
 - C. Через 10-12 днів після операції.
 - D. Через 14 днів після операції.
 - E. Через 21 день після операції.
8. При виникненні гематоми у стеблі потрібно:

- A. Відразу опорожнити її.
 - B. Використовувати місцеву гіпотермію.
 - C. Призначити електрофорез з ліпазою №5.
 - D. Не вживати жодних заходів.
 - E. При нагноєнні гематоми сформувати інше стебло.
9. Після остаточного формування органу з філатовського стебла чутливість відновлюється:
- A. Через 2-3 тижні.
 - B. Через 4-6 тижнів.
 - C. Через 3-5 місяців.
 - D. Через 1-1,5 року.
 - E. Не відновлюється.
10. Скільки етапів операції проводиться при заміщенні ненаскрізного дефекту м'яких тканин обличчя філатовським стеблом?
- A. 2 етапи.
 - B. 3 етапи.
 - C. 4 етапи.
 - D. 5 етапів.
 - E. 6 етапів.

Тема № 16. Дефекти шкіри, слизової оболонки, закриття їх вільним клаптем. Вільна пересадка шкіри та слизової оболонки.

1. Повношарові клапті – це:
 - A. Клапті шкіри до підшкірної клітковини.
 - B. Клапті шкіри разом з підшкірною клітковиною.
 - C. Клапті шкіри, товщиною $\frac{3}{4}$ від товщини шкіри.
 - D. Клапті волосистої шкіри.
 - E. Клапті, які включають епідерміс і сосочковий шар дерми.
2. Від чого залежить сутінь скоротливості шкірного клаптя?
 - A. Від віку, статі та товщини клаптя.
 - B. Від віку та товщини клаптя.
 - C. Від площі клаптя.
 - D. Від площі та товщини клаптя.
 - E. Від віку та статі.
3. Що не відноситься до властивостей повношарового шкірного клаптя?
 - A. Відновлення функцій шкірних залоз.
 - B. Відновлення підшкірної клітковини під клаптем.
 - C. Збереження нормального кольору клаптя.
 - D. Можливість заміщення великих раневих поверхонь
 - E. Малий ступінь скорочення клаптя.
4. Що є протипоказаннями для використання повношарового шкірного клаптя?
 - A. Відновлення вроджених аномалій.
 - B. Заміщення рубцевозмінених тканин.
 - C. Наявність інфекції, інтоксикація.
 - D. Відновлення дефектів на відкритих ділянках шкіри.
 - E. Усі відповіді вірні.
5. Які шари має розщеплений шкірний клапоть?
 - A. Епідерміс та сосочковий шар дерми.
 - B. Епідерміс, дерма та частково підшкірно-жирова клітковина.
 - C. Епідерміс, сосочковий та частково сітчатий шари дерми.
 - D. Епідерміс та сітчатий шар дерми.
 - E. Епідерміс та частково сосочковий шар дерми.
6. При відсутності протипоказань першу перев'язку при пересадці розщепленого шкірного клаптя проводять:
 - A. Через 12 годин.
 - B. На 2-й день.
 - C. На 4-5 добу.
 - D. На 6-7 добу.

- Е. На 12-14 добу.
7. Що із перелічених умов не є необхідним для успішного приживлення розщепленого шкірного клаптя?
- А. Атравматична операційна техніка.
 - В. Правильне накладання пов'язки.
 - С. Створення для трансплантату в післяопераційному періоді спокою та оптимального тиску.
 - D. Створення рівного ложа для трансплантата.
 - Е. Перенесення трансплантату на підготовлене місце після ушивання донорського ложа.
8. Які вимоги для приймаючого ложа при повношаровій пересадці шкіри?
- А. Ложе повинно бути рівним, без заглибин, на дні обов'язково повинні бути наявні грануляції.
 - В. Ложе повинно бути рівним, без заглибин, необхідно видалити всі нежиттєздатні тканини.
 - С. Особливих вимог немає.
 - D. Можна не проводити ретельний гемостаз.
 - Е. Немає правильної відповіді.
9. Яка повинна бути форма клаптя при вільній пересадці слизової оболонки при пластиці губ:
- А. Трапецієподібна.
 - В. Квадратна.
 - С. Прямокутна.
 - D. Овоїдна.
 - Е. Фартухоподібна.
10. Що відноситься до недоліків розщепленого шкірного клаптя?
- А. Чутливість до надмірного тиску.
 - В. Можливість зморщування трансплантату.
 - С. Чутливість до температури.
 - D. Можлива гіпо- та гіперпігментація.
 - Е. Усі відповіді вірні.

Тема №17. Вроджені та набуті черепно-щелепно-лицеві деформації. Спеціальні методи обстеження тематичних хворих.

1. Який із перелічених додаткових методів обстеження є найбільш вживаним при деформації щелепно-лицевої ділянки?
- А. Цитологічне дослідження.
 - В. Пальпація та перкусія.
 - С. Електроодонтодіагностика.
 - D. Рентгенографія.
 - Е. Усі відповіді вірні.
2. Що є перевагами спіральної КТ над звичайною КТ?
- А. Реконструкція зображення у будь-якій заданій площині.
 - В. Можливість проведення постпроцесорної обробки даних.
 - С. Відновлення зображення одночасно у декількох площинах.
 - D. Менший крок пошарового зрізу.
 - Е. Усі відповіді вірні.
3. Що відноситься до недоліків спіральної КТ?
- А. Неможливість отримання деталізованого зображення.
 - В. Високе променеве навантаження.
 - С. Металеві конструкції у порожнині рота можуть спричинити наявність артефактів.
 - D. Необхідність наявності висококваліфікованого спеціаліста з променевої діагностики.
 - Е. Усі відповіді вірні.
4. Що не відноситься до променевих методів діагностики пацієнтів із деформаціями ЩЛД?
- А. Електроодонтодіагностика.
 - В. Метод дентальної об'ємної томографії.
 - С. Спіральна КТ.
 - D. Конусно-променева КТ.
 - Е. Усі відповіді вірні.
5. Що не відноситься до переваг спірально-променевої КТ?
- А. Значно знижене променеве навантаження.
 - В. Трьохмірне зображення.

- C. Висока візуалізація м'яких тканин.
- D. Можливість розгляду зображення під різними кутами.
- E. Можливість точного вимірювання.
- 6. Що є синонімом спірально-променевої КТ?
 - A. Дентальна об'ємна томографія.
 - B. Спіральна томографія.
 - C. Магнітно-резонансна томографія.
 - D. Ортопантомографія.
 - E. Мультиспіральна комп'ютерна томографія.
- 7. Що відноситься до основних методів обстеження пацієнтів із деформаціями щелепно-лицевої ділянки?
 - A. Дентальна об'ємна томографія.
 - B. Спіральна томографія.
 - C. Ортопантомографія.
 - D. Огляд.
 - E. Анамнез жаття та захворювання.
- 8. Який із перелічених методів не є променевим?
 - A. Комп'ютерна томографія.
 - B. Ортопантомографія.
 - C. Дентальна об'ємна томографія.
 - D. Мультиспіральна комп'ютерна томографія.
 - E. Магнітно-резонансна томографія.
- 9. Що є основними позитивними критеріями переваг спірально-променевої КТ?
 - A. Висока візуалізація як м'яких та твердих тканин.
 - B. Трьохмірна візуалізація об'єктів та низьке променеве навантаження.
 - C. Можливість точного вимірювання м'якотканинних утворень.
 - D. Можливість внесення змін у зображення.
 - E. Усі відповіді вірні.
- 10. Який із променевих методів обстеження дає можливість отримати тривимірне зображення у повному обсязі без проєкційних викривлень?
 - A. Радіовізіографічне дослідження.
 - B. Магнітно-резонансна томографія.
 - C. Дентальна об'ємна томографія.
 - D. Ортопантомографія.
 - E. Оглядова рентгенографія кісток лицевого скелету.

Тема № 18. Регенерація кісткової тканини щелеп. Остеогенна та остеоіндуктивна терапія. Трансплантація органів і тканин. Головний комплекс гістосумісності, РТПГ та РГПТ. Основні методи попередження відторгнення трансплантатів.

- 1. Що не відноситься до переваг використання алотрансплантатів.
 - A. Здатність до остеоіндукції.
 - B. Відсутність потреби в донорському місці.
 - C. Відсутність імунної реакції (відторгнення) на трансплантат.
 - D. Можливість повного відтворення анатомічної форми.
 - E. Можливість одразу ж використовувати фізіотерапевтичні методи лікування.
- 2. Здатність матеріалу викликати остеогенез, цементогенез, ріст пародонтальної зв'язки – це:
 - A. Репаративна регенерація.
 - B. Фізіологічна регенерація.
 - C. Остеоінтеграція.
 - D. Остеоіндукція.
 - E. Фіброостеоінтеграція.
- 3. Остеокондукція – це:
 - A. Здатність матеріалу відігравати роль пасивного матриксу для нової кістки.
 - B. Здатність матеріалу викликати остеогенез, цементогенез, ріст пародонтальної зв'язки.
 - C. Здатність матеріалу розсмоктуватися шляхом клітинної резорбції.
 - D. Здатність кісткової тканини відновлюватися після набуття дефекту.
 - E. Здатність кісткової тканини протидіяти відторгненню трансплантата.

4. Що є позитивною стороною використання леофілізації для виготовлення трансплантату?
 - A. Можливість надання кістці іншої форми.
 - B. Трансплантат у процесі приживлення не розсмоктується.
 - C. Можливість використання ліофілізованих трансплантатів у інфікованих ложах реципієнта.
 - D. В тканині не відбувається денатурація білків.
 - E. Усі відповіді вірні.
5. Які є фази ремоделювання кісткової тканини?
 - A. Активація, заміщення та формування.
 - B. Активація, резорбція та проліферація.
 - C. Активація, остеоінтеграція та фіброостеоінтеграція.
 - D. Активація, індукція, інтеграція та формування.
 - E. Активація, резорбція, реверсія та формування.
6. Регенерація буває:
 - A. Фізіологічна та патологічна.
 - B. Фізіологічна та репаративна.
 - C. Клітинна та тканинна.
 - D. Індуктивна та інтеграційна.
 - E. Усі відповіді вірні.
7. Чим обумовлений головний комплекс гістосумісності?
 - A. Розбіжність у мінеральному складі між трансплантатами і клітинами організму-реципієнта.
 - B. Розбіжність глікопротеїнів між трансплантатами і клітинами організму-реципієнта.
 - C. Розбіжність у кровопостачанні між трансплантатами і клітинами організму-реципієнта.
 - D. Розбіжність протеогліканів між трансплантатами і клітинами організму-реципієнта.
 - E. Усі відповіді вірні.
8. Відторгнення трансплантату буває:
 - A. Гостре, хронічне.
 - B. Гостре, підгостре, хронічне.
 - C. Тотальне, часткове.
 - D. Тотальне, часткове та гостре, хронічне.
 - E. Клітинне, тканинне.
9. Для попередження відторгнення трансплантату використовують:
 - A. Антигістамінну терапію.
 - B. Антибактеріальну терапію.
 - C. Імуномодельючу терапію.
 - D. Паліативну терапію.
 - E. Імуносупресорну терапію.
10. Дією яких чинників переважно обумовлене відторгнення трансплантатів?
 - A. Т-лімфоцитів.
 - B. Макрофагів.
 - C. Клітин Пирогова-Лангханса.
 - D. Клітин Березовського-Штернберга.
 - E. Хондроїтинсульфатів.

Тема №19. Біологічні засади та методи трансплантації кісткових, хрящових тканин. Принципи та методи імплантації штучних конструкцій. Результати, ускладнення.

1. Пересадка донорської кістки такого ж виду – це:
 - A. Аутопластика.
 - B. Аллопластика.
 - C. Ксенопластика.
 - D. Гетеропластика.
 - E. Ксеноаллопластика.
2. До основних методів кісткової пластики не відноситься:
 - A. Пластика філатовським стеблом.
 - B. Декортикація.
 - C. Пластика ковзаючим трансплантатом.
 - D. Інтрамедулярна пластика.
 - E. Комбінована металоластика.

3. Спосіб екстрamedулярної аутопластики, за якого відокремлюється окістя із тонкими кортикальними пластинами.
- Пластика ковзаючим трансплантатом.
 - Декортикація.
 - Дистракційно-компресійна аутопластика.
 - Контурна пластика.
 - Комбінована металопластика.
4. Яка із перелічених вимог не відноситься до концепції кісткової пересадки?
- Об'єм пересаджуваної кістки повинен бути на 20% більше від необхідного.
 - За повної відсутності живлячих судин необхідно використовувати реваскуляризований трансплантат.
 - Пересаджувана кістка повинна бути попередньо оброблена розчином хлоргексидину.
 - Пересаджувана кістка повинна нести ті ж самі функції, що й зона, куди її пересаджують.
 - Пересаджувана кістка повинна бути ідентичною.
5. Що є показанням для пересадки хряща?
- Ото- та ринопластика.
 - Закриття гранулюючих ран.
 - Формування очної ямки та ринопластика.
 - Контурна та отопластика.
 - Усі відповіді вірні.
6. За пересадки хряща використовують трансплантат:
- 3 гребня клубової кістки.
 - 3 ділянки 11 та 12 ребра з підохрящам.
 - 3 ділянки 6 та 7 ребра без підохряща.
 - 3 ділянки променевої кістки.
 - Усі відповіді вірні.
7. Вид лікування, яке займається перебудовою органів та функціональних систем щелепно-лицевої ділянки – це:
- Відновлювальна хірургія.
 - Естетична хірургія.
 - Паліативне лікування.
 - Комбінована терапія.
 - Реконструктивна хірургія.
8. Яка з перелічених маніпуляцій не поліпшує умов для остеогенезу?
- Мінімальне використання анестетика під час оперативного втручання.
 - Мінімальна додаткова травма м'яких і твердих тканин.
 - Корекція стану регуляторних систем організму.
 - Ліквідація патологічного процесу, у тому числі й запального.
 - Максимальне збереження наявної трофіки (іннервація, кровопостачання) м'яких і твердих тканин.
9. Аллопластики –це:
- Трансплантати, які беруться у пацієнта.
 - Трансплантати від одного виду до іншого.
 - Трансплантат, який висушується в умовах вакууму.
 - Синтетичні, отримані хімічним шляхом, замітники кістки.
 - Матеріали, які отримані внаслідок хімічної обробки донорського органу.
10. Які виділяють види трансплантатів?
- Ауто-, алло- та ксенотрансплантати.
 - Ауто-, алло-, моно- та гетеротрансплантати.
 - Ауто-, моно- та гетеротрансплантати.
 - Алло-, ксено- та гетеротрансплантати.
 - Ауто-, алло-, моно-, гетеро- та псевдотрансплантати.

Тема №20. Деформації нижньої щелепи: етіологія, патогенез, класифікація, клініка, діагностика, лікування.

- Що потрібно враховувати при виборі метода лікування за мікрогенії?

 - Поєднання мікрогенії з анкілозом.

- V. Розміри вкорочення гілки та тіла щелепи.
 - C. Ступінь відкриття рота.
 - D. Зміщення підборіддя вбік.
 - E. Усі відповіді вірні.
2. Який з перелічених методів не відноситься до хірургічного лікування деформацій нижньої щелепи?
- A. Кістково-пластична реконструкція.
 - B. Усунення деформацій біоактивними остеопластичними матеріалами.
 - C. Використовування філатовського стебла.
 - D. Дистракційний остеогенз.
 - E. Ендопротезування.
3. Які виділяють деформації нижньої щелепи?
- A. Вроджені та набуті.
 - B. Постзапальні та посттравматичні.
 - C. Симетричні та несиметричні.
 - D. Однобічні та двобічні.
 - E. Усі відповіді вірні.
4. До причин виникнення деформацій нижньої щелепи не відноситься:
- A. Травма.
 - B. Резекція щелепи.
 - C. Вроджена патологія.
 - D. Запальні захворювання кістки.
 - E. Неправильне зрощення перелому.
5. До деформацій нижньої щелепи не відноситься:
- A. Перелом нижньої щелепи із дефектом кістки.
 - B. Мікро- та макрогнатія.
 - C. Про- та ретрогнатія.
 - D. Щелепно-лицевий дизостоз.
 - E. Краніостеноз.
6. Коли проводять хірургічне лікування пацієнта із деформаціями прикусу відносно ортодонтичного?
- A. Після проведеного ортодонтичного лікування.
 - B. Перед ортодонтичним лікуванням.
 - C. Після проведеного ортодонтичного лікування, яке необхідно і після оперативного втручання.
 - D. Одночасно із ортодонтичним лікуванням.
 - E. Немає суттєвого значення.
7. Прогенію розрізняють:
- A. Вроджена та набута.
 - B. Справжня та хибна.
 - C. Однобічна та двобічна.
 - D. Симетрична та несиметрична.
 - E. Усі відповіді вірні.
8. Яким захворюванням часто супроводжується набута мікрогенія?
- A. Невралгія трійчастого нерву.
 - B. Щелепно-лицевий дизостоз.
 - C. Хибна прогнатія.
 - D. Запальні захворювання щелепно-лицевої ділянки.
 - E. Анкілоз ШНЩС.
9. Внаслідок чого може розвинутиися набута мікрогнатія?
- A. Пошкодження зон росту внаслідок травматичних або запальних уражень.
 - B. Інфекційні та запальні захворювання матері.
 - C. Ендокринні та аутоімунні порушення.
 - D. Рання втрата тимчасових або постійних зубів.
 - E. Усі відповіді вірні.
10. Істинна прогенія характеризується:
- A. У зворотному прикусі знаходяться фронтальні зуби.
 - B. У зворотному прикусі знаходяться фронтальні та бокові зуби.

- C. Недорозвиненням нижньої щелепи.
- D. Більш висунутим положенням нижньої щелепи внаслідок втрати зубів.
- E. Більш висунутим положенням нижньої щелепи внаслідок недорозвинення верхньої щелепи.

Тема №21. Дефекти нижньої щелепи: етіологія, патогенез, класифікація, клініка, діагностика, лікування.

1. Пересадка кістки при вже сформованому дефекту нижньої щелепи:
 - A. Первинна.
 - B. Вторинна.
 - C. Аллопластика.
 - D. Аутопластика.
 - E. Ксенопластика.
2. Місця взяття кісткового аутотрансплантанту для пластики нижньої щелепи.
 - A. Ребро або коронарний відросток нижньої щелепи з іншого боку.
 - B. Гребінь клубової кістки.
 - C. Ребро чи гребінь клубової кістки.
 - D. Ребро або малогомілкова кістка.
 - E. Малогомілкова кістка.
3. Дефекти нижньої щелепи виділяють:
 - A. Закриті та відкриті.
 - B. Вроджені та набуті.
 - C. Гострі та хронічні.
 - D. Вогнепальні та невогнепальні.
 - E. Усі відповіді вірні.
4. За класифікацією Б.Л.Павлова дефекти нижньої щелепи бувають:
 - A. Одиночні, подвійні та множинні.
 - B. Кінцеві, дефекти впродовж щелепи та подвійні дефекти.
 - C. Кінцеві та включені дефекти.
 - D. Кінцеві, включені та множинні дефекти.
 - E. Усі відповіді вірні.
5. Що являє собою леофілізація кістки?
 - A. Консервування кістки в умовах підвищеної вологості.
 - B. Заморожування кістки.
 - C. Заморожування кістки в умовах підвищеного тиску.
 - D. Розщеплення кістки на кубічні фрагменти.
 - E. Сублимація води із попередньо замороженої кістки.
6. Який із перелічених методів може використовуватись для лікування дефектів нижньої щелепи?
 - A. Аллотрансплантація.
 - B. Аутотрансплантація.
 - C. Імплантація склокераміки.
 - D. Ксенопластика.
 - E. Усі відповіді вірні.
7. Клінічна картина дефекту нижньої щелепи не супроводжується:
 - A. Порушенням носового дихання.
 - B. Порушеннями функції мови, жування, ковтання.
 - C. Психосоматичними порушеннями.
 - D. Деформацією обличчя.
 - E. Усі відповіді вірні.
8. Чим буде відрізнятися дефект підборідного відділу нижньої щелепи при поєднанні його із дефектом м'яких тканин?
 - A. Порушенням носового дихання.
 - B. Порушеннями функції мови.
 - C. Порушеннями функції жування, ковтання.
 - D. Порушенням смакової чутливості.
 - E. Слиноотечею.
9. До причин виникнення дефектів нижньої щелепи не відноситься:
 - A. Вроджена патологія.

- В. Травма.
 - С. Некономна секвестректомія.
 - Д. Резекція щелепи.
 - Е. Екзартикуляція щелепи.
10. Від чого залежить ступінь порушення функцій за дефектів нижньої щелепи?
- А. Локалізації дефекту.
 - В. Величини дефекту.
 - С. Характеру пошкоджень оточуючих м'яких тканин.
 - Д. Наявності порушення неперервності нижньої щелепи.
 - Е. Усі відповіді вірні.

Тема №22. Деформації верхньої щелепи: етіологія, патогенез, класифікація, клініка, діагностика, лікування.

1. Що є найбільш частою причиною недорозвинення верхньої щелепи?
 - А. Анкілоз СНЩС.
 - В. Вроджене незрощення верхньої губи та піднебіння.
 - С. Інфекційні та аутоімунні захворювання.
 - Д. Неправильне зрощення перелому.
 - Е. Усі відповіді вірні.
2. Яке захворювання провокує таку деформацію верхньої щелепи, за якої передній відділ набуває дзьобоподібної форми, а піднебіння – форму ліри?
 - А. Остеобластокластома.
 - В. Гіпертиреоз.
 - С. Вроджена адентія.
 - Д. Хвороба Енгля-Ренлінгаузена.
 - Е. Рахіт.
3. Захворювання, яке характеризується висунутим положенням верхньої щелепи внаслідок її надмірного розвитку?
 - А. Ретрогнатія.
 - В. Ретрогенія.
 - С. Прогнатія.
 - Д. Прогенія.
 - Е. Мікрогнатія.
4. Яке захворювання проявляється западанням верхньої губи, значним зниженням висоти середньої зони обличчя, виступанням підборіддя?
 - А. Мікрогнатія.
 - В. Прогнатія.
 - С. Прогенія.
 - Д. Ретрогнатія.
 - Е. Ретрогенія.
5. Чим може супроводжуватись верхня ретрогнатія?
 - А. Вродженими розщілинами губи та піднебіння.
 - В. Відкритим прикусом.
 - С. Деформаціями черепа.
 - Д. Порушенням носового дихання.
 - Е. Усі відповіді вірні.
6. Зміна форми, яка виникла внаслідок травми, недорозвинення, втрати зубів тощо – це:
 - А. Дефект.
 - В. Деформація.
 - С. Аномалія.
 - Д. Аплазія.
 - Е. Щелепно-лицевий дизостоз.
7. Що є синонімом мікрогнатії?
 - А. Верхня ретрогнатія.
 - В. Нижня ретрогнатія.
 - С. Верхня прогнатія.
 - Д. Нижня прогнатія.

- Е. Щелепно-лицевий дизостоз.
8. Який із наведених методів використовують для лікування деформацій верхньої щелепи?
- А. Остеотомія та компактостеотомія.
 В. Контурна пластика.
 С. Секвестректомія.
 D. Резекція щелепи.
 Е. Усі відповіді вірні.
9. Двобічна верхньощелепна остеотомія проводиться по типу:
- А. Нижній тип Васмунд.
 В. Верхній тип Васмунд.
 С. Нижній тип Ле Фор.
 D. Середній тип Ле Фор.
 Е. Верхній тип Ле Фор.
10. На який час потрібно проводити фіксацію верхньої щелепи після двобічної остеотомії?
- А. 14 днів.
 В. 3 тижня.
 С. 2 місяці.
 D. 6 місяців.
 Е. 4-5 місяців.

Тема №23. Дефекти верхньої щелепи: етіологія, патогенез, класифікація, клініка, діагностика, лікування.

1. Що найбільш характерно для обмеженого дефекту верхньої щелепи після її резекції, який не сполучається із порожниною носа?
- А. Переважають функціональні, а не анатомічні порушення, головним чином жування.
 В. Мова набуває гугнявого характеру, стає незрозумілою.
 С. Порушується мова та акт жування і ковтання.
 D. Виражена асиметрія обличчя, очне яблуко опущено, порушені мова та ковтання.
 Е. Повне порушення акту жування та ковтання, мови, виражене спотворення обличчя.
2. Що не відноситься до етіологічних чинників дефектів верхньої щелепи?
- А. Злоякісні пухлини.
 В. Остеомієліт.
 С. Вроджене незрощення піднебіння.
 D. Вогнепальні поранення.
 Е. Усі відповіді вірні.
3. Які клінічні симптоми не характерні після типової резекції верхньої щелепи?
- А. Западання тканин щоки.
 В. Опущення очного яблука.
 С. Порушення функцій ковтання, мови.
 D. Порушення бінокулярного зору.
 Е. Переважають функціональні, а не анатомічні порушення, головним чином жування.
4. Чи можливе використання пластики місцевими тканинами за дефектах верхньої щелепи?
- А. Ні, не можлива.
 В. Так, за малих дефектах та ороназальних та ороантральних сполученнях.
 С. Так, за дефектах фронтального відділу альвеолярного відростку.
 D. Так, за умов незадовільного загальносоматичного стану пацієнта.
 Е. Так, за умов відторгнення кісткового трансплантату.
5. За дефектах верхньої щелепи порожнина рота може сполучатися із:
- А. Порожниною носа та гайморовою порожниною.
 В. Порожниною носа та решітчастим лабіринтом.
 С. Порожниною носа.
 D. Порожниною носа, гайморовою порожниною та решітчастим лабіринтом.
 Е. Порожниною носа та середньою черепною ямкою.
6. Повні дефекти верхньої щелепи бувають:
- А. Без дефекту м'яких тканин та з дефектом м'яких тканин.
 В. З наявністю зубів та без наявності зубів.
 С. Однобічні та двобічні.

- D. Вроджені та набуті.
- E. Усі відповіді вірні.
- 7. Які види операцій не відносяться до кісткової пластики верхньої щелепи?
 - A. Пластика місцевою кісткою.
 - B. Пластика вільним кістковим аутоотрансплантатом.
 - C. Пластика мікросудинним трансплантатом.
 - D. Пластика штучним каркасом.
 - E. Усі відповіді вірні.
- 8. Від чого залежить хірургічне лікування хворих із дефектами верхньої щелепи?
 - A. Локалізація та величина дефекту.
 - B. Загальний стан пацієнта.
 - C. Стан зубів та прикусу.
 - D. Стан слизової оболонки порожнини рота.
 - E. Усі відповіді вірні.
- 9. Який із перелічених методів лікування дозволяє відновити альвеолярний відросток верхньої щелепи у вертикальному напрямку?
 - A. Пластика місцевою кісткою.
 - B. Пластика вільним кістковим аутоотрансплантатом.
 - C. Пластика мікросудинним трансплантатом.
 - D. Пластика Філатовським стеблом.
 - E. Дистракційний остеогенез.
- 10. Які із перелічених методів обстеження не використовуються у хворих з дефектами верхньої щелепи?
 - A. Огляд, пальпація.
 - B. Сіалографія.
 - C. КТ-3D.
 - D. Анамнез, скарги.
 - E. Оглядова рентгенографія кісток лицевого скелету.

Тема №24. Дистанційно-компресійні методи лікування дефектів і деформацій кісток лицевого черепу.

1. Що не є показанням до використання компресійного остеосинтезу позаротовими конструкціями?
 - A. Уповільнення формування кісткового мозолу.
 - B. Псевдоартроз.
 - C. Перелом, ускладнений остеомієлітом.
 - D. Поєднання перелому із мікрогнатією.
 - E. Незрощений перелом.
2. Компресія за остеосинтезу розрізняється:
 - A. Тимчасова та постійна.
 - B. Одночасна та постійна.
 - C. Одноетапна та двоетапна.
 - D. Двоетапна та трьохетапна.
 - E. Усі відповіді вірні.
3. Дистракційний остеогенез – це:
 - A. Біологічний процес формування нової кістки між поверхнями кісткових сегментів, які поступово розділяються тракцією, яка збільшується.
 - B. Біологічний процес формування нової кістки між поверхнями кісткових сегментів, які поступово поєднуються.
 - C. Біологічний процес формування нової патологічно-зміненої кістки між поверхнями кісткових сегментів, які поступово розділяються між собою.
 - D. Біологічний процес формування нової патологічно-зміненої кістки між поверхнями кісткових сегментів, які поступово розділяються тракцією, яка збільшується.
 - E. Усі відповіді вірні.
4. Що не відноситься до характеристик дистракційного остеогенезу?
 - A. Можливість збільшення кісткового фрагменту на необхідну величину.
 - B. Відсутність необхідності у додатковому джерелі кісткової тканини.

- C. Можливість використання у дитячому віці.
 - D. Швидкість проведеного лікування.
 - E. Усі відповіді вірні.
5. Яке знеболення використовується при проведенні дистракційно-компресійного остеосинтезу?
- A. Провідникова анестезія та нейролептанальгезія.
 - B. Провідникова анестезія.
 - C. Нейролептанальгезія.
 - D. Наркоз.
 - E. Рауш-наркоз.
6. Внаслідок чого не виникають рецидиви після дистракційного остеогенезу?
- A. Додаткове втручання на СНЩС та механотерапія жувальних м'язів.
 - B. Дистракційний апарат залишається у пацієнта протягом життя.
 - C. Поступові зміни розміру щелепи та зберігання функції нижньої щелепи перебудовують СНЩС та жувальні м'язи.
 - D. Залежить від віку пацієнта.
 - E. Усі відповіді вірні.
7. Що є показаннями для використання дистанційно-компресійних методів лікування?
- A. Дефекти нижньої щелепи.
 - B. Несправжній суглоб.
 - C. Уповільнена консолідація уламків.
 - D. Свіжі переломи нижньої щелепи.
 - E. Усі відповіді вірні.
8. До якого методу відноситься дистанційно-компресійне лікування?
- A. Остеосинтез.
 - B. Місцево-пластична операція.
 - C. Остеотомія.
 - D. Діагностичне втручання.
 - E. Ортодонтичне лікування.
9. Дистанційно-компресійне лікування являє собою:
- A. Прямий внутрішньокістковий остеосинтез.
 - B. Накістний непрямий остеосинтез.
 - C. Внутрішньокістковий непрямий остеосинтез.
 - D. Внутрішньокістковий-накістковий прямий остеосинтез.
 - E. Внутрішньокістковий-накістковий-назубний непрямий остеосинтез.
10. Які ускладнення можуть виникати, якщо темп дистракції фрагментів менший ніж темп росту кістки?
- A. Розрив регенерату.
 - B. Утворення несправжнього суглобу.
 - C. Відсутність подовження кістки.
 - D. Кістоутворення у кістці.
 - E. Виникнення зон ішемії.

Тема №25. Підсумкове заняття: методики стимуляції регенерації та трансплантації кісткової тканини. Сучасні методи хірургічного лікування дефектів та деформацій кісток лицевого скелету.

1. Які виділяють види аномалій прикусу?
- A. Дентальний та гнатичний.
 - B. Дентальний, денто-альверлярний та гнатичний.
 - C. Дентальний, альвеолярний, денто-альверлярний та гнатичний.
 - D. Альвеолярний, лицевий та краніальний.
 - E. Дентальний, періодонтальний та альвеолярний.
2. До причин вроджених деформацій щелепно-лицевої ділянки відносяться:
- A. Інфекційні захворювання матері.
 - B. Порушення носового дихання.
 - C. Шкідливі звички.
 - D. Травматичні ураження.
 - E. Ускладнення внаслідок перенесеного рахіту.
3. При аллотрансплантації використовують:

- A. Свіжі кісткові трансплантати.
 - B. Трансплантат на ніжці із окістям.
 - C. Синтетичні матеріали.
 - D. Кісткові трансплантати, які оброблені при низьких температурах.
 - E. Усі відповіді вірні.
4. Чим може ускладнитися проведення раннього хірургічного втручання за деформацій щелеп?
- A. Відторгненням трансплантату.
 - B. Затримкою росту щелепи та вторинними деформаціями.
 - C. Порушеннями імунної системи, внаслідок введення трансплантату.
 - D. Порушенням загальносоматичного стану.
 - E. Усі відповіді вірні.
5. Які є види компактостеотомії?
- A. Решітчаста, ступінчаста, тотальна, субтотальна.
 - B. Решітчаста, лінійна, комбінована.
 - C. Верхня, нижня, тотальна, субтотальна.
 - D. Ступінчаста, лінійна, сітчаста, губчаста.
 - E. Кортикальна та губчаста.
6. Яке ускладнення часто розвивається після незначного дефекту нижньої щелепи?
- A. Остеомієліт.
 - B. Артроз СНЩС.
 - C. Анкілоз СНЩС.
 - D. Несправжній суглоб.
 - E. Гнатична аномалія прикусу.
7. За яких видів аномалій прикусу окрім ортодонтичного необхідно проводити хірургічне лікування?
- A. Дентальний та гнатичний.
 - B. Дентальний.
 - C. Гнатичний.
 - D. Денто-альверлярний.
 - E. Денто-альверлярний та гнатичний.
8. Що відноситься до негативних сторін місцево пластичних операцій?
- A. При проведенні додаткових розтинів, викроюванні клаптя на ніжці на обличчі, шиї, утворюються додаткові рубці.
 - B. Місцевопластичні операції мають короткий післяопераційний період, що скорочує термін непрацездатності хворого.
 - C. Складність планування та проведення оперативного втручання.
 - D. Необхідність проведення багатоетапних операцій.
 - E. Усі відповіді вірні.
9. Первинне зрощення перелому – це:
- A. Зрощення, яке проходить внаслідок безпосереднього утворення інтермедіального кісткового мозолю.
 - B. Зрощення, яке проходить внаслідок безпосереднього утворення періостального кісткового мозолю.
 - C. Зрощення, яке проходить внаслідок поступового утворення періостального, а потім - інтермедіального кісткового мозолю.
 - D. Зрощення, яке проходить внаслідок утворення параоссального кісткового мозолю.
 - E. Зрощення, яке проходить внаслідок утворення ендостального кісткового мозолю.
10. Який метод лікування дозволяє добитися первинного кісткового зрощення?
- A. Аллотрансплантація.
 - B. Аутотрансплантація.
 - C. Ксенотрансплантація.
 - D. Компактостеотомія.
 - E. Компресійно-дистакційний остеосинтез.

Тема №26. Хірургічна підготовка порожнини рота до ортопедичного лікування. Пластика вуздечок губ та язика: показання, методики виконання.

1. Для зближення країв рани проводять:

- A. Максимальне збільшення співвідношення довжини клаптя до його ширини.
 - B. Мобілізацію країв рани.
 - C. Використання пластиночних швів.
 - D. Використання направляючих швів.
 - E. Усі відповіді вірні.
2. Як повинні прилягати краї рани один до одного за місцево-пластичних операцій?
- A. Повинні бути зближені без натягу, з діастазом 1-2 мм.
 - B. Повинні бути зближені без натягу, щільно прилягати один до одного.
 - C. Повинні бути зближені з максимально можливим натягом, щільно прилягати один до одного.
 - D. Прилягання країв рани один до одного не важливе.
 - E. Один край повинен перекривати інший на 1-2 мм.
3. Що не відноситься до хірургічної підготовки порожнини рота до протезування?
- A. Видалення надлишку м'яких тканин.
 - B. Остеопластика.
 - C. Синусліфтинг.
 - D. Професійна гігієна порожнини рота.
 - E. Видалення зубів, які не підлягають терапевтичному лікуванню.
4. Які існують види рецесії ясен?
- A. Травматична, симптоматична, фізіологічна.
 - B. Вроджена, набута.
 - C. Симетрична, несиметрична.
 - D. Однощелепна, двощелепна.
 - E. Усі відповіді вірні.
5. Вестибулопластика за Кларком проводиться:
- A. За умов поганого загальносоматичного стану пацієнта.
 - B. Тільки за умов повної адентії.
 - C. На верхній щелепі.
 - D. На нижній щелепі.
 - E. Усі відповіді вірні.
6. Які розрізняють види френулопластики за Лімбергом?
- A. Z-подібна.
 - B. Y-подібна, Z-подібна.
 - C. Z-подібна, W-подібна.
 - D. Відкрита та закрита.
 - E. M-подібна.
7. За якою ознакою розрізняють види френулопластики за Лімбергом?
- A. За етапністю проведення операції.
 - B. За віком пацієнта.
 - C. За станом тканин пародонту.
 - D. За типом розрізу.
 - E. Усі відповіді вірні.
8. Які методи лікування використовують для корекції вуздечки губ?
- A. Френулектомія, френулопластика.
 - B. Френулопластика, вестибулопластика.
 - C. Френулотомія, френулоцентез, френулопластика.
 - D. Френулотомія, френулоцентез, френулектомія.
 - E. Френулотомія, френулектомія, френулопластика.
9. Що є показанням для проведення френулотомії?
- A. Тонка та коротка вуздечка.
 - B. Коротка масивна вуздечка.
 - C. Мілкий присінок порожнини рота.
 - D. Рубцевозмінена вуздечка.
 - E. Вуздечка, що влітається до серединного піднебінного шва.
10. Під яким кутом необхідно проводити розрізи при Z-пластиці вуздечки?
- A. 15-30.
 - B. 30-45.
 - C. 45-60.

- D. 60-85.
- E. 90-110.

Тема №27. Біологічні основи дентальної імплантації. Види імплантів. Показання, протипоказання, забезпечення.

1. Серед зубних внутрішньокісткових імплантів виділяють:
 - A. Ендодонто-ендоосальні та ендоосальні.
 - B. Ендоосальні та кризькісткові.
 - C. Моноімпланти та комбіновані.
 - D. Підслизові та підокістні.
 - E. Усі перелічені.
2. Що відноситься до абсолютних протипоказань до дентальної імплантації?
 - A. Ендокринні захворювання.
 - B. Неврологічні та ендокринні захворювання.
 - C. Аутоімунні та алергічні захворювання.
 - D. Усі відповіді правильні.
 - E. Правильної відповіді немає.
3. До переваг плоских (пластиночних) імплантів не відноситься:
 - A. Невелика глибина занурення імпланту в кістку.
 - B. Можливість із великою точністю інструментально створити кісткове ложе.
 - C. Можливість встановлення разом із природними зубами і включати їх в якості опор для ортопедичних конструкцій.
 - D. Усі відповіді правильні.
 - E. Правильної відповіді немає.
4. Рамусний імплант – це:
 - A. Імплант, який фіксується підокістно.
 - B. Внутрішньо слизовий імплант.
 - C. Біоактивний імплант.
 - D. Конструкція із амортизаційною системою.
 - E. Плоска конструкція, яка фіксується у трьох місцях нижньої щелепи.
5. Які імпланти частіше використовуються?
 - A. Внутрішньо кісткові імпланти.
 - B. Підокістні імпланти.
 - C. Комбіновані імпланти.
 - D. Чрезкістні імпланти.
 - E. Усі відповіді вірні.
6. Що не відноситься до анатомічного ризику в імплантології?
 - A. Риск травмувати анатомічну структуру під час операції.
 - B. Риск відсутності остеоінтеграції.
 - C. Риск створити ситуацію тимчасового чи постійного дискомфорту.
 - D. Риск виникнення кровотечі під час операції.
 - E. Риск травматизма не адекватний із об'ємом втручання при встановленні імпланта.
7. Що є перевагами використання титанового сплаву при дентальній імплантації?
 - A. Висока корозійна стійкість та біоактивність.
 - B. Висока корозійна стійкість та біотолерантність.
 - C. Можливість надати конструкції будь-якої форми.
 - D. Можливість використання матеріалу у пацієнтів із захворюваннями крові.
 - E. Усі відповіді правильні.
8. Метал, який використовується для внутрішньокісткової імплантації та є практично повним аналогом титану?
 - A. Молібден.
 - B. Полоній.
 - C. Цинк.
 - D. Цирконій.
 - E. Гідраргіум.
9. Які фактори не впливають на остеоінтеграцію імпланта?
 - A. Матеріал та форма імпланта.

- V. Ступінь підготовки кісткового ложа.
 - C. Дотримання правил асептики.
 - D. Час
 - E. Вид знеболення.
10. Що є показанням до дентальної імплантації?
- A. Одиначні дефекти зубного ряду.
 - B. Включені дефекти зубних рядів.
 - C. Кінцеві дефекти зубних рядів.
 - D. Повна адентія.
 - E. Усі відповіді вірні.

Тема № 28. Показання та обстеження хворих перед хірургічним етапом дентальної імплантації. Підготовка альвеолярного відростку до імплантації. Техніка виконання.

1. Від чого залежить спосіб формування кісткового ложа для імпланта?
 - A. Віку пацієнта.
 - B. Конструкції імпланта.
 - C. Кількості імплантів.
 - D. Виду та конструкції імпланта.
 - E. Досвіду хірурга.
2. Як відбувається атрофія кісткової тканини альвеолярного відростку верхньої щелепи?
 - A. Більше з орального боку, вгору.
 - B. Більше з вестибулярного боку, медіально, вгору.
 - C. Однаково з обох боків, латерально, вгору.
 - D. Однаково з обох боків, медіально, вгору.
 - E. Більше з орального боку, латерально, вгору.
3. Як правильно розміщують пластиночні імпланти?
 - A. По центру альвеолярного відростку, проходить крізь ясна медіальніше положення колишнього зуба.
 - B. По центру альвеолярного відростку, проходить крізь ясна латеральніше положення колишнього зуба.
 - C. З латерального боку альвеолярного відростку, проходить крізь ясна медіальніше положення колишнього зуба.
 - D. З латерального боку альвеолярного відростку, проходить крізь ясна аналогічно положення колишнього зуба.
 - E. З медіального боку альвеолярного відростку, проходить крізь ясна медіальніше положення колишнього зуба.
4. Лінія розрізу при встановленні імпланту проходить:
 - A. З медіального боку альвеолярного відростку.
 - B. З орального боку альвеолярного відростку.
 - C. З вестибулярного боку альвеолярного відростку.
 - D. На 1 см вище (нижче) перехідної складки.
 - E. По центру альвеолярного відростку або дещо щічно.
5. Для заміщення кінцевих дефектів зубних рядів ортопедичними конструкціями, які спираються тільки на імпланти, потрібно дотримуватися такого принципу:
 - A. Використовуються тільки підокісні імпланти.
 - B. Імпланти встановлюють під нахилом 5-7% один до одного.
 - C. Відстань між імплантатами не повинна перевищувати 1/2 довжини імпланта.
 - D. Імплант, який розташовується в центрі виходить за межі лінії, яка сполучає два крайні імпланти.
 - E. Усі відповіді вірні.
6. Який спосіб протезування на імплантах є найбільш сприятливим за повної адентії?
 - A. Знімне.
 - B. Незнімне.
 - C. Умовно-знімне.
 - D. Комбіноване.
 - E. Усі відповіді вірні.
7. Що є основоположним принципом імплантації?

- A. Максимальне видалення нежиттєздатних тканин.
 - B. Атрауматична техніка проведення операцій.
 - C. Проведення оперативних втручань тільки під загальним знеболенням.
 - D. Проведення передімплантаційної підготовки порожнини рота.
 - E. Усі відповіді правильні.
8. Які виділяють етапи операційної тактики за імплантації?
- A. Розріз та забезпечення операційного доступу, препарування кісткового ложа, встановлення імпланта, закриття операційної рани.
 - B. Розріз та забезпечення операційного доступу, препарування кісткового ложа, встановлення імпланта, накладання контраппертури, закриття операційної рани.
 - C. Розріз та забезпечення операційного доступу, встановлення імпланта, закриття операційної рани.
 - D. Розріз та забезпечення операційного доступу, одночасне препарування кісткового ложа та встановлення імпланта, закриття операційної рани.
 - E. Розріз та забезпечення операційного доступу, встановлення імплантат та його корекція, закриття операційної рани.
9. Що не відноситься до принципів направленої регенерації кістки за імплантації?
- A. Найбільш раннє проведення операційного втручання після видалення зуба.
 - B. Атрауматичне виконання оперативного втручання.
 - C. Ретельна ревізія дефекту кістки із повним видаленням фіброзної та грануляційної тканин.
 - D. Заповнення дефекту остеокондуктивними матеріалами.
 - E. Ізоляція дефекту кістки від навколишніх тканин.
10. Які виділяють методики операції синус-ліфтинг?
- A. Часткова та тотальна.
 - B. Компресійна та декомпресійна.
 - C. Відкрита та закрита.
 - D. Висхідна та низхідна.
 - E. Усі відповіді вірні.

Тема №29. Результати, ускладнення дентальної імплантації та їх лікування.

1. Що не відноситься до можливих ускладнень під час імплантації?
- A. Кровотеча з рани.
 - B. Пошкодження дна гайморової порожнини та порожнини рота.
 - C. Перелом стінки альвеолярного відросту.
 - D. Повітряна емболія та емфізема тканин.
 - E. Мукозит та періімплантит.
2. Які критерії успішності внутрішньокісткової імплантації?
- A. Відсутність больових відчуттів у пацієнта.
 - B. Клінічної стабільності в умовах навантаження.
 - C. Мінімальна втрата висоти альвеолярного відростку.
 - D. Відсутність пошкодження інших анатомічних структур.
 - E. Усі відповіді вірні.
3. Що не відноситься до причин виникнення періімплантиту?
- A. Глибокий або медіальний прикус.
 - B. Недотримання атрауматичності при формуванні кісткового ложа.
 - C. Неадекватне закриття операційної рани.
 - D. Мілкий присінок порожнини рота.
 - E. Незадовільна гігієна порожнини рота.
4. Що не відноситься до заходів лікування періімплантиту?
- A. Видалення нальоту з виступаючої в порожнину рота частини імпланта.
 - B. Гігієнічна обробка порожнини рота.
 - C. Проведення послаблюючих розрізів.
 - D. Медикаментозна протизапальна терапія.
 - E. Обробка ясеневі манжети антибактеріальними гелями.
5. Яке з перелічених ускладнень проявляється у період функціонування імпланту?
- A. Перелом стінки альвеолярного відросту.
 - B. Мукозит.

- C. Повітряна емболія та емфізема тканин.
 - D. Міграція імпланту у верхньощелепну пазуху.
 - E. Відторгнення імпланту.
6. Які варіанти відторгнення імпланту виділяють?
- A. Утворення секвестра, який включає в себе імплант, утворення множинних секвестрів навколо імпланту.
 - B. Утворення грануляційної тканини між імплантом та кісткою, утворення секвестра, який включає в себе імплант, утворення множинних секвестрів навколо імпланту.
 - C. Утворення секвестра, який включає в себе імплант, випадіння імпланта.
 - D. Утворення грануляційної тканини між імплантом та кісткою і утворення секвестра, який включає в себе імплант.
 - E. Усі відповіді правильні.
7. Коли можна проводити повторну імплантацію після відторгнення імпланту при утворенні грануляційної тканини між ним та кісткою?
- A. Не раніше ніж через 6-8 місяців.
 - B. Повторна імплантація не проводиться.
 - C. Через 1-2 роки.
 - D. Безпосередньо після відторгнення імпланту.
 - E. Через 2-4 місяці.
8. Які фактори можуть призвести до відсутності первинної фіксації імпланта?
- A. Ранній початок ортопедичного етапу імплантації.
 - B. Остеопороз та некоректне формування кісткового ложа.
 - C. Травмування нижньощелепного каналу або перфорація гайморової порожнини.
 - D. Кровотеча з рани у ранній післяопераційний період.
 - E. Усі відповіді вірні.
9. При встановленні яких імплантів частіше спостерігається таке ускладнення, як перфорація дна гайморової порожнини?
- A. Підокісних.
 - B. Пластиночних.
 - C. Імпланти комбінованої конструкції.
 - D. Гвинтових та циліндричних.
 - E. Усі відповіді вірні.
10. До критеріїв успішної імплантації не відноситься?
- A. Відновлення висоти та ортогнатичності прикусу.
 - B. Відсутність рухомості кожного з імплантів.
 - C. Щорічне зменшення рівня кістки повинно бути не менше 0,2 мм на рік.
 - D. Відсутність болю, парестезій, інфекцій.
 - E. Мінімальний рівень успішної імплантації 85% за 5 років.

Тема №30. Пародонтальна хірургія, хірургічне лікування захворювань тканин пародонту: показання, техніка виконання, кістково-пластичні матеріали. Ускладнення ендодонтичних втручань та їх хірургічне лікування.

1. Що є метою хірургічного лікування захворювань пародонту?
 - A. Ліквідація пародонтальних та кісткових карманів, дефектів тканин пародонту.
 - B. Ліквідація одонтогенного вогнища інфекції та хроніоінтоксикації.
 - C. Зняття м'яких та твердих зубних відкладень
 - D. Підтримуюча терапія пародонту.
 - E. Правильної відповіді немає.
2. Виділяють такі види хірургічних методів лікування захворювань пародонту:
 - A. Гінгівопластика, остеогінгівопластика, одонтопластика.
 - B. Гінгівальні, клаптеві операції, остеогінгівопластика, мукогінгівопластика, одонтопластика.
 - C. Остеогінгівопластика, мукогінгівопластика, одонтопластика, дистракційно-компресійне лікування.
 - D. Дистракційно-компресійне лікування, гінгівопластика, остеогінгівопластика, одонтопластика.
 - E. Дистракційно-компресійне лікування, клаптеві операції, остеогінгівопластика.
3. Група пластичних оперативних втручань на слизовій оболонці, яснах та кістці альвеолярного відростка щелепи:

- A. Остеогінгівопластика.
 - B. Гінгівопластика.
 - C. Дистракційно-компресійне лікування.
 - D. Клаптеві операції.
 - E. Мукогінгівопластика.
4. До резективної пародонтальної хірургії не відноситься:
- A. Гінгівектомія, гінгівопластика.
 - B. Остеоектомія, остеопластика.
 - C. Клаптеві операції закриття рецесій.
 - D. Одонтопластика, гемісекція.
 - E. Стратегічна екстракція зубів.
5. Які виділяють види пародонтальної хірургії:
- A. Резективна та регенеративна.
 - B. Ургентна та планова.
 - C. Регенеративна та репаративна.
 - D. Симптоматична та паліативна.
 - E. Усі відповіді вірні.
6. Що не є протипоказанням до пародонтальних втручань?
- A. Глибокі зубо-ясеневі кишені.
 - B. Системний остеопороз.
 - C. Недотримання гігієни порожнини рота.
 - D. Рухомість зубів III – IV ступенів.
 - E. Захворювання крові.
7. Що є показанням до радикальної гінгівектомії?
- A. Пародонтальний карман більш ніж 5 мм, горизонтальна резорбція альвеол.
 - B. Гіпертрофічний гінгівіт, фіброматоз ясен.
 - C. Пародонтальні абсцеси та пародонтальний карман більш ніж 5 мм
 - D. Глибокі пародонт альні та кісткові кармани із вертикальною резорбцією альвеол та рухомістю зубів I-III ступенів.
 - E. Усі відповіді вірні.
8. Паліативний метод лікування, який являє собою лінійне розсічення ясен та стінки пародонтального карману, евакуації ексудата, видаленні ексудата та зубних відкладень.
- A. Гінгівектомія.
 - B. Гінгівотомія.
 - C. Кюретаж.
 - D. Клаптева операція.
 - E. Гінгівопластика.
9. Що є показанням до відкритого кюретажу?
- A. Пародонтальний карман більш ніж 5 мм, горизонтальна резорбція альвеол.
 - B. Гіпертрофічний гінгівіт, фіброматоз ясен.
 - C. Пародонтальні абсцеси та пародонтальний карман більш ніж 5 мм
 - D. Пародонтальний карман менше 5 мм, відсутність кісткових карманів.
 - E. Пародонти середнього ступеню важкості, пародонт альні кишені до 4-5 см глибиною.
10. Що не відноситься до основних критеріїв вибору хірургічного методу лікування захворювань тканин пародонту?
- A. Стан ясеневого краю та кістки альвеолярного відростку.
 - B. Наявність ортопедичних конструкцій.
 - C. Глибина пародонтальної кишені та ступінь рухомості зубів.
 - D. Стан реактивності організму.
 - E. Стан прикусу.

Тема №31. Хірургічне лікування больових синдромів: невралгії, неврити щелепно-лицевої ділянки.

1. Захворювання, яке виникає внаслідок подразнення чутливих волокон і характеризується нападаподібним інтенсивним болем за ходом нервового стовбура та його гілок?
- A. Неврит.
 - B. Невралгія.

- C. Невралго-неврит.
 - D. Невропатія.
 - E. Парез.
2. Наявність тригерних зон характерна для:
- A. Невралгії трійчастого нерву периферійного генезу.
 - B. Невралгії трійчастого нерву центрального генезу.
 - C. Невриту трійчастого нерву.
 - D. Нейропатії трійчастого нерву.
 - E. Для усі перелічених захворювань.
3. Ураження нерва, яке характеризується змінами інтерстицію, мієлінової оболонки та осьових циліндрів, та проявляється симптомами подразнення або випадінням функцій у зоні іннервації?
- A. Невралгія.
 - B. Невралго-неврит.
 - C. Невропатія.
 - D. Неврит.
 - E. Парез.
4. Який із перелічених методів лікування невралгії трійчастого нерву не є хірургічним?
- A. Блокада.
 - B. Нейротомія.
 - C. Нейректомія.
 - D. Нейроекзerez.
 - E. Декортикація каналу.
5. Який з перелічених симптомів не відноситься до невриту лицевого нерву?
- A. Відсутність вібрації зімкнутих повік на ураженому боці.
 - B. Неможливість змикання губ на боці ураження.
 - C. Напади різучого болю в ділянці зовнішнього слухового ходу.
 - D. При спробі дивитися вперед і повільно закривати очі верхня повіка на боці ураження дещо піднімається.
 - E. При прижмуріванні відсутня нормальна вібрація у круговому м'язі ока.
6. Що є показанням до декортикації нижньощелепного каналу з резекцією нервово-судинного пучка?
- A. Рубці м'яких тканин після алкоголізації.
 - B. Деструктивні зміни у більшій частині нижньощелепного каналу.
 - C. Звуження підборідного отвору.
 - D. Деструктивні зміни на обмеженій ділянці нижньощелепного каналу.
 - E. Усі відповіді вірні.
7. Декортикація переднього відділу нижньощелепного каналу із виділенням судинно-нервового пучка – це:
- A. Хірургічний метод лікування периферійної невралгії II гілки трійчастого нерва.
 - B. Хірургічний метод лікування периферійної невралгії III гілки трійчастого нерва.
 - C. Хірургічний метод лікування центральної невралгії трійчастого нерва.
 - D. Консервативний метод лікування центральної невралгії трійчастого нерва.
 - E. Консервативний метод лікування периферійної невралгії III гілки трійчастого нерва.
8. До етіологічних чинників невралгії трійчастого нерва периферійного генезу не відноситься?
- A. Гальваноз порожнини рота.
 - B. Осифікація нижньощелепного каналу.
 - C. Пухлини та пухлиноподібні утворення щелепно-лицевої ділянки.
 - D. Судинні захворювання.
 - E. Захворювання зубів.
9. Залежно від ступеня посттравматичному ушкодження нерва не виділяють:
- A. Струс.
 - B. Забиття.
 - C. Розтягування.
 - D. Неповний розрив.
 - E. Повний розрив.
10. Який з перелічених хірургічних методів лікування захворювань нервів є найбільш перспективним?

- A. Висічення ділянки нерва.
- B. Видалення нерва шляхом його викручування.
- C. Декомпресійні операції з вивільненням периферійний гілок з кісткових каналів.
- D. Пластика кісткових каналів для периферійних гілок.
- E. Усі відповіді вірні.

Тема № 32. Параліч мимічної мускулатури: етіологія, діагностика, клініка, лікування, результати.

1. Параліч – це:

- A. Зменшення сили й амплітуди довільних рухів, зумовлене порушенням іннервації відповідних м'язів.
- B. Захворювання, яке виникає внаслідок подразнення чутливих волокон і характеризується нападаподібним інтенсивним болем за ходом нервового стовбура та його гілок.
- C. Ураження нерва, яке характеризується змінами інтерстицію, мієлінової оболонки та осьових циліндрів, та проявляється симптомами подразнення або випадінням функцій у зоні іннервації.
- D. Розлад рухових функцій у вигляді повної відсутності довільних рухів внаслідок енервації відповідних м'язів.
- E. Правильної відповіді немає.

2. Зменшення сили й амплітуди довільних рухів, зумовлене порушенням іннервації відповідних м'язів – це:

- A. Парез.
- B. Параліч.
- C. Невропатія.
- D. Неврит.
- E. Невралгія.

3. Який з перелічених симптомів не характерний для паралічу лицевого нерва?

- A. Половина обличчя нерухома.
- B. Згладженість носу-губної борозни.
- C. Порушення мови.
- D. Неспроможність скласти губи трубочкою.
- E. Неспроможність прийому їжі.

4. Що не відноситься до методів діагностики парезів лицевого нерва?

- A. Неврологічне обстеження.
- B. МРТ головного мозку.
- C. Консультація окуліста.
- D. Мастикаціографія.
- E. Електронейроміографія.

5. До складу лицевого нерва входять:

- A. Рухові, чутливі та вегетативні волокна.
- B. Рухові та вегетативні волокна.
- C. Чутливі та парасимпатичні.
- D. Рухові.
- E. Чутливі.

6. Виділяють такі види паралічу лицевого нерву:

- A. Центральний та периферичний.
- B. Однобічний та двобічний.
- C. Посттравматичні та інфекційні.
- D. Симпатичні та парасимпатичні.
- E. Усі відповіді вірні.

7. Чим відрізняється центральний параліч лицевого нерву від периферичного?

- A. Двобічністю ураження.
- B. Поєднанням із вегетативною симптоматикою.
- C. Згладженість носу-губної складки.
- D. Можливістю змиканням повік з обох боків.
- E. Усі відповіді вірні.

8. Чим із вказаних ознак не характеризується параліч лицевого нерву?

- A. Зміна кольору шкіри.
- B. Наявність тригерних зон.

- C. Зниження температури тканин на ураженій ділянці.
 - D. Вегетативно-судинні порушення.
 - E. Ін'єкція кон'юнктиви.
9. Консультація якого спеціаліста необхідна при паралічі лицевого нерву?
- A. Ендокринолога.
 - B. Терапевта.
 - C. Невролога.
 - D. Нейрохірурга.
 - E. Ревматолога.
10. Нервово-м'язова пластика – це:
- A. Зшивання закінчення паралізованого нерва із іншим.
 - B. Вшивання будь-якого нерва у паралізований м'яз.
 - C. Кінетичне підвішування опущених м'язів до коронарного відростку нижньої щелепи.
 - D. Статистичне підвішування опущених м'язів до коронарного відростку нижньої щелепи.
 - E. Зшивання паралізованого м'язу із неураженим.

№ 30. Підсумковий модульний контроль.

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Остеопластика - це ефективний метод усунення кісткових дефектів, який в останні роки збагатився новими перспективними технологіями. Запропоновано численні оригінальні матеріали застосування яких дозволяє отримувати оптимальні результати як при усуненні невеликих дефектів кістки (кісткові кишені, дефекти при лікуванні кіст та ін.), так і під час відновлювальних операцій значного обсягу, наприклад, після резекції щелепи.

2. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 2.1. Аналізувати фази регенерації кісткової тканини.
- 2.2. Пояснювати механізм утворення первинної та вторинної кісткової мозолі.
- 2.3. Запропонувати план обстеження хворого, якому планується пересадка кісткового трансплантата.
- 2.4. Класифікувати остеопластическіє матеріали.
- 2.5. Трактувати різні причини атрофії альвеолярного відростка щелеп.
- 2.6. Малювати графологічну схему заняття.
- 2.7. Проаналізувати показання та наслідки дентальної імплантації залежно від різних клінічних випадків.
- 2.8. Скласти схему підготовки кісткової тканини до хірургічного етапу дентальної імплантації.

3. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ (міждисциплінарна інтеграція).

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Анатомія людини.	Знати нормальну будову кісткових структур лицевого скелета.
2. Гістологія, цитологія, ембріологія.	Диференціювати основні гістологічні структури кісткової тканини як органу.
3. Біоорганічна та біологічна хімія.	Знати особливості основних сплавів металів, їх хімічну будову.
4. Фізіологія.	Знати нормальні процеси осифікації.
5. Патоморфологія.	Описати різні процеси регенерації кісткової тканини, класифікувати типи кісткової мозолі.
6. Фармакологія.	Зобразити схематично різні групи препаратів, що використовуються в дентальної імплантації.
7. Радіологія.	Використовувати сучасні методи рентгенологічного дослідження на етапах планування та оцінки якості лікування.

8. Пропедевтика ортопедичної стоматології.	Описати різні класифікації дефектів зубного ряду.
--	---

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
Аутотрансплантація	Це матеріал для пересадки, отримують з тканин самого пацієнта.
Алотрансплантація.	Це пересадка тканин від людини людині.
Гетеротрансплантація.	Це пересадка тканин від тварини людині.
Остеоінтеграція.	Це фундаментальне біологічне явище з широкими можливостями використання у всіх областях медицини і стоматології.
Остеокондукція	Проліферація остеогенних клітин по ходу волокон фібрину і диференціація цих клітин в остеобласти.
Остеоіндукція	Стимулювання зростання кісткової тканини.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Гістологічне побудова кісткової тканини.
2. Механізм ренегерації кістки.
3. Определение поняття «остеопластика». Класифікація остеопластичних матеріалів.
4. Визначення поняття «трансплантація». Класифікація видів трансплантації.
5. Визначення сумісності тканин донора і реципієнта.
6. Методи попередження відторгнення пересаджених трансплантатів.
7. Механізм виникнення вроджених і набутих черепно-щелепно-лицевих деформацій.
8. Клінічні прояви фіброзної дисплазії.
9. Клінічні прояви хвороби Педжета.
10. Клінічні прояви дизостоз (щелепно-черепного, щелепно-лицевої, черепно-лицевої).
11. Методи діагностики черепно-щелепно-лицевих деформацій.
12. Методи лікування черепно-щелепно-лицевих деформацій.
13. Гістологічна будова шкіри.
14. Метод вільної пересадки шкіри на обличчя. Показання та протипоказання.
15. Пересадка шкіри по Ревердену.
16. Пересадка шкіри по Яновичу-Чайнському-Девісу.
17. Пересадка шкіри по Краузе.
18. Пересадка шкіри по Тіршу.
19. Пересадка шкіри по Педжета.
20. Переваги та недоліки існуючих методів вільної пересадки шкіри при їх використанні на обличчі.
21. Методика отримання клаптів шкіри для вільної пересадки на обличчя.
22. Методика пересадки вільного клаптя в зону дефекту.
23. Методика пересадки шкіри в порожнину рота.
24. Пересадка слизової оболонки.
25. Класифікація апаратів для компресійно-дистракційного остеосинтезу.
26. Механізм дії компресійно-дистракційного апаратів.
27. Вплив компресії на тип загоєння кісткової рани.
28. Переваги та недоліки компресійно-дистракційного остеосинтезу.
29. Гістологічне будова кісткової тканини.
30. Методи регенерації кістки.
31. Нормальне біохімічне будова кістки.
32. Класифікація атрофій щелеп.
33. Класифікація будови щелеп залежно від внутрішньої будови.
34. Принципи спрямованої регенерації кісткової тканини.
35. Протокол хірургічного етапу дентальної імплантації.
36. Сучасні матеріали для кісткової аугментації.

37. Види сучасних дентальних імплантатів.
 38. Принципи планування оперативного втручання.
 39. Рентгенодіагностика в дентальній імплантології.
 40. Основні принципи роботи з м'якими тканинами, закриття дефектів слизової оболонки, що прикриває кістковий аугментат.
 41. Гістологічне будова кісткової тканини.
 42. Методи регенерації кістки.
 43. Нормальне біохімічне будова кістки.
 44. Процеси порушення регенерації кісткової тканини.
 45. Історичне становлення дентальної імплантації.
 46. Біологічне обґрунтування остеointegraції.
 47. Етапи контактного остеогенезу.
 48. Переваги та недоліки різних видів дентальних імплантатів.
 49. Види сучасних дентальних імплантатів.
 50. Показання до дентальної імплантації.
 51. Протипоказання до дентальної імплантації.
- 4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті: програмою не передбачені.

5. ЗМІСТ ТЕМИ:

Під терміном регенерація слід розуміти відновлення організмом втрачених або пошкоджених тканин.

Можна виділити чотири стадії цього процесу в кістковій тканині.

Перша стадія - руйнування клітинних елементів і структур, які входять до складу кістки. Це первинна реакція на травму. Тривалість цього періоду до 3 діб.

Друга стадія - проліферація і диференціювання клітинних елементів. Формується молода сполучна тканина (грануляційна тканина), яка поступово заповнює дефект. Триває цей період до 8 діб.

Третя стадія - поява первинних кісткових структур. Грануляційна тканина перетворюється на фіброзну, формується первинна кісткова мозоль. Цей період починається з 9 - 10 - го дня після травми і триває в середньому 20 - 30 діб.

Четверта стадія - спостерігається резорбція первинної кісткової тканини та пластинчастої кісткової тканини, яка означає формування вторинної кісткової мозолі. Повний цикл перебудови тканини займає приблизно 100 днів.

Остеогенна і остеоіндуктивна терапія. Під цим розуміють пересадку остеопластичного матеріалу в ділянку дефекту кістки з метою його усунення.

За механізмом регенераторного відповіді кісткової тканини на проведення підсадки численні на сьогодні остеотропні матеріали розподіляють на три основних групи:

- Остеоіндуктивні;
- Остеокондуктивні;
- Остеонейтральні.

Остеоіндуктивні матеріали безпосередньо впливають на зростання кістки, оптимізуючи процес трансформації недиференційованих мезенхімальних клітин в остеобласти.

Остеокондуктивні матеріали безпосередньо не впливають на зростання кістки і виконують роль матриксу або каркаса на якому відбувається новоутворення кісткової тканини та її подальше диференціювання.

Остеонейтральні матеріали - це інертні матеріали, що не розсмоктуються і застосовуються для заповнення кісткових дефектів.

Залежно від походження остеотропні матеріали розподіляються на:

- Аутогенні (джерелом матеріалу є сам пацієнт);
- Алогенні (матеріал отримують з тканин іншої людини);
- Ксеногенні (донором матеріалу є тварина);
- Алопластичні (синтетичні матеріали виготовлені штучно).

Трансплантація органів і тканин

Трансплантація - це операція по заміщенню органу, або тканин пацієнта відповідними структурами взятими від пацієнта, або іншого організму.

Класифікація трансплантацій

1. За типом трансплантатів:

- Пересадка органів;
- Пересадка тканин.

2. За типом донорів:

- Аутотрансплантація (донор і реципієнт - одна і та ж особа);
- Алотрансплантація (гомотрансплантація) - пересадка здійснюється між двома організмами одного біологічного виду (від людини людині);
- Ксенотрансплантація (гетеротрансплантація) - пересадку здійснюють від представника одного біологічного виду представникові іншого виду, наприклад, від тварини людині (застосовується вкрай рідко).

3. За місцем пересадки:

- Ортотопічна трансплантація (орган або тканину пересаджують у теж місце, де знаходився орган реципієнта);
- Гетеротопічна трансплантація (орган або тканину пересаджують в інше місце).

При алотрансплантації проблема сумісності донора і реципієнта є найважливішою для забезпечення нормального функціонування трансплантата в організмі реципієнта.

На сьогоднішній день підбір донорів здійснюється за двома основними системами антигенів: АВО (антигенів еритроцитів) і HLA (антигени лейкоцитів або антигени гістосумісності).

При лікуванні переломів кісток, механічний вплив на відламки за показаннями може бути здійснено в напрямку їх зближення під тиском (компресія) або, навпаки, в протилежних напрямках з метою їх розведення (дистракція).

Доведено, що компресія відламків в ділянці перелому має позитивний вплив на загоєння кісткового дефекту, скорочуючи терміни лікування. Сама по собі компресія не прискорює остеосинтез, але за умови точного зіставлення відламків, оптимізує утворення кісткової мозолі. При цьому мозоль формується лише в лінії перелому, не відбувається її надмірного утворення на поверхні кістки, як це має місце при зміщенні відламків. Інакше кажучи, здійснюється первинне кісткове загоєння.

У разі застарілого перелому зі зміщенням уламків, коли ручна репозиція неефективна або взагалі неможлива в результаті формування фіброзної мозолі, виникає необхідність поступового розведення відламків за рахунок тяги в протилежні сторони. Після цього здійснюють постійну фіксацію за допомогою ортопедичних або хірургічних методів.

За характером дії апарати поділяють на дистракційні, компресійні і змішаної дії, за методом фіксації - внутрішньо-і позаротові.

Дистракцію використовують, також, у випадках коли необхідно «подовжити» певну ділянку щелепи (частіше верхньої), наприклад, при лікуванні мікрогнатії. При цьому за допомогою бору наносять у шаховому порядку отвори компактної пластинки щелепи, після чого фіксують на щелепі апарат дистракційного дії.

Таким чином, показаннями до компресійно-дистракційного методу будуть: складні переломи щелеп зі значним зміщенням уламків, псевдосуглоба, уповільнена консолидація, переломи ускладнені остеомієлітом, необхідність подовження кістки.

До переваг методу можна віднести такі як:

- Вплив на кістку поза місця пошкодження;
- Точне з'єднання уламків з можливістю первинного загоєння і скорочення терміну лікування;
- Можливість руху в суглобі і раннього навантаження на щелепу;
- Можливість подовження кістки;
- Можливість лікування помилкового суглоба компресією;
- Можливість амбулаторного лікування.

Основними недоліками методу є його складність і можливість післяопераційних інфекційних ускладнень.

У загальній травматології класичним прикладом компресійно-дистракційного апарату є апарат Ілізарова.

У щелепно-лицевої хірургії як приклад апарату дистракційного дії можна привести апарат Катца, запропонований автором для лікування переломів нижньої щелепи при наявності дефекту кістки і дистракційно-компресійний апарат Грозовського.

Ці апарати виготовляють лабораторним способом і фіксують на зубах за допомогою металевих коронок, що значно ускладнює процес лікування. Серед сучасних методик можна назвати апарат Кононенко-Рузіна, який представляє собою гвинт всередині якого є канал з різьбленням, в який вкручений циліндр з отворами під ключ. Гвинт вкручують в малий уламок щелепи в ретромолярній ділянці після чого з'єднують його з назубних дротяної шиною яку фіксують на зубах. Обертаючи циліндр за допомогою ключа за годинниковою стрілкою досягають зведення

відламків, а проти годинникової стрілки - їх розведення. Крім цього застосовують апарат Рудько, модифікований для компресійно-дистракційного дії і апарат Магарілл-Солов'йова.

Певною компресією можна досягти при застосуванні шини Тігерштедта з зацепними гачками. З цією метою при виготовленні шини між плечима гачків залишають проміжок в 2 - 3 мм. Після фіксації шини на нижній щелепі плечі гачків зводять за допомогою клямпових щипців, за рахунок чого шина звужується, що призводить до компресії в ділянці перелому.

Успіх операції імплантації в чому залежить від особливостей будови щелеп.

Інтеграція імплантату залежить від стану кісткової тканини. Існують класифікації щелепних кісток, в яких передбачається виробити імплантування, за будовою і якістю. За ступенем резорбції альвеолярного відростка щелепні кістки класифікуються від А до Е, коли Shape А - це кістка, яка не зазнала резорбції, а Shape Е - це кістка з дуже сильною резорбцією.

Ідеальна для імплантування кістка - це велика кістка, без вираженої резорбції, кістка, в якій є достатня кількість кортикальної кістки, що забезпечує швидке загоєння і ос-теоінтеграцію. За даними дослідження біомеханіки внутрішньокісткових імплантатів, саме кортикальна кістка щелепи сприяє сприйняттю і розподілу жувальних навантажень. Отже, ідеальна кістка - це А2.

Після проведення імплантації, не слід навантажувати імплантати протягом 3 місяців при операції на нижній щелепі і 6 місяців - на верхній щелепі для зміцнення імплантату в кістці. У цей період відбувається взаємодія між остеобластами і остеокластами в процесі загоєння і кісткової інтеграції. Передчасне розкриття імплантату зменшує шанси на успіх.

Відмічені періоди 3-6 місяців - це мінімальні терміни «приживлення», за наявності «м'якої» кісткової тканини необхідно продовжити період очікування (остеоінтеграції) до моменту розкриття імплантату.

6. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

А. Завдання для самоконтролю:

Сучасні кістково-пластичні матеріали



Колапол КП



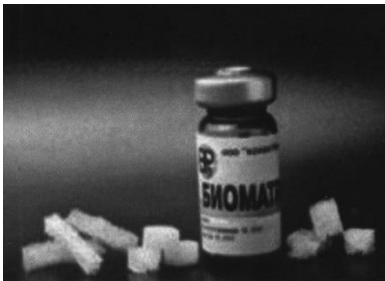
Біоімплант



Колапан



Остеоматрікс



Біоматрікс

Б. Задачі для самоконтролю:

дивитися методичні рекомендації попередніх тем.

В. Матеріали для тестового контролю. Тестові завдання з однією правильною відповіддю ($\alpha=II$):

дивитися методичні рекомендації попередніх тем.

Г. Навчальні завдання 3-го рівня (нетипові завдання):

дивитися методичні рекомендації попередніх тем.

7. ЛІТЕРАТУРА:

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2т. – Т.2/В.О.Маланчук, І.П.Логвіненко, Т.О.Маланчук, О.Л.Ціленко – К.: ЛОГОС, 2011. – С. 3-4, 9-12.
2. Рузин Г.П. Краткий курс лекций по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Геннадий Петрович Рузин – Киев: «Книга плюс», 2006 – С. 100 - 122.
3. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия: Руководство для врачей / Под ред. проф. В.Н.Балина и проф. Н.М.Александрова. 4-е изд., доп. и испр. – СПб.: СпецЛит, 2005. – С. 42-52.
4. Щелепно-лицева хірургія: підручник / О.О.Тимофєєв. – К.: ВСВ «Медицина», 2011. – С. 370-380.
5. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство / под ред. А.А.Кулакова, Т.Г.Робустовой, А.И.Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 – С. 406-416.

СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ
Кафедра стоматології

Затверджено
на засіданні кафедри стоматології
протокол № 1 від 28.08.2017 р.
Завідувач кафедри
_____ д.мед.н. Лахтін Ю.В.

**Методичні вказівки
для самостійної роботи студентів
з дисципліни «Хірургічна стоматологія» 5 курс
Модуль 6**

Суми 2017

Методичні вказівки складено:
асистент Черненко В.М.

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
Сумський державний університет
Медичний інститут

«Затверджено»
на засіданні кафедри
стоматології

Завідувач кафедри
д.мед.н.Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
для самостійної роботи студентів
під час підготовки до практичного заняття

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль № 6	Субординатура
Тема заняття	Клініка, діагностика, рентген-діагностика, класифікація періодонтитів. Хірургічні методи лікування. Типові та атипові оперативні втручання при видаленні зубів. Ускладнення під час та після оперативного втручання. Оперативні втручання при періодонтитах: резекція верхівки кореня, гемісекція, ампутація, реплантація, коронаро-радикулярна сепарація.
Курс	5
Факультет	стоматологічний

1. Актуальність теми: Запальні захворювання щелепно-лицевої ділянки посідають значне місце в хірургічній стоматології. Не дивлячись на застосування антибіотиків, число гнійних ускладнень постійно збільшується. Причинами зростання числа хворих із запальними захворюваннями щелепно-лицевої ділянки 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 хворих, пізня діагностика захворювань і розвинутих 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, що зустрічаються досить часто відноситься і періодонтит. Уміння правильно встановити діагноз та обрати оптимальний метод лікування і визначають актуальність даної теми.

2. Конкретні цілі:

Аналізувати частоту виникнення запальних процесів щелепно-лицевої ділянки.

Пояснювати етіологію запальних процесів щелепно-лицевої ділянки.

Пояснювати патогенез запальних процесів щелепно-лицевої ділянки.

Класифікувати запальні процеси щелепно-лицевої ділянки.

Знати особливості будови та функції періодонту.

Пояснювати етіологію і патогенез періодонтитів.

Класифікувати періодонтити.

Знати клінічну картину гострих періодонтитів.

Запропонувати схему лікування гострого періодонтиту.

Мати уявлення про розвиток наукових поглядів на етіологію та особливості патогенезу вищезазначеного захворювання

Знати клінічні прояви, засвоїти методи діагностики, диференційної діагностики та лікування хронічних періодонтитів.

Вміти обстежити хворого, поставити діагноз хронічний періодонтит, провести диференційну діагностику, розробити адекватну схему терапії, надати невідкладну допомогу. Розвивати творчі здібності в процесі лабораторного, експериментального, клінічного та теоретичного дослідження проблемних питань щодо запобігання ускладнень.

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

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
Анатомія людини	Будова і функції періодонту.

Мікробіологія	Етіологія запальних процесів щелепно-лицевої ділянки.
Патанатомія	Патанатомія запальних процесів щелепно-лицевої ділянки.
Патфізіологія	Патогенез запальних процесів щелепно-лицевої ділянки.

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
Періодонт	Комплекс тканин, розташованих між цементом кореня зуба і внутрішньою компактною пластинкою альвеоли.
Періодонтит	Запалення тканин, розташованих в періодонтальній щілині.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Етіологія запальних процесів щелепно-лицевої ділянки.
2. Патогенез запальних процесів щелепно-лицевої ділянки.
3. Класифікація запальних процесів щелепно-лицевої ділянки.
4. Будова періодонту.
5. Функції періодонту.
6. Класифікація періодонтитів.
7. Клініка гострого серозного періодонтиту.
8. Клініка гострого гнійного періодонтиту.
9. Діагностика гострого періодонтиту.
10. Лікування гострих періодонтитів.
11. Причини періодонтитів.
12. Класифікація періодонтитів.
13. Клініка гранулюючого періодонтита.
14. Клініка гранульоматозного періодонтита.
15. Клініка фіброзного. періодонтита
16. Рентгенологічні ознаки періодонтитів та їх оцінка.

17. Що таке реплантація?
18. Що таке гемісекція?
19. Що таке ампутація кореня?
20. Що таке коронаро-радікулярна сепарація?

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

Провести клінічне обстеження пацієнта з гострим періодонтитом.

Призначити додаткові методи обстеження пацієнту із гострим періодонтитом..

Заповнити картку амбулаторного пацієнта.

Скласти план лікування хворого із гострим періодонтитом.

Оволодіти технікою виконання навички курації хворого з хронічним періодонтитом;

Ознайомитися із технікою хірургічних методів при лікуванні хворих з хронічним періодонтитом;

Скласти план лікування хворих хронічним періодонтитом.

Зміст теми заняття

Періодонт – це сполучнотканинне утворення, що заповнює простір між коренем і внутрішньою стінкою лунки та з'єднує зуби з кістками щелеп. Ширина цього простору – періодонтальної щілини – від 0,15 до 0,4 мм зі значним звуженням у середній третині кореня. Періодонтальна щілина виповнена щільною і пухкою сполучною тканиною, що забезпечує утримання зуба в лунці.

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

Крім основних колагенових волокон у періодонті є незначна кількість безладно орієнтованих тонких, незрілих колагенових волокон – ретикулярних.

У стінках кровоносних судин періодонта міститься незначна кількість еластичних волокон. Між стінками кровоносних судин й основними колагеновими волокнами в косому напрямку проходять окситаланові волокна, що також є незрілими колагеновими волокнами.

Між волокнами розташована основна речовина пухкої сполучної тканини, клітини, кровоносні, лімфатичні судини та нерви періодонта.

Клітини, що знаходяться в періодонті: найпоширеніші – фібробласти, а також – цементобласти, цементокласти, базофіли, гістіоцити, плазмоцити, епітеліальні клітини – острівці Маляссе. Важливий клітинний компонент періодонта – мало диференційовані мезенхімальні клітини, які розташовані навколо кровоносних судин і за потреби диференціюють у фібробласти, остеобласти та цементобласти.

Функції періодонту:

Фіксація зубів в кістках щелеп.

Бар'єрна (захисна) функція.

Амортизуюча функція.

Трофічна функція.

Пластична функція.

Сенсорна функція.

Періодонтит – це захворювання запального характеру, при якому в запальний процес втягується не лише власне періодонт, а й навколишні тканини, в яких відмічаються перифокальні запальні явища при гострому періодонтиті, або осередки проліферативного запалення при хронічному.

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

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

Шляхи проникнення інфекції в періодонт можуть бути різноманітними. Найчастіше вхідними воротами інфекції є кореневий канал, через який при пульпіті чи гангрені пульпи мікроорганізми та їх токсини проникають в періодонт та спричинюють запальну реакцію періодонта. Боровський Є.В. (1979) довів можливість проникнення через емаль низки неорганічних і органічних речовин, зокрема й токсинів

мікроорганізмів, що пояснює виникнення пульпіту та періодонтиту в інтактних зубах. Цього достатньо для виникнення запалення в пульпі та 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, що реалізується у пацієнтів із захворюванням пародонта при руйнуванні кругової зв'язки зуба. Мікрофлора через патологічну зубо-ясеневу кишеню проникає в періодонт, спричинюючи його запалення.

Контактний шлях спостерігається при поширенні інфекції на поряд 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 внаслідок травми, яка може бути як гострою (удар, накушування твердої їжі), так і хронічною (при наявності пломб чи коронок, що завищують прикус).

Хіміко-токсичний періодонтит розвивається в результаті дії на періодонт токсичних сполук, що застосовуються для лікування пульпіту та періодонтиту (миш'яковистої пасти, формаліну і т.д.).

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

Однак, етіологічні чинники в багатьох випадках можуть діяти сукупно, що зумовлює потребу уважного аналізу суб'єктивних і об'єктивних факторів для подальшого планування лікування.

Незалежно від етіологічного чинника запальна реакція в періодонті починається з альтерації клітин або тканин періодонта. У разі переважання ушкоджуючої дії мікробних агентів над резистентністю тканин періодонта розвивається гостре запалення. За відносної рівноваги 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 корневих 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 періодонті є усі компоненти для розвитку алергічних реакцій. Основні зміни в разі захворювання періодонта зумовлюють різні форми запалення з проявами альтерації, ексудації та проліферації. Незалежно від етіологічного чинника запалення починається з альтерації клітин або тканин періодонта. У разі переважання ушкоджувальної дії мікробних чинників над резистентністю тканин періодонта розвивається гостре запалення.

Мікроорганізми впливають на тканини періодонта своїми токсинами та ферментами. *Actinobacillus actinomycetemcomitans* виділяють лейкотоксини, що

призводять до загибелі нейтрофільних гранулоцитів, моноцитів, макрофагів і лімфоцитів-супресорів. Із ферментів виділяють колагеназу, кислу та лужну фосфатази, фактор резорбції кісткової тканини. Штами *Porphyromonas* і *Prevotella* характеризуються цитотоксичними властивостями: виділяють протеази, кислу та лужну фосфатази та інші ферменти, що зумовлюють резорбцію кісткової тканини. *Campylobacter* і *Fusobacterium* виробляють трипсиноподібні ферменти, кислу та лужну фосфатази, що призводять до резорбції кісткової тканини. Усі ці мікроорганізми виділяють ендотоксини, які справляють токсичну дію, що, однак, не має прямого цитотоксичного ефекту. Загибель клітин кісткової тканини у разі дії бактеріальних ферментів і токсинів призводить до утворення продуктів тканинного розпаду, спричинюючи міграцію фагоцитів.

Важливе місце в патогенезі періодонтиту посідають бактеріальні антигени. Вони не завжди справляють пряму цитотоксичну дію і переважно призводять до запуску імунних процесів за участі лімфоцитів і макрофагів. Компоненти клітинної мембрани бактеріальних клітин чинять виражену антигенну дію та стимулюють реакції специфічного і неспецифічного імунітету.

Характер перебігу запального процесу в періодонті залежить від інтенсивності та тривалості дії етіологічного чинника, особливостей ділянки 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 тяжкість і напруження в зубі, що стає ніби більшим за інші. Поступово виникає досить сильний мимовільний біль. Біль постійний, локалізований, не іррадіює, посилюється вночі, інтенсивність його поступово наростає. Біль посилюється під час їди. 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 зниження 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, що здається йому вищим за інші, зуб болісний під час натискання, контакту з зубами-антагоністами, торкання язиком.

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

Лікування гострого періодонтиту полягає у створенні відтоку ексудату із періапикальних тканин.

Періодонтити бувають інфекційні та неінфекційні (травматичні, медикаментозні) проникнення інфекції в періодонт може настати через край ясен, канали зубів, контактним, гематогенним або лімфогенним шляхами. В залежності від клінічного перебігу, ступеню розповсюдження і характеру патолого-анатомічних змін розрізняють:

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

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

При гранулематозному періодонтиті, за допомогою рентгенологічного дослідження, у верхівки кореня зуба вдається виявити вогнище деструкції кісткової тканини, що має округлу форму і нечіткі рівні краї. Ми розрізняємо апікальні, апіколатеральні, латеральні і міжкореневі гранулеми. Апікальна гранулема локалізується строго у верхівки кореня зуба, латеральна – збоку від кореня зуба, апіколатеральна – збоку від верхівки кореня зуба. Верхівки коріння зубів, обернених в гранулеми, нерідко резорбовані. У багатокорневих зубах гранулема може знаходитися в місці дельтовидного розгалуження кореневого каналу – міжкоренева гранулема. Клінічна і рентгенологічна картина простих гранулем нічим не відрізняється від епітеліальних. Епітеліальні гранулеми нерідко заповнюються запальним ексудатом і жировим детритом, вони можуть зливатися, утворюючи кістогранулеми, а потім і кісти. Діаметр гранулеми зазвичай не перевищує 0,5 см, а розмір кістогранулеми вагається в межах 0,5-1,0 див. При мікроскопічному дослідженні можна виявити, що зубна гранулема на вигляд нагадує мішечок кулевидної або овальної форми. Вона оточена щільною оболонкою з гладкою поверхнею і одним краєм може бути щільно припаяна до корня зуба. Розрізняють просту, складну і кістовидну гранулеми. Проста гранулема складається з дозріваючої грануляційної тканини, яка відмежована по периферії фіброзною капсулою. У складній гранулемі можна виявити розростання тяжей епітелію. При вакуольній дистрофії і розпаді епітеліальних кліток в центральних відділах гранулеми поступово утворюється щільність, що вистилає епітелієм кістовидної гранулеми (кістогранулеми). Подальше її збільшення часто веде до утворення кіст щелеп. Гранулема, локалізована поблизу від зовнішньої пластинки щелепи (частіше в області щокового коріння верхніх молярів), може викликати руйнування тонкої кісткової стінки і проростати під окістя, утворюючи підокісну гранулеми. При цьому в проекції верхівок коріння визначається півсферична освіта з чіткими кордонами, гладкою поверхнею, щільне, мало хворобливе при пальпації, покрите незміненою слизистою оболонкою. Високий тиск вмісту в гранулемі обумовлює її щільність, що нерідко симулює наявність

пухлини. На рентгенограмі піднадкоснічна гранулема не відрізняється від звичайних. 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 в усіх прохідних каналах обов'язково здійснюється ендодонтичне лікування, а хірургічне лікування застосовується згодом на коренях. Варіанти консервативно-хірургічних методів лікування.

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

Резекція верхівки кореня полягає у відсіченні верхівки ураженого кореня і видаленні патологічно змінених тканин. Цей метод використовується у тих випадках, коли наявна деструкція кісткової тканини в ділянці верхівки кореня, а канал не запломбований або недошюмбований через анатомічну (викривлення, звуження) чи механічну (відлом інструмента) перешкоду. Резекцію верхівки кореня здійснюють як в однокорневих, так і в багатокорневих зубах.

Коронорадикулярну сепарацію використовують у лікуванні молярів нижньої щелепи при наявності перфорації по біфуркації і добре полікованих коренях. Зуб розсікають по біфуркації на дві частини із наступним кюретажем у цій ділянці. Потім кожний сегмент зуба покривають спаяними коронками, відновлюючи таким чином жувальну ефективність зуба. Застосовують цю операцію і на молярах верхньої щелепи, але ділять їх на три частини. Гемісекція полягає у видаленні кореня разом із прилеглою до нього коронковою частиною. Гемісекцію здійснюють на молярах нижньої і премолярах верхньої щелепи у випадках, коли один канал полікований добре, а інші – ні. Ампутація кореня включає вилучення всього кореня де місця його відходження без видалення коронкової частини зуба і здійснюється на молярах верхньої щелепи. Можлива ампутація і двох коренів.

Реплантація зуба – різновид операції, коли видалений» а потім запломбований зуб поміщають у свою ж лунку. Цей метод сприяє збереженню зуба і попереджує атрофію альвеолярного паростка. Він здійснюється у випадках травми, що супроводжується вивихом зуба, при помилковому видаленні зуба, при переломах верхівки кореня зуба та ін. Трансплантація зубів і зачатків зубів – пересадка надкомплектного, ретинованого зуба чи зачатка, в альвеолу іншого зуба, видаленого з різних причин (через хронічний періодонтит, травму (тощо). розробив такий консервативно-хірургічний метод лікування – трепанацію тканин в ділянці періапикального вогнища деструкції, тобто створення штучно сформованої нориці. Ця методика використовується при лікуванні однокорневих зубів із хронічним гранулюючим, гранульоматозним і кістогранульоматозним періодонтитом. Лікувальний ефект трепанації полягає:

- у вимиванні продуктів запалення і вмісту періодонту, кращій медикаментозній дії ліків;
- у створенні постійного дренажу, який завжди застосовується при хірургічних втручаннях, пов'язаних із гнійно-запальними змінами у вогнищі операції, але не використовувався при лікуванні періодонтитів;

- у попередженні можливого перифокального запалення, яке часом виникає після пломбування каналу зуба.

Гранулектомія застосовується тоді, коли канал запломбований до верхівкового отвору. Видаляється лише гранульома або кіста. Міжкоренева гранулектомія проводиться у локалізації патологічного вогнища в коренів верхніх і нижніх молярів, перфорації дна порожнини зуба. Геміреплантація застосовується на молярах нижньої щелепи в зубах із достатньою відстанню коренів. Здійснюється розсічення зуба на дві частини із наступною реплантацією одного з них в лунку.

Хірургічний метод лікування застосовується лише в тих випадках, коли інші методи виявляються неефективними. Зуб необхідно видалити у 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 чи розм'якшенні стінок кореневого каналу, що унеможливує використання цього кореня для протезування;
 - 4) у випадках значного вогнища деструкції в ділянці апекса і великої втрати альвеолярного паростка внаслідок захворювань тканин пародонту;
 - 5) у зубах із періапікальним вогнищем і рухомістю II-III ступеня.
- б) при виведенні пломбувального матеріалу чи уламка ендодонтичного інструмента в нижньощелепний канал чи гайморову пазуху. Детальніше хірургічні методи лікування періодонтитів вивчаються в курсі хірургічної стоматології і висвітлені в таких книгах: Отже, ефективне лікування періапікальних вогнищ, які є джерелом хронічної інфекції і можуть спричинити розвиток хронічного сепсису та відігравати значну роль у патогенезі багатьох захворювань (ревматизму, пієлонефриту, міокардиту, ендокардиту, ревматоїдного артриту, вузликів періартеріїту, системного червоного вовчака, склеродермії, дермато-міозитів), є не лише стоматологічною, а й загальномедичною проблемою.

При гранулематозному періодонтиті, за допомогою рентгенологічного дослідження, у верхівки кореня зуба вдається виявити вогнище деструкції кісткової тканини, що має округлу форму і нечіткі рівні краї. Ми розрізняємо апікальні, апіколатеральні, латеральні і міжкореневі гранульоми. Апікальна гранульома локалізується строго у верхівки кореня зуба, латеральна – збоку від кореня зуба, апіколатеральна – збоку від верхівки кореня зуба. Верхівки коренів зубів, обернених в гранульому, незрідка резорбовані. У багатокорневих зубах гранульома може знаходитися в місці дельтоподібного розгалуження кореневого каналу - міжкоренева гранульома.

Клінічна і рентгенологічна картина простих гранульом нічим не відрізняється від епітеліальних. Епітеліальні гранульоми незрідка заповнюються запальним екссудатом і жировим детритом, вони можуть зливатися, утворюючи кістогранульоми, а потім і кісти. Діаметр гранульоми зазвичай не перевищує 0,5 см, а розмір кістогранульоми вагається в межах 0,5-1,0 див. При мікроскопічному дослідженні можна виявити, що зубна гранульома на вигляд нагадує мішечок кулевидної або овальної форми. Вона оточена щільною оболонкою з гладкою

поверхнею і одним краєм може бути щільно припаяна до корня зуба. Розрізняють просту, складну і кистовидну гранульому. Проста гранульома складається з дозріваючої грануляційної тканини, яка відмежована по периферії фіброзною капсулою. У складній гранульомі можна виявити розростання тяжей епітелію. При вакуольній дистрофії і розпаді епітеліальних кліток в центральних відділах гранульому поступово утворюється щільність, що вистилає епітелієм кистовидної гранульому (кістогранульому). Подальше її збільшення часто призводить до утворення кіст щелеп.

Гранульома, локалізована поблизу від зовнішньої пластинки щелепи (частіше в області щокового коріння верхніх молярів), може викликати руйнування тонкої кісткової стінки і проростати під окістя, утворюючи підокісну гранульому. При цьому в проекції верхівок коріння визначається півсферичне утворення з чіткими кордонами, гладкою поверхнею, щільне, малохворобливе при пальпації, покрите незміненою слизистою оболонкою. Високий тиск вмісту в гранульомі обумовлює її щільність, що нерідко симулює наявність пухлини. На рентгенограмі піднадкостничная гранульома не відрізняється від звичайних.

Показання до видалення постійного зуба

Показання до операції видалення зуба поділяються на абсолютні та відносні.

Абсолютні показання в свою чергу діляться на:

А) **Невідкладні**, при яких зуб слід видалити обов'язково при першому звертанні хворого за допомогою. До цих показань відносять:

“причинний” зуб при гострому одонтогенному остеомієліті щелеп;

зуби що розташовані в щілині перелому та уражені хронічним періодонтитом і заважають репозиції відламків;

поздовжній перелом зуба.

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

гнійний запальний процес у періодонті, що наростає незважаючи на консервативне лікування. Зуб підлягає видаленню незалежно від стану його коронки для попередження важких місцевих та загальних ускладнень;

зуби, що не підлягають консервативному лікуванню чи не мають функціональної цінності та є джерелом інфекції при гострому періоститі, білящелепному абсцесі та флегмоні, синуїті, лімфаденіті;

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

Відносні показання:

1) безуспішність лікувальних заходів при хронічних гранулюючому чи гранулематозному періодонтитах та розвитку запальних явищ в оточуючій кістковій тканині;

2) хронічна ротова інфекція та інтоксикація, що пов'язані зі шкідливим впливом навколоротового вогнища на весь організм та, в першу чергу, на центральну нервову систему (хроніосепсис);

3) неможливість консервативного лікування, що зумовлена:

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

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

5) дистоповані зуби, що зміщують сусідні зуби, травмують слизову оболонку та не підлягають ортодонтичному лікуванню; надкомплектні зуби за ортодонтичними та косметичними показаннями;

6) ретеновані та дистоповані зуби, що викликають розвиток кісти та запалення в оточуючих тканинах, якщо ці явища неможливо ліквідувати іншим шляхом;

7) видалення дистопованих зубів мудрості, що викликають патологічні процеси в оточуючих тканинах (утруднене прорізування зуба мудрості);

8) поодинокі зуби, що заважають стабілізації знімного протезу;

9) рухливість зуба III ступеня, значне його висунання з альвеоли з одночасним оголенням коренів, особливо коли такий зуб заважає жуванню, травмує оточуючі м'які тканини або перешкоджає протезуванню;

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

11) зуби, що 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.

Показання до видалення молочного зуба

Збереження молочних зубів має велике значення для правильного розвитку щелеп та формування прикусу. Тому молочні зуби слід зберігати до прорізування постійних всіма можливими заходами.

Показання до видалення молочного зуба:

1) при прорізуванні постійного зуба видаленню підлягають молочні зуби та їх корені, які не випали своєчасно;

2) рухомість молочного зуба, що пов'язана із значним розсмоктуванням коренів, а також у випадках сповільненого розсмоктування та оголення кореня, який травмує оточуючі тканини;

3) при народженні дитини з молочними зубами (зазвичай нижніми різцями), що прорізались, вони підлягають видаленню, бо перешкоджають годуванню груддю. Видалення цих зубів не становить труднощів, тому що вони не мають коренів;

4) підлягають видаленню молочні зуби, що є причиною запальних, особливо рецидивуючих процесів, щоб запобігти втягненню в запальний процес зачатків постійних зубів, та попередити розвиток великих гнійних уражень навколощелепних тканин та щелеп з наступною їх деформацією.

Не підлягають видаленню добре збережені молочні зуби у дорослих, що розміщені в зубному ряду, якщо на рентгенограмі визначається відсутність у щелепі постійного зуба або останній перебуває в такому положенні, що й після видалення молочного зуба прорізування його неможливе.

Протипоказання до операції видалення зуба

Абсолютних протипоказань до операції видалення зуба не існує.

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

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

Загальні протипоказання:

1) серцево-судинні захворювання (передінфарктний стан та 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, що перебігають з геморагічними симптомами (гострий лейкоз, агранулоцитоз). При терміновій потребі цієї операції слід вжити заходів для запобігання наступній 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, бешихове запалення, пневмонія);

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

- 6) психічні захворювання в період загострення (шизофренія, маніакально-депресивний психоз, епілепсія);
- 7) гостра променева хвороба I-III стадій;
- 8) вагітність (1-2 та 8-9 місяці через небезпеку викидня чи передчасних пологів).

Місцеві протипоказання:

- 1) захворювання слизової оболонки порожнини рота (виразково-некротичний гінгівіт, стоматит, хейліт);
- 2) променева терапія, що проводиться з приводу злоякісних захворювань щелепно-лицевої локалізації;
- 3) зуби розміщені в ділянці злоякісної пухлини (рак, саркома) та гемангіоми;
- 4) молочні зуби у дорослих людей при відсутності їх заміни на постійні.

Після лікування цих хворих, покращання їх стану та консультації зі спеціалістом відповідного профілю, проводиться видалення зуба. Хворим з важкою супутньою патологією зуб краще видаляти в умовах стаціонару.

Підготовчі заходи до операції видалення зуба

Обстеження.

При наявності показань до видалення зуба, для з'ясування особливостей оперативного втручання, деталей його техніки та вибору тих чи інших інструментів необхідно провести старанний огляд не тільки зуба, що підлягає видаленню, а й оточуючих його тканин.

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

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

Одночасно з оглядом коронки встановлюють міцність укріплення зуба в альвеолі.

Перед видаленням коренів моляру необхідно з'ясувати стан міжкореневої спайки. Відсутність її полегшує проведення оперативного втручання, бо видалити одиночний корінь значно простіше. Наявність же твердої міжкореневої спайки може викликати потребу проведення в ході оперативного втручання поділу коренів.

Труднощі, що виникають при видаленні зубів, значною мірою пов'язані з особливостями будови їх коренів – розмірами та ступенем їх розходження. Про довжину коренів можна судити до певної міри за величиною альвеолярних

підвищень (iuga alveolaria), наявних на зовнішній поверхні альвеолярного відростка. Це стосується головним чином однокорневих зубів та частково верхніх премолярів. У ділянці інших зубів внаслідок того, що зовнішня стінка альвеолярного відростка товстіша, альвеолярні підвищення не виражені.

Деяке уявлення про розміри та ступінь розходження коренів можна скласти на підставі величини та форми коронки зуба: чим нижча і в той же час ширша коронка, тим довші корені та тим більше вони розходяться в різні боки. Якщо коронка зуба, що підлягає видаленню, зруйнована, то про будову коренів можна судити на підставі огляду наявних аналогічних зубів.

Підготовка хворого.

Хворого, дорослого або дитину, слід попередити про необхідність видалення зуба, можливу тривалість втручання, передбачуване скушування виступаючих ділянок коронки, поділ коренів та ін. При своєчасному попередженні хворі не реагують на хрускіт, що відчувається при цьому, та дають можливість спокійно провести оперативне втручання.

Медикаментозна підготовка хворих перед видаленням зуба здебільшого не проводиться. Однак, при значній нервозності хворого може бути показане застосування профілактичної премедикації. В разі потреби втручання при запальному процесі залежно від характеру та його стадії, для запобігання загострення процесу. безпосередньо перед втручанням та протягом кількох днів після нього, доцільно застосовувати медикаментозну терапію.

Підготовка рук лікаря.

Здебільшого лікар миє руки під проточною водою з милом та 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 рукою слід застосовувати гумові рукавички. При роботі в гумових рукавичках їх обробляють так само, як шкіру рук. Після видалення зуба руки миють проточною водою та 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 неможливе, бо слабкі розчини антисептичних речовин не вбивають мікробів, а застосування розчинів антисептиків у концентраціях, які згубно впливають на мікрофлору, викликає пошкодження слизової оболонки. Однак, незважаючи на безуспішність антисептичних заходів, більшість операційних ран у порожнині рота загоюється 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 та зубів нальоту і харчових залишків, порожнину рота, а особливо ділянку, на якій має проводитись операція, протирають ватними або марлевими кульками, змоченими розчином

марганцевокислого калію 1:1000 або 3 % розчином перекису водню. Знімають зубний камінь.

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

Перед введенням розчину знеболюючої речовини місце вколу голки змазують 1-2% йодною настоянкою.

Методика видалення зуба.

Під операцією видалення зуба розуміють суму проваджуваних у певній послідовності дій, в результаті яких після насильного відокремлення тканин зуб або корінь вилучають з лунки. Термін "екстракція" зуба є анахронізмом.

При цьому оперативному втручанні, крім розриву періодонту, відбувається певне розширення входу в лунку, необхідне для виведення з неї коренів, що розходяться.

Для видалення зубів та їх коренів користуються спеціальними щипцями та елеваторами. У деяких випадках доводиться проводити видалення зубів з допомогою бормашини, долота та молотка, тобто вдаватися до операції атипового видалення зуба.

Для правильного виконання маніпуляцій з використанням інструментарію доцільно зупинитись 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 та щічок був відкритий у бік зуба, що видаляється. При цьому пальці розміщують певним чином; це дає можливість однією рукою розсувати та зближати бранші щипців. Крім того щипці тримають так, щоб їх можна було з необхідною силою просунути вглиб тканин.

З великої кількості способів тримання щипців вкажемо три найпоширеніших та найзручніших.

За першим способом (Partch) щипці тримають так, щоб I палець знаходився з одного боку щипців нижче замка і охоплював одну ручку, немовби вдавливався своєю м'якоттю в проміжок між обома ручками. На II та III пальцях, розміщених з протилежного боку щипців, лежать обидві ручки. Водночас ці пальці охоплюють ручку, протилежну тій, яка фіксується великим пальцем. У проміжку між ручками розміщуються IV та V пальці або ж тільки IV палець, а V палець охоплює ручку ззовні. При такому положенні пальців одна ручка нерухомо утримується I пальцем, долонею й основними фалангами II та III пальців. Друга ж ручка щипців легко може бути відсунута розгинанням IV та V пальців. При стисканні (фіксації) щипців IV та V пальці виводять з проміжку між ручками, які охоплюють всією рукою.

При триманні щипців за другим способом (Sheff) великий палець охоплює одну ручку, II та III пальці розміщуються між ручками, IV і V пальці охоплюють другу ручку ззовні. Кінець однієї ручки або кінці обох ручок упираються з долонею, що

полегшує просування щипців. Випрямляючи III палець, розсувають щипці, а згинанням IV, V пальців зближають їх. Після накладення щипців III палець виводять з проміжку між ручками щипців, таким чином, III, IV та V пальці під час усіх інших моментів видалення зуба знаходяться на зовнішньому боці однієї з ручок. При триманні щипців за цим способом видалення нижніх зубів проводять щипцями, побудованими так само, як і для верхньої щелепи (щипці прями, S-подібні, багнетоподібні).

За третім способом (Yung) щипці тримають таким чином, що великий палець знаходиться зверху на замку щипців, а решта пальців (в різних варіантах) охоплюють ручки знизу та зсередини.

Етапи операції видалення зуба.

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

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

Перед накладенням щипців доцільно зруйнувати кругову зв'язку зуба (перитомія, синдесмотомія), що з'єднує цемент кореня зуба з ясеневим краєм. Це зручно робити за допомогою гладилки, серпоподібного ланцета, вузького распатора. Особливо показане це попереднє втручання в разі потреби видалення поодиноким розміщеного зуба. В цих випадках ділянка ясен, що оточує зуб, часто буває дуже тверда та міцно зрощена з шийкою зуба, особливо з медіального та дистального боків, тобто в тих місцях, де відшарування ясен при накладенні та просуванні щипців не відбувається. Певне значення має це попереднє відокремлення ясен і при видаленні зубів мудрості, головним чином нижніх, до дистальної поверхні яких прикріплюється настільки міцно слизова оболонка альвеолярного відростка, що вона при тракції зуба широко відшаровується від кістки та часто розривається на значному протязі. Відокремлення ясен показане також від коренів зруйнованих зубів, особливо в тих випадках, коли корені виявляються трохи закритими слизовою оболонкою. Це дає можливість точно орієнтуватись щодо поперечного розміру кореня та розташування його країв і значно полегшує накладення щипців.

Накладення щипців. Тримаючи щипці в руці одним із перелічених способів, розкривають їх настільки, щоб коронка зуба могла розміститися між їхніми щічками та накладають одну щічку щипців на зуб з губного (або щічного), а другу – з піднебінного (або язикового) боку. Під час накладання щипців, та протягом наступних етапів видалення зуба лікар повинен чітко бачити зуб та тканини, що його оточують.

Вісь щічок щипців при накладенні повинна збігатися з віссю зуба. Косе накладення щипців на зуб звичайно призводить до ускладнень при видаленні зуба.

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

Просування щипців. Натискуванням 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 замка.

Просування щічок слід проводити до відчуття щільного охоплення зуба (або кореня). При наявності патологічного процесу навколо шийки зуба, що викликав розсмоктування кісткової тканини в цій ділянці та розширеній лінії періодонту, щічки щипців вдається просунути значно нижче шийки зуба на корінь. При відсутності патологічних змін у ділянці краю альвеоли щипці на цьому рівні зустрічають деякий опір. В результаті щічки щипців вдається просунути лише на краї лунки, що й роблять при видаленні коренів зубів. Просунувши щипці, переходять до змикання щипців.

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

Сила, застосовувана для стискання щипців, має відповідати особливостям випадку. Не слід дуже сильно здавлювати зуб, який має велику порожнину в коронці, бо це може спричинити її роздавлювання. Однак стискання не повинно бути слабким, бо це в подальшому викличе зісковзування щипців з зуба.

Після змикання щипці та зуб повинні становити одне ціле: при переміщенні щипців одночасно зміщується і зуб.

Вивихування зуба (люксація або ротація). Зуб, щільно затиснутий у щипцях, не витягають з лунки, потягуючи вгору або вниз, а ослабляють його зв'язок з альвеолою шляхом бокових рухів.

Зуб вивихують (люксують) назовні та всередину, тобто в щічний (губний) та язиковий (піднебінний) бік, а також роблять обертальні рухи (ротація), які полягають у невеликих (на 25-30°) поворотах то в один, то в другий бік навколо осі зуба, подібно до того, як відмикають та замикають ключем замок. В результаті цього порушується укріплення зуба в альвеолі: розриваються волокна періодонту, що утримують зуб та трохи розсуваються стінки альвеоли. Боковий та обертальний рухи слід проводити поступово, без грубих ривків, причому відчуття опору є показником необхідності продовжувати вивихуючі рухи.

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

Перший вивихуючий рух роблять у бік найменшого опору, тобто у той бік, де стінка лунки зуба тонша, а значить, більш піддатлива. Тому в ділянці всіх верхніх зубів, за винятком першого моляру, де зовнішня стінка лунки стовщується вилично-альвеолярним гребенем, перший вивихуючий рух роблять у зовнішній бік, другий – всередину, потім знову назовні.

Нижні різці, ікла та премоляри, а іноді й перші моляри вивихують також спочатку назовні. Другий та третій нижні моляри, де зовнішня стінка товща, ніж язикова (зовні розміщається компактний кістковий масив – *Linea obliqua externa*), вивихують спочатку в язиковий бік.

Обертальні рухи (ротацію) можна проводити при видаленні зубів, що мають один корінь, який за формою подібний до конусу (тобто при видаленні верхніх різців, почасти ікла та нижніх премолярів). Ці рухи доцільні при видаленні роз'єднаних коренів верхніх багатокорневих зубів (за винятком медіального щічного кореня). В ділянці нижніх однокорневих зубів такі рухи проводять звичайно в тих випадках, коли зуб не особливо щільно укріплений в альвеолі, а також іноді при видаленні одиночно розміщених зубів. Це пов'язано з тим, що нижні однокореневі зуби мають трохи сплюснутий з боків корінь і виконанню повороту заважають сусідні зуби. Крім того, дзьобоподібні щипці, що застосовують для видалення нижніх зубів, не дозволяють у потрібній мірі виконувати необхідні обертальні рухи.

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

При тракції зуба, коли неповністю зруйнований зв'язочний апарат, внаслідок застосування певних зусиль щипці за інерцією з силою можуть вдарити по зубах протилежної щелепи та пошкодити їх.

При неможливості провести або закінчити видалення зуба чи кореня з допомогою щипців або елеваторів, необхідно приступити до операції атипового видалення, яка полягає у видаленні (альвеолектомії) або трепанації (альвеолотомії) стінки лунки з зовнішнього (губного чи щічного) боку та вилученні оголеного таким шляхом зуба або кореня.

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

До операції, напередодні, видаляють зубний камінь. В разі потреби атипового видалення ретенованого або напівретенованого 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 мають бути заздалегідь підготовані – канали у них повинні бути запломбовані цементом.

Безпосередньо перед операцією обробляють операційне поле, видаляючи наліт протиранням зубів та слизової оболонки тампонами, змоченими 2% розчином двовуглекислої соди або 3% розчином перекису водню.

Шкіру обличчя хворого навколо рота обробляють спиртом. Голову та груди закривають стерильним рушником чи простирадлом.

Після попереднього змазування слизової оболонки 5% спиртовим розчином йоду проводять знеболювання. Доцільно застосовувати провідникове знеболювання, а

потім здійснювати додаткову інфільтрацію тканин навколо ділянки операції розчином знеболюючої речовини з адреналіном. Звуження кровоносних судин та знекровлення тканин, що 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 чи кута рота, маленькі гострі гачки з 2 або 3 зубцями для утримування слизово-окісного клаптя, невеликий скальпель, вузький распатор, довгі плоскі та жолобуваті долота завширшки від 4 до 8 мм, невеликий хірургічний молоток, анатомічні та хірургічні пінцети, невеликі гострі хірургічні ложки, кісткові гострозубці малого розміру, ножиці, голки хірургічні, зігнуті, ріжучі, голкотримач, тонкий кетгут або шовк, зуболікарські пінцет, дзеркало та зонд. Всі ці інструменти мають бути простерилізовані та розкладені в певному порядку на інструментальному столику, присунутому до оперуючого.

При атиповому видаленні зубів та коренів у ділянці верхньої та нижньої щелеп зручніше напівлежаче положення хворого з трохи відкинutoю головою. Залежно від ділянки альвеолярного відростка, в якій проводиться втручання, голові хворого надають відповідного положення, іноді трохи повертають її вбік. Операційне поле при цьому має бути добре освітлене, і оперуючий повинен його добре бачити.

Для оголення ділянки альвеолярного відростка, яка підлягає трепанації, здебільшого роблять або трапецієподібний або дугоподібний розріз, міняючи величину та розміщення розрізу залежно від розміщення зуба. Лише при атиповому видаленні нижніх молярів та їх коренів зручніший кутоподібний розріз. Основа слизово-окісного клаптя повинна знаходитись з боку перехідної складки.

Утворений клапоть має бути більший від трепанаційного отвору та своїми краями повинен перекривати його.

Розрізи проводять через всю товщу м'яких тканин до кістки, розтинаючи не тільки слизову оболонку, але й окістя. Після цього тонким гострим распатором (як распатор для відшарування можна застосовувати також лопаточки або гладилку, вони меншою мірою травмують м'які тканини) в напрямі від гребеня альвеолярного відростка до перехідної складки відокремлюють від кістки клапоть м'яких тканин, що складається із слизової оболонки та надкісниці. Це становить деякі труднощі в ділянці ясеневого краю, біля перехідної ж складки відсепарування клаптя від кістки відбувається легко.

При втручанні в ділянці нижніх премолярів необхідно пам'ятати про судино-нервовий пучок, який виходить з підборідкового отвору. Щоб запобігти його пораненню, обережно відшаровують м'які тканини доти, поки не стане видно цей отвір з пучком, що виходить з нього. Побачивши розміщення цього пучка, легко запобігти його пошкодженню під час операції.

Відокремивши слизово-окісний клапоть від зовнішньої поверхні альвеолярного відростка, його відтягують вгору (на верхній щелепі) чи донизу (на нижній щелепі) з 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 у глибині лунки, що не виповнена кісткою, значну ділянку кісткової стінки вдається видалити тонкими кусачками. Якщо ж це виконати неможливо, то приступають до здобування зовнішньої стінки альвеоли. З цією метою надсікають ріжком плоского долота компактну пластинку стінки альвеоли навколо ділянки кістки, що підлягає видаленню, а потім, поставивши достатньої ширини плоске долото під кутом 30-35° до поверхні кістки, легким постукуванням молотка знімають кістку шар за шаром до оголення якої-небудь ділянки зуба або кореня. Після цього, користуючись більш вузькими плоскими та жолобуватими долотами, звільняють зуб чи корінь від ділянок кістки, що закривають його з боків, і, ввівши збоку між зубом або коренем та кістковою стінкою долото чи елеватор, проводять вивихування. Іноді зуб чи корінь, частково звільнений від кістки, що його закривала, захоплюють щипцями і після вивихування видаляють.

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

Техніка видалення зубів на нижній щелепі, що не прорізались має деякі особливості. Тут видалення проводиться завжди з боку присінку порожнини рота. Особливо це стосується зубів мудрості. При видаленні ретенуваного нижнього зуба мудрості проводять розріз слизової оболонки та окістя, починаючи його на 2-2,5 см вище від жувальної поверхні молярів по передньому краю гілки, зверху вниз. Далі розріз продовжують допереду по внутрішній поверхні гребеня альвеолярного краю до другого моляру, після чого розріз проводять впоперек альвеолярного краю на зовнішню поверхню нижньої щелепи, а потім вперед і вниз на 3 см. Распатором відшаровують слизово-окисний клапоть, відводять його гачками назовні і трепанують та видаляють оголену зовнішню частину альвеолярної ділянки та переднього краю гілки нижньої щелепи біля її основи. При глибокому заляганні зуба необхідна більш обширна трепанація кістки, особливо при неправильному положенні та глибокому розміщенні, а також при аномаліях числа та форми коренів зуба мудрості. Значно полегшує операцію застосування бора для утворення отворів в щелепі навколо зуба чи для зняття стінки з мінімальним застосуванням долота. В цих випадках доводиться відповідно збільшувати розріз м'яких тканин. Коли зуб мудрості звільнений від кісткової тканини, приступають до цього видалення звичайними екстракційними інструментами, рану очищають від кісткових осколків, слизово-окисний клапоть кладуть на місце і закріплюють кетгутувими вузлуватими швами.

В разі потреби видалення верхівки кореня, розміщеної в глибині лунки, виповненої кістковою тканиною, а також при атиповому видаленні ретенуваного зуба, що лежить майже горизонтально на рівні верхівок коренів, зручніше викроювати клапоть біля перехідної складки відповідно до проекції ретенуваного зуба або ділянки кореня, яка залишилась.

При атиповому видаленні коренів нижніх молярів видалення долотом товстої компактною зовнішньої стінки альвеоли становить значні труднощі. В цих випадках з допомогою невеликого кулястого бора в кількох місцях трепанують зовнішню стінку

лунки на межі ділянки кістки, що підлягає видаленню, а потім вузьким плоским долотом перетинають кісткові містки між отворами, що зроблені бором. Таким шляхом вдається легко видалити кісткову ділянку зовнішньої стінки альвеолярного відростка потрібних розмірів. Оголивши корені нижнього моляра, розділяють перемичку що з'єднує їх з допомогою долота або фісурного бора та вивихують елеватором один з коренів. Після цього долотом видаляють, міжкореневу перегородку та вивихують другий корінь. Потім гострозубцями та долотом згладжують всі виступаючі ділянки по краях кісткової рани. Невеликою гострою хірургічною ложкою вискоблюють грануляції та видаляють вільно розміщені кісткові осколки. Після цього клапоть кладуть на місце і по лінії розтину накладають вузлуваті шви.

Атипове видалення коренів верхніх багатокореневих зубів проводиться за тією ж методикою. В разі потреби видалити піднебінний корінь, що залишився, зручніше використати операційний підхід з боку присінку порожнини рота. При цьому, видаливши щічний корінь премоляра (або щічні корені моляра), здобують кісткову перегородку, яка закриває з зовнішнього (щічного) боку піднебінний корінь. Достатньо оголивши корінь, вивихують його долотом або прямим елеватором.

Догляд за раною після видалення зуба.

Вилучивши зуб з лунки, слід оглянути його та пересвідчитися, що видалені всі корені, а головне, їх верхівки. Тому все, що видаляється з лунки, слід складати в лоток. Потім рану, а насамперед дно лунки, обстежують невеликою гострою хірургічною ложечкою. При виявленні там розм'якшених ділянок, що свідчать про наявність розростань грануляційної тканини, її відшаровують від кістки обережними рухами ложечки та вилучають з лунки. В тих випадках, коли при огляді видаленого зуба чи кореня на його верхівці виявляється вилучена разом з ним гранульома, вискоблювання верхівкової частини лунки робити не слід. Однак здебільшого в ділянці трохи резорбованої верхівки кореня можна виявити лише незначні кусочки капсули гранульоми та грануляційної тканини – все інше залишається в глибині альвеоли.

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

У деяких випадках на окремих ділянках м'яких тканин, що оточували зуб чи корінь, залишаються висіти осколки зуба різної величини, які можуть призвести до виникнення післяопераційних ускладнень. Для їх профілактики слід ретельно обстежувати ці ділянки слизової оболонки та видаляти всі осколки.

В разі випадкових пошкоджень ясен, заподіяних під час операції, відшаровані ділянки слід покласти на місце а при необхідності укріпити швом; сильно пошкоджені та розчавлені краї краще відітнути.

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 чи кореня, розміщеного в зубному ряду. Але у випадках видалення поодиноким розміщеного зуба, а також видалення підряд

кількох зубів, такі кісткові шипи можна виявити часто. Для їх усунення необхідно трохи відшарувати распатором край ясен, оголити виступаючі ділянки стінок лунок та міжальвеолярних перегородок і видалити їх за допомогою кісткових гострозубців. Після цього ножицями злегка підрівняти краї слизової оболонки та накласти на рану кілька вузлуватих швів.

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

Лунку видаленого зуба при нормальному перебігу післяопераційного періоду не тампують. Зазвичай з допомогою марлевої кульки, затиснутої пінцетом, або ж пальцями через марлеві салфетки трохи здавлюють (репонують) краї лунки, що зменшує зіяння післяекстракційної рани. Після формування згустку на устя лунки пухко накладають на кілька хвилин марлеву кульку так, щоб хворий міг прикусити її і тим самим притиснути до країв рани альвеолярного відростка, щоб запобігти попаданню в неї слини. Тампон видаляється хворим з порожнини рота через 10-15 хв.

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

Пацієнта відпускають та рекомендують не їсти та не палити протягом двох годин. В день видалення зуба хворому не слід приймати гарячої їжі, вживати алкоголь.

Загоювання рани після видалення зуба.

За нормальних умов лунка видаленого зуба виповнюється кров'яним згустком. Весь подальший процес загоювання відбувається під цим природним покривом та проходить за типом вторинного натягу. Наявність кров'яного згустку є обставиною, яка позначається дуже сприятливо на загоюванні кісткової рани. В разі відсутності згустку відмічається сповільнення загоювання кісткової рани та виникнення ряду ускладнень.

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

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

На 14-й день лунка вкривається епітелієм. В її глибині інтенсивно триває утворення кісткової тканини, головним чином з боку її дна та стінок.

Через 3 місяці лунка видаленого зуба виповнюється кістковою тканиною, що лише біля устя лунки відмінна за своєю будовою від оточуючої кісткової тканини.

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

Під захистом епітелію кров'яний тромб організується в сполучну тканину. Слідом за видаленням зуба порушується кровообіг, що існував раніше. Тому альвеолярний край разом із окістям та яснами починають недостатньо постачатись кров'ю. Вони поступово розсмоктуються одночасно з пошкодженою ділянкою стінок та відокремлених кусочків кістки. В результаті, в цьому відділі кісткова тканина перебудовується: в міру виповнення кістковою тканиною альвеоли, її краї стають нижчими, стоншується відросток на цій ділянці. Вважають, що висота та поперечник альвеолярного відростка зменшуються приблизно на одну третину.

При відсутності ускладнень у післяопераційному періоді загоювання лунки видаленого зуба відбувається безболісно. Значне травмування лунки під час видалення зуба нерідко викликає появу болю та сповільнює процеси загоювання.

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

Ускладнення під час та після операції видалення зуба

Всі ускладнення операції видалення зуба умовно поділяють на ті, що виникають під час видалення та такі, що виникають після видалення зуба.

Серед ускладнень, що виникають під час операції видалення зуба розрізняють порушення загального стану хворого та ускладнення місцевого характеру.

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

Клінічними спостереженнями встановлено, що різні оперативні втручання (вся обстановка операційної, а також травма, що заподіюється при операції) викликають цілий ряд загальних явищ, головним чином з боку судинної та нервової систем. Іноді виникають значні загальні розлади, які загрожують життю хворого, що залежить від характеру пошкодження, а також від перебігу оперативного втручання.

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

Непритомність є найчастішою та найлегшою формою розладів, що спостерігаються при оперативних втручаннях та пошкодженнях. При цьому виникає короткочасна втрата свідомості, викликана рефлекторно, яка залежить від ішемії головного мозку.

Непритомність звичайно не настає раптово – їй передують ряд явищ, таких, як раптова слабкість, що супроводжується блідістю, запамороченням, шум у вухах, потемніння в очах. Хворий втрачає свідомість, дихання стає поверхневим, зіниці звичайно

розширюються. Пульс при цьому прискорений та слабкий, хоч іноді змінюється незначно. Непритомність здебільшого минає протягом кількох хвилин.

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

Для ліквідації непритомного стану та поліпшення мозкового кровообігу, слід надати голові хворого низького положення (різко нахилити вперед тулуб хворого, який перебуває в сидячому положенні, або покласти хворого горизонтально). Для забезпечення глибокого дихання треба звільнити тулуб від одягу, що заважає. З цією ж метою дають нюхати нашатирний спирт. Останній справляє рефлекторне збудження, впливаючи на рецептори верхніх дихальних шляхів.

У тяжких випадках доводиться вдаватись до підшкірного введення 1-2 мл 10% розчину кофеїну. Продовжувати розпочате оперативне втручання слід лише після виходу хворого із стану непритомності. Якщо ж непритомність виникла до операції, то залежно від випадку доцільно буває відкласти її на деякий час. В дні, що передують операції, для зниження реактивності нервової системи слід провести підготовку хворих препаратами бромю та барбітуратами.

Колапс є більш тяжкою формою загальних розладів життєвих функцій організму внаслідок гострої слабості серця та падіння тону стінок судин. Це може бути пов'язано із значною крововтратою, з попереднім нервовим та фізичним перенапруженням, інфекційними захворюваннями, отруєнням.

Зазвичай, раптово з'являється значна синюшність та блідість лиця, холодний піт. Відмічається похолодіння кінцівок. Температура знижується, артеріальний тиск падає, пульс стає ниткоподібним, розслаблюється мускулатура, іноді спостерігаються легкі судороги. 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, спинити кровотечу.

Лікування. Хворому надають горизонтальне положення, зігрівають за допомогою грілок, застосовують засобів, які збуджують серцеву діяльність: впорскування під шкіру розчину кофеїну, підшкірне чи внутрішньовенне введення фізіологічного розчину хлористого натрію або внутрішньовенне введення 40% розчину глюкози в кількості 50 мл. Можна ввести внутрішньом'язево 1мл 1 % розчину мезатону. При відсутності ефекту внутрішньовенно вводять 0,5-1,0 мл 0,06 % розчину корглікону чи 0,05 % розчину строфантину в 10-20 мл 40 % розчину глюкози. Проведення оперативних втручань при колапсі, крім невідкладних (кровотеча), протипоказане.

Шок. Шок являє собою різке зниження всіх життєвих функцій, в першу чергу кровообігу та дихання, в результаті переподразнення 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 з допомогою долота та молотка. Сприяють виникненню шоку попередня сильна фізична перевтома, холод, голод, тяжкі психічні переживання.

При шоку свідомість звичайно збережена, але знижуються всі життєві функції організму. У хворих спостерігається різка блідість, запалі нерухомі очі, часто розширені зіниці, холодна, сіруватого кольору шкіра, поверхневе та сповільнене дихання, частий ниткоподібний пульс, падіння артеріального тиску. Чутливість та сприйняття зовнішніх подразнень різко знижені.

Для профілактики явищ шоку, що можуть виникнути в зв'язку з операційною травмою відіграє підготовка хворого, врахування стану його нервової системи. Призначення препаратів брому, люміналу та інших похідних барбітурової кислоти, введення (але не амбулаторним хворим) морфіну або пантопону до операції знижують збудливість нервової системи. Велике значення має й добре проведене знеболювання.

Лікування шоку полягає в усуненні причини, що його викликає, та боротьбі з загрозливими симптомами.

Для боротьби з шоком, що 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 застрягають в ділянці голосової щілини) може спостерігатися порушення зовнішнього дихання аж до асфіксії. В таких випадках необхідно терміново проводити трахеотомію. Якщо в дихальні шляхи попадає лише частина зуба, вона зазвичай досягає якогось з бронхів (частіше правої легені), викликаючи обтурацію його просвіту. У хворого виникає кашель. Однак порушення зовнішнього дихання не настільки виражені, щоби являти безпосередню загрозу для життя хворого. при підозрі на попадання зуба чи його частини в дихальні шляхи необхідно терміново скерувати хворого на рентгенологічне дослідження, проконсультувати його з пульмонологом, так як наявність у просвіті бронха інфікованого інорідного 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 та перелом сусідніх зубів.
3. Зміщення зубів у товщу м'яких тканин.
4. Відламування невеликих ділянок кісткової тканини.
5. Відламування заднього відділу альвеолярного відростка верхньої щелепи, іноді з горбом верхньої щелепи та з ділянкою дна гайморової пазухи.

6. Перелом нижньої щелепи.
7. Порушення цілісності дна гайморової порожнини.
8. Попадання кореня в гайморову пазуху.
9. Вивих нижньої щелепи.
10. Розрив слизової оболонки.
11. Порушення чутливості (парестезія, гіпестезія) нерва.
12. Кровотеча.

Перелом коронки зуба або його кореня. Найчастіше операція видалення зуба ускладнюється переломом його коронки або кореня, що може бути зв'язано як із значним руйнуванням зуба патологічним процесом, так і з особливостями будови кореня та оточуючої кісткової тканини. Однак, певні порушення техніки оперативного втручання чималою мірою впливають на частоту цього ускладнення: відіграють роль різкі рухи при вивихуванні зуба, невірний вибір щипців або недотримання послідовності в застосуванні прийомів видалення зуба, тощо.

Вивих та перелом сусідніх зубів, які були опорою для елеватора, можна пояснити у більшості випадків також порушеннями техніки операції. В залежності від виду травми, що 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 вивихування зуба елеватором великий або вказівний палець слід накласти на жувальну поверхню зуба, що виділяється та сусіднього з ним опірною зуба.

Зміщення зубів у товщу м'яких тканин спостерігаються у випадках різких рухів елеватором під час вивихування нижнього зуба мудрості, а також при атипovому видаленні коренів нижніх молярів. Ці зуби чи корені зміщуються у товщу м'яких тканин внутрішньої поверхні нижньої щелепи, що призводить до запальних ускладнень та потребує повторних хірургічних втручань.

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

Відламування заднього відділу альвеолярного відростка верхньої щелепи, іноді з горбом верхньої щелепи та з ділянкою дна гайморової пазухи.

В результаті глибокого накладення щипців на альвеолярний відросток у ділянці верхнього зуба мудрості, особливо при неправильному його положенні, а також при вивихуванні цього зуба елеватором Леклюза доводилось спостерігати це ускладнення. Воно супроводжується значною кровотечею. Оскільки розраховувати на приживлення відламаного фрагменту не доводиться, його слід видалити, а рану ушити. В подальшому не виключена можливість виникнення запального процесу в гайморовій порожнині, а також утворення на місці видаленої ділянки кістки фістульного ходу, що веде з порожнини рота у верхньощелепну пазуху.

Перелом нижньої щелепи при видаленні зуба. Такі випадки описані при вивихуванні елеватором Леклюза неправильно розміщеного зуба мудрості.

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

Порушення цілісності дна гайморової порожнини є одним з нерідких ускладнень при видаленні верхніх молярів, другого, а іноді і першого премоляру. Це зв'язано з тим, що інколи корені вказаних зубів підходять своїми верхівками до гайморової порожнини. Іноді дно верхньощелепної пазухи буває навіть трохи підняте верхівками коренів цих зубів. Внаслідок цього хронічний верхівковий періодонтит, що розвивається в ділянці одного з цих зубів, руйнує кісткову тканину, що оточує верхівку кореня, тонку кісткову пластинку і окістя дна гайморової порожнини, що вкриває верхівку кореня. Після цього тканини запального осередку біля верхівки кореня вже безпосередньо контактують зі слизовою оболонкою верхньощелепної пазухи та спаюються з нею. При видаленні одного з таких зубів слизова оболонка розривається, внаслідок чого з'являється сполучення між порожниною рота та гайморовою пазухою.

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

Пошкодження дна гайморової порожнини виявляють на підставі проходження повітря, з невеликим свистом, з порожнини рота в порожнину носа при надуванні щік, або з порожнини носа в порожнину рота. Для цього хворий, затиснувши пальцями ніс, повинен старатися видути через ніс повітря. При виявленні прободіння дна гайморової порожнини та відсутності гнійних виділень з лунки не слід зондувати або промивати гайморову порожнину. Найвірніше в таких випадках затампонувати згорнутою смужкою йодоформної марлі тільки устя лунки, укріпивши цей тампон дротяною вісімкоподібною лігатурою, укріпленою на сусідніх зубах, або наклавши над ним вузлуваті шви. Тампон не виймають по можливості 5-7 днів. За цей час згусток, що виповнює верхні відділи лунки, вже починає організовуватись, тобто проростати грануляціями. Крім того, спаюються краї розірваної слизової оболонки гайморової порожнини. В ряді випадків зразу після видалення зуба можливе закриття перфораційного отвору оперативним шляхом.

При появі слідом за видаленням зуба виділень з лунки, що може бути ознакою запального процесу у гайморовій порожнині, а також наявності прикореневої кісти, тампонувати лунку не слід: її залишають відкритою. Подальше лікування проводять залежно від характеру процесу, тобто наявності гаймориту чи кісти.

Попадання кореня в гайморову пазуху може спостерігатись при видаленні верхнього моляра або рідше премоляру. Це пояснюється насамперед близькістю гайморової порожнини і руйнуванням під впливом навколоверхівкового патологічного процесу кісткової тканини в ділянці дна пазухи настільки, що при стисканні ручок щипців корінь, який вислизнув, з щічок, що охоплюють його, проштовхується в гайморову порожнину. Частіше корінь виявляється зміщеним у гайморову порожнину при неправильному просуванні щипців, а також при використанні елеватора, коли щічкою інструмента натискають на корінь, замість того щоб вводити її між коренем та стінкою лунки.

Спроби вилучення кореня, що потрапив у гайморову порожнину, через лунку, як правило, не дають результатів. У цих випадках не слід промивати гайморову порожнину та вводити в неї тампони. Необхідно закрити невеликим тампоном з йодоформної марлі устя лунки, щоб сприяти зарощенню сполучення з порожниною рота. Видалення кореня з пазухи, яке не є невідкладною операцією, слід проводити через трепанаційний отвір у ділянці кликової ямки (за типом радикальної операції гаймориту) в умовах стаціонару.

За деякими даними, видалення оперативним шляхом у перші 1-2 дні зміщеного в гайморову порожнину кореня, та введення після цієї операції антибіотиків у верхньощелепну пазуху і ушивання порожнини наглухо дають хороші результати. При цьому, в разі відсутності змін слизової оболонки немає потреби видаляти її та сполучати гайморову порожнину з нижнім носовим ходом.

Вивих нижньої щелепи. Таке ускладнення може виникнути в тому випадку, коли видалення зуба на нижній щелепі проводиться при максимально широкому відкритті 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 здоровий бік. Вивихнута головка щелепи прощупується попереду від звичайного свого положення. Рентгенівський знімок, якщо в ньому є необхідність, підтверджує знаходження головки щелепи поза суглобовою ямкою.

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 нерву та м'язів (скроневого, жувального та внутрішньо-крилоподібного).

Для вправлення вивиху використовують найбільш відомий спосіб, який в літературі називають методом Гіппократа. Хворого саджають на опущене до упору крісло або на низький стілець. Голова фіксується в підголівнику чи утримується помічником. Лікар розташовується попереду від хворого, а нижня щелепа знаходиться на рівні ліктьового суглобу опущеної руки лікаря. Лікар вводить великі пальці обох рук (обгорнуті марлевими серветками для зменшення ковзання та запобігання прикушування пальців) в порожнину рота та накладає їх на жувальні поверхні нижніх великих кореневих зубів, а при 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

рештою пальців здійснює тиск на підборіддя знизу вгору (підіймає її передній відділ). Таким чином, гілки нижньої щелепи зміщуються вниз, а суглобові голівки опускаються нижче суглобових горбиків. Тиском долонь (спереду назад) на підборіддя, здійснюють зміщення суглобових голівок в суглобові ямки, тобто суглобова голівка ковзає по задньому скату суглобового горбика і входить в суглобову впадину. В цей момент великі пальці потрібно зміщувати в присінок порожнини рота щоб не перешкоджати змиканню щелеп. Вправлення голівок супроводжується характерним луском, швидким і щільним змиканням щелеп. При двобічному вивиху нижньої щелепи вправлення одночасно здійснюється з двох сторін, а при односторонньому – зі сторони вивиху.

Після вправлення вивиху хворому накладають на 1-2 дні пов'язку, що фіксує нижню щелепу. Після зняття пов'язки хворому рекомендують протягом 3-4 тижнів не розкривати широко рота.

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 зсковзує, в результаті чого раниться тверде піднебіння. При пошкодженні під'язикової ділянки може розвинути запальний процес у розташованій тут клітковині.

Розрив слизової оболонки. Його причиною є недостатнє попереднє відокремлення ясен навколо зуба та швидке виведення зуба з лунки, що призводять до великих розривів та відшарування слизової оболонки альвеолярного відростку, а частково перехідної складки. Іноді відбувається розрив слизової оболонки з оголенням краю лунки та з її наступною секвестрацією (переважно з язикового боку).

На пошкоджені та відшаровані ділянки м'яких тканин після зупинки кровотечі накладають, шви.

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

В окремих випадках кровотеча, що виникла після видалення зуба, не припиняється, кров продовжує виділятися з лунки протягом кількох годин та навіть днів.

Місцеві причини. Сила кровотечі, що виникає після операції видалення зуба, залежить від обсягу та ступеня пошкодження тканини. Тому при пораненні прилеглих м'яких тканин, що ускладнило видалення зуба, тривалі кровотечі спостерігаються дещо частіше. Тривкі кровотечі з порівняно великих судинних гілочок – розгалужень міжзубної артерії виникають також у випадках відламування частини альвеоли або міжкореневої перегородки. Оточені кістковими стінками, ці артерії не скорочуються в тій же мірі, що й судини м'яких тканин, та кровоточать.

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

Для розуміння причин деяких луночкових кровотеч слід мати на увазі також вплив адреналіну. Цей препарат, що вводиться у тканини з розчином знеболюючої речовини, викликає на відповідній ділянці сильне звуження судин, обмежуючи

всмоктування знеболюючого розчину і тим самим подовжуючи 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) і виникає через деякий проміжок часу (1-2 години) після проведеного видалення зуба.

Іноді кровотеча пов'язана з пошкодженням аномалійно розміщеної судини, яка проходить у кістковій тканині альвеолярною відростка або ж у м'яких тканинах, що його вкривають.

Загальні причини. В першу чергу до загальних причин кровотеч після видалення зуба належать захворювання системи згортання крові: гемофілія, тромбоцитопенія, цинга. 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 та морфологічних властивостей крові. Кровоточивість у хворих на цингу пов'язана виключно зі змінами судинної стінки.

Способи зупинки кровотечі після видалення зуба.

Зазвичай у хворого з'являється великий грибоподібний згусток, що виповнює лунку та вкриває альвеолярний відросток. З-під згустку з більшою або меншою інтенсивністю тече кров.

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

Поранення м'яких тканин при видаленні зубів – розриви та 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 обшиванням судини, а також накладенням швів. При пораненнях щічками щипців твердого піднебіння накладення швів може бути технічно нездійсненним. В цих випадках рану слід туго затампонувати смужкою йодоформної марлі, а її краї коагулювати. Хороші результати, дає накладення на ділянку м'яких тканин, що кровоточать невеликого марлевого тампона з подрібненими кристалами марганцевокислого калію.

При кровотечі з кісткової стінки, найчастіше міжкореневої або міжлункової перегородки, слід з допомогою щипців здавити цю ділянку кістки, спресувати її, попередньо відсепарувавши слизову оболонку. Найкраще для цієї мети застосовувати щипці, у яких кінці щічок не сходяться, або ж здавити кістку клямповими щипцями. Після цього ділянку кістки, що кровоточить 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. В 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 завширшки близько 0,5-0,75 см вводять в лунку, починаючи з її найглибших ділянок, і, щільно притискаючи марлю, виповнюють альвеолу до країв. Надлишок марлевої смужки відрізують ножицями. В результаті цього вся рана поверхня виявляється щільно закритою йодоформним тампоном. При кровотечі після проведеного видалення багатокореневого зуба, лунку кожного кореня щільно виповнюють смужкою йодоформної марлі.

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

Якщо при тампонаді лунки віддавлюється вбік слизова оболонка альвеолярного відростку, доцільно поверх тампона накласти шви і, ув'язавши їх, стягнути краї рани. Щоб запобігти прорізуванню швів, голку слід вколювати, відступивши принаймні на 0-5-0,75 см від краю ясен.

На тампон, що виповнив лунку, накладають марлеву кульку. Зціплюючи зуби, хворий натискає на цю кульку та на вкладений в лунку тампон. Через 30-40 хвилин марлеву кульку обережно видаляють. При відсутності кровотечі хворого можна відпустити. Якщо ж кровотеча триває, 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 тампону.

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

Більшість кровотеч, що виникають після видалення зуба, пов'язані зі змінами загального характеру – переважно з порушеннями системи згортання крові та ламкістю судинної стінки. Тому до таких хворих слід також застосовувати кровоспинні засоби загальної дії. З цієї метою внутрішнє 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 усередину 3 рази на день по 0,1 г. Розчин хлористого кальцію (10-20 %) призначають по столовій ложці 5-6 разів на день.

Добре діє внутрішньом'язове введення 10-15 мл нормальної кінської сироватки, а при відсутності її – іншої лікувальної сироватки в такій же кількості. Щоб запобігти анафілактичному шоку, сироватку слід вводити за способом Безредки в два прийоми: спочатку 0,25-0,5 мл сироватки, а через 1 годину – решту. Слід враховувати, що в період від 8-го до 14-го дня у хворих після введення сироватки можуть настати явища сироваткової хвороби, яка супроводжується такими ж, як при кропивниці, висипаннями на шкірі, а крім того, болями та припуханням суглобів, підвищенням температури тіла, зазвичай в межах 37,5-38 °С.

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

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

Якщо в амбулаторних умовах кровотечу не вдалося спинити, хворі мають бути госпіталізовані в стоматологічний або загальнохірургічний стаціонар.

Запобігання кровотечам. В разі потреби видалення зуба хворому із захворюваннями системи згортання крові, йому попередньо слід провести відповідне обстеження (загальний аналіз крові, кількість тромбоцитів, час зсідання, тривалість кровотечі) та проконсультуватись із лікарем гематологом. Перед оперативним втручанням в ряді випадків може бути показана попередня підготовка: призначення вітаміну С та К, хлористого кальцію (всередину та внутрівено), навіть переливання невеликих доз крові. Після проведеного видалення зуба лунку слід затампонувати на 4-5 днів, не чекаючи появи тривалої кровотечі.

У окремих хворих операцію видалення зуба, так само як і інші хірургічні втручання в порожнині рота, необхідно, проводити в умовах стаціонару, вживши всіх заходів для запобігання кровотечі та її зупинки. Таким хворим не слід видаляти декілька зубів одночасно.

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

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

Явища порушення чутливості особливо неприємні через затерплість половини нижньої губи (в ділянці розгалуження підборідкового нерва) і зникають лише протягом кількох тижнів. Для прискорення відновлення нормальної чутливості слід проводити гальванізацію.

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

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

В окремих випадках кровотеча, що виникла після видалення зуба, не припиняється, кров продовжує виділятися з лунки протягом кількох годин та навіть днів. У деяких же хворих кровотеча, що припинилась за звичайний час після видалення зуба, знову появляється через кілька годин або днів.

Тривалі та повторні кровотечі, що спостерігаються після видалення зуба, залежать від причин місцевого та загального характеру.

Місцеві причини. Сила кровотечі, що виникає після операції видалення зуба, залежить від обсягу та ступеня пошкодження тканини. Тому при пораненні прилеглих м'яких тканин, що ускладнило видалення зуба, тривалі кровотечі спостерігаються дещо частіше. Тривкі кровотечі з порівняно великих судинних гілочок – розгалужень міжзубної артерії виникають також у випадках відламування частини альвеоли або міжкореневої перегородки. Оточені кістковими стінками, ці артерії не скорочуються в тій же мірі, що й судини м'яких тканин, та кровоточать.

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

Для розуміння причин деяких луночкових кровотеч слід мати на увазі також вплив адреналіну. Цей препарат, що вводиться у тканини з розчином знеболюючої речовини, викликає на відповідній ділянці сильне звуження судин, обмежуючи всмоктування знеболюючого розчину і тим самим подовжуючи 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) і виникає через деякий проміжок часу (1-2 години) після проведеного видалення зуба.

Іноді кровотечі виникають через кілька днів після проведеного видалення зуба. Звичайно вони пов'язані з гнійним розплавленням тромбів, які закупорюють просвіт судин. У цих випадках водночас має місце картина лункових болів.

Іноді кровотеча пов'язана з пошкодженням аномалійно розміщеної судини, яка проходить у кістковій тканині альвеолярною відростка або ж у м'яких тканинах, що його вкривають.

Загальні причини. В першу чергу до загальних причин кровотеч після видалення зуба належать захворювання системи згортання крові: гемофілія, тромбоцитопенія, цинга. 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 та морфологічних властивостей крові. Кровоточивість у хворих на цингу пов'язана виключно зі змінами судинної стінки.

Способи зупинки кровотечі після видалення зуба.

Зазвичай у хворого з'являється великий грибоподібний згусток, що виповнює лунку та вкриває альвеолярний відросток. З-під згустку з більшою або меншою інтенсивністю тече кров.

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

Поранення м'яких тканин при видаленні зубів – розриви та 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 обшиванням судини, а також накладенням швів. При пораненнях щічками щипців твердого піднебіння накладення швів може бути технічно нездійсненним. В цих випадках рану слід туго затампонувати смужкою йодоформної марлі, а її краї коагулювати. Хороші результати, дає накладення на ділянку м'яких тканин, що кровоточать невеликого марлевого тампона з подрібненими кристалами марганцевокислого калію.

При кровотечі з кісткової стінки, найчастіше міжкореневої або міжлункової перегородки, слід з допомогою щипців здавити цю ділянку кістки, спресувати її, попередньо відсепарувавши слизову оболонку. Найкраще для цієї мети застосовувати щипці, у яких кінці щічок не сходяться, або ж здавити кістку клямповими щипцями. Після цього ділянку кістки, що кровоточить 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. В 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 завширшки близько 0,5-0,75 см вводять в лунку, починаючи з її найглибших ділянок, і, щільно притискаючи марлю, виповнюють альвеолу до країв. Надлишок марлевої смужки відрізують ножицями. В результаті цього вся ранева поверхня виявляється щільно закритою йодоформним тампоном. При кровотечі після проведеного видалення багатокореневого зуба, лунку кожного кореня щільно виповнюють смужкою йодоформної марлі.

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

Якщо при тампонаді лунки віддавлюється вбік слизова оболонка альвеолярного відростку, доцільно поверх тампона накласти шви і, ув'язавши їх, стягнути краї рани. Щоб запобігти прорізуванню швів, голку слід вколювати, відступивши принаймні на 0,5-0,75 см від краю ясен.

На тампон, що виповнив лунку, накладають марлеву кульку. Зціплюючи зуби, хворий натискує на цю кульку та на вкладений в лунку тампон. Через 30-40 хвилин марлеву кульку обережно видаляють. При відсутності кровотечі хворого можна відпустити. Якщо ж кровотеча триває, 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 тампону.

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

Більшість кровотеч, що виникають після видалення зуба, пов'язані зі змінами загального характеру – переважно з порушеннями системи згортання крові та

ламкістю судинної стінки. Тому до таких хворих слід також застосовувати кровоспинні засоби загальної дії. З цією метою внутрівненне вводять 1-2 мл 5 % або 10 % розчину аскорбінової кислоти, 5-10 мл 10 % розчину хлористого кальцію, 5 % розчин ϵ -амінокапронової кислоти. При триваючій кровотечі ці речовини вводять повторно. Крім того, аскорбінову кислоту дають усередину 3 рази на день по 0,1 г. Розчин хлористого кальцію (10-20 %) призначають по столовій ложці 5-6 разів на день.

Добре діє внутрішньом'язове введення 10-15 мл нормальної кінської сироватки, а при відсутності її – іншої лікувальної сироватки в такій же кількості. Щоб запобігти анафілактичному шоку, сироватку слід вводити за способом Безредки в два прийоми: спочатку 0,25-0,5 мл сироватки, а через 1 годину – решту. Слід враховувати, що в період від 8-го до 14-го дня у хворих після введення сироватки можуть настати явища сироваткової хвороби, яка супроводжується такими ж, як при кропивниці, висипаннями на шкірі, а крім того, болями та припуханням суглобів, підвищенням температури тіла, зазвичай в межах 37,5-38 °С.

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

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

Якщо в амбулаторних умовах кровотечу не вдалося спинити, хворі мають бути госпіталізовані в стоматологічний або загальнохірургічний стаціонар.

Запобігання кровотечам. В разі потреби видалення зуба хворому із захворюваннями системи згортання крові, йому попередньо слід провести відповідне обстеження (загальний аналіз крові, кількість тромбоцитів, час зсідання, тривалість кровотечі) та проконсультуватись із лікарем гематологом. Перед оперативним втручанням в ряді випадків може бути показана попередня підготовка: призначення вітаміну С та К, хлористого кальцію (всередину та внутрівненно), навіть переливання невеликих доз крові. Після проведеного видалення зуба лунку слід затампонувати на 4-5 днів, не чекаючи появи тривалої кровотечі.

У окремих хворих операцію видалення зуба, так само як і інші хірургічні втручання в порожнині рота, необхідно, проводити в умовах стаціонару, вживши всіх заходів для запобігання кровотечі та її зупинки. Таким хворим не слід видаляти декілька зубів одночасно.

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

Альвеоліт (лункові післяекстракційні болі)

Альвеоліт – запальне ускладнення, що виникає в лунці видаленого зуба та супроводжується вираженим больовим синдромом.

Термін “альвеоліт” запропонований А.І. Верлоцьким та О.М. Піменовою. Синонімами його є: постекстракційний альвеолоневрит, луночковий післяопераційний біль, остеомієліт лунки.

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

За даними досліджень, у 24,2 % хворих зазначений патологічний процес розвивається на верхній щелепі та у 75,8 % – на нижній (А.А. Тимофєєв, 1983). 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 та нижній щелепах пояснюється особливостями їхньої анатомічної будови (Ю.Й. Бернадский, 1984).

Альвеоліт частіше зустрічається у жінок (57,1 %), ніж у чоловіків (42,9 %). Вважають, що в жінок на появу альвеоліту впливає підвищення рівня жіночих статевих гормонів в період менструації, що 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 та слизової оболонки, що потім піддаються інфікуванню, 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 та оголені краї лунки, що залишаються після видалення кореня зуба, сприяють появі в післяопераційному періоді посттравматичного неврита та розвитку на його фоні альвеоліту.

В перерахованих випадках в ділянці луночкового краю, що і без того недостатньо живиться після видалення зуба, в результаті травми, а також із-за втрати слизової оболонки та окістя кісткова тканина гине на більшій чи 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 чинників, що можуть перешкоджати утворенню або сприяти руйнації кров'яного згустку, що вже сформувався. Так, використання при анестезії судинозвужувальних препаратів веде до тривалого спазму судин та перешкоджає утворенню згустку. Порушення процесу згортання крові (гемофілія, псевдогемофілія, хвороба Шенлейн-Геноха, застосування антикоагулянтів у хворих з інфарктом міокарда, гормональні геморагії), тампонада лунки марлевими смужками, недотримання хворим рекомендацій лікаря (полоскання порожнини рота після операції, паління, вживання алкоголю) також може порушити процес утворення кров'яного згустку. Руйнація кров'яного згустку може відбутися за рахунок фібринолітичної дії слини. Надмірна інфільтрація тканин розчином анестетика, сприяє утворенню великого числа “сухих лунок”, що може бути також причиною розвитку альвеоліту.

4. Виникненню альвеоліту, можуть сприяти недостатнє відшарування зубо-ясеневої зв'язки, неправильний вибір інструмента для проведення операції, аномалія розташування зубів та ін.

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

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

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

За клінічним перебігом альвеоліт поділяється на **гострий та хронічний**.

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

Гострий серозний альвеоліт

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

Гострий гнійний альвеоліт

При гнійному альвеоліті на 3-4-у добу після видалення зуба у хворих з'являються інтенсивний постійний біль з іррадіацією по ходу гілок трійчастого нерва, гнильний запах із рота, слабкість, нездужання. Температура тіла підвищується до 37,5-38,0 С. Шкірні покрови бліді, інколи є асиметрія обличчя, що виникає за рахунок набряку м'яких тканин на стороні видаленого зуба. Регіональні лімфатичні вузли збільшені, при пальпації болючі. Відкривання рота болісне. Слизова оболонка альвеолярного відростка навколо лунки видаленого зуба гіперемована, набрякла, болюча, альвеолярний паросток стовщений. Післяопераційна рана заповнена некротичними масами та покрита сірим нальотом з різким, неприємним запахом. Причина цього вбачається в тому, що в результаті травми відсутній біологічний зв'язок між кістковою поверхнею лунки, що починає омертвівати та розчавленими відмираючими м'якими тканинами і тромбом. В такому випадку тромб в альвеолі стає неживою органічною речовиною, що є хорошим живильним середовищем для

гнилісних бактерій, які завжди знаходяться в порожнині рота. Тому тромб, що утворився після видалення зуба, внаслідок дії сапрофітів в результаті гниття розпадається.

Гострий гнійно-некротичний альвеоліт

При подальшому розвитку процес переходить у гнійно-некротичний, що по суті можна розглядати як гостру фазу обмеженого остеомієліту лунки видаленого зуба. Домінуючим симптомом є нестихаючий, безперервний, пульсуючий біль, що при локалізації процесу на нижній щелепі іррадіює у скроню та вухо, виникає біль в сусідніх зубах. З'являється слабкість, сильний головний біль. Температура тіла 37,6-37,8 °C та більше, інколи буває озноб. Хворий не спить, порушується працездатність. Слизово-окисні краї рани в залежності від ділянки та ступеня їх пошкодження мають бруднуватий зелено-коричневий відтінок. Згусток крові в лунці відсутній, дно та її стінки вкриті брудно-сірою масою зі зловонним запахом. Слизова оболонка, що оточує лунку, червоніє, набрякає, окістя інфільтрується та потовщується. Пальпація альвеолярного відростку з вестибулярного та орального боків в ділянці лунки і на сусідніх ділянках різко болюча. При перкусії зубів, що стоять поряд виникає біль. Білящелепні м'які тканини набрякли, підщелепні лімфатичні вузли збільшені, щільні, болючі при пальпації. При остеомієліті лунки одного з великих корінних зубів внаслідок поширення запального процесу на ділянку медіального крилоподібного або жувального м'язів, буває обмежене відкривання рота. Тривалість гострого періоду 12-14 днів.

Через 12-14 днів явища гострого запалення зменшуються, процес переходить у підгостру стадію. Біль та зловонний запах з порожнини рота значно зменшуються, краї рани очищаються, зникає білий наліт зі стінок лунок, вони заповнюються грануляційною тканиною. Лімфаденіт та субфебрильна температура зникають. На рентгенівському знімку, що виконаний в підгострому періоді, кісткова тканина має «мармуровий» малюнок. Це зумовлено тим, що ділянки кісткової тканини зі зниженим вмістом солей більш темні, 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) альвеоліту, що настає через 3-4 тижні, домінуючим симптомом є рясне розростання грануляційної тканини, що починається з дна лунки. Між краями рани грануляційна тканина часто розростається у вигляді цвітної капусти. При надавлюванні на неї з грануляцій виділяється рідкий гнійний ексудат. Слизова оболонка альвеолярного відростку має синюшний колір, набрякла, гіперемована. При інструментальному обстеженні між кістковою стінкою альвеоли та гіпертрофічними розростаннями можна виявити щілиноподібний 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 та поліпшенням загального стану хворого. Патологічний процес зменшується до кінця 3-го тижня, і якщо хворого не оперували, то кісткові секвестри можуть відходити протягом 4-го тижня самостійно, після чого настає видужання. На рентгенівському знімку, виконаному в хронічній стадії, видно ділянки затемнення (секвестри). Такі ділянки оточені

чорною смужкою з нерівними краями у вигляді мережива та мають більш чи менш виражену величину і ледь видиму структуру.

Слід відзначити, що при наявності супутньої патології (ендокринні захворювання, захворювання внутрішніх органів), альвеоліт має важчий перебіг. Так, у хворих на цукровий діабет при альвеоліті різко виражена місцева запальна реакція. Крім того, у хворих із цукровим діабетом виникає синдром взаємного обтяження, що, насамперед, виражається в збільшенні вмісту цукру в крові на фоні вже наявної гіперглікемії. У пацієнтів із захворюваннями серцево-судинної системи, печінки та цукровим діабетом значно уповільнюються репаративні процеси в ділянці ускладнених ран.

Лікування альвеолітів

Лікування альвеолітів повинно бути етіопатогенетичним. В гострому періоді альвеоліту проводять ревізію лунки. Вона полягає у видаленні з альвеоли решток їжі, залишків кров'яного згустку, що розпався, осколків кісткової тканини та уламків зубів. Для цього під місцевою провідниковою або термінальною анестезією, лунку видаленого зуба промивають теплими розчинами антисептиків (фурациліну 0,02%, хлоргексидину біглюконату 0,5%, діоксидину 0,5%, перекису водню 3%, калію перманганату 0,1-0,5%, хлораміну 0,5-1%), антибіотиків (лінкоміцину гідрохлориду 30%, мікроциду, гентаміцину сульфату 4%), ферментів (трипсину, хімотрипсину, хімопсину, террилітину).

Якщо після промивання в лунці залишаються рештки кров'яного згустку, осколки кісткової тканини та уламки зубів, їх обережно видаляють за допомогою пінцету чи кісткової ложки Фолькмана. При цьому не слід робити кюретаж (вишкрібання) та коагуляцію стінок альвеоли, аби не пошкодити новоутвореного грануляційного валу, що утворюється на стінках лунки.

На клінічний перебіг альвеолітів нижньої щелепи благотворно впливає регіональна новокаїнова блокада нижньощелепного нерва та його гілок. Дія новокаїнової блокади виявляється подвійно: у стадії серозного запалення процес може бути зупинений, а при наявності нагноєння виникає швидке відмежування та стихання запалення.

Після ревізії лунку знову промивають розчином антисептика, антибіотику чи ферменту, висушують марлевым тампоном і закривають марлевою турундою. Перед тим як ввести марлеву смужку в лунку, її просочують медикаментозними засобами, що справляють бактеріостатичний та бактерицидний, протизапальний і знеболюючий ефекти, та стимулюють репаративні процеси у лунці. Введення тих чи інших препаратів залежить від фази запального процесу.

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

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

Можна поєднано застосувати перекис водню, мікроцид, риванол, фурацилін з хімопсином.

При лікуванні гострих альвеолітів також промивають лунки зубів теплим розчином фурациліну та трипсину (хімотрипсину) із наступним заповненням їх антибактеріальною ензимо-анестезуючою пастою, що приготовлена 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 антистафілококову плазму. Після промивання лунки теплим розчином антисептика і видалення з неї залишків їжі та кров'яного згустку, що розпався, в її порожнину поміщають марлеву смужку, просочену антистафілококовою плазмою. Лікувальні процедури проводять щодня до ліквідації запалення. Використання цього препарату викликає нейтралізацію токсину, що виділяється стафілококами, і створює сприятливі умови для загоєння лунки.

Для лікування цього захворювання використовують препарат бджолиної отрути (венапиолін-1), що має знеболюючу та протизапальну дію. Його вводять в підслизову 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-ю добу від початку лікування, при цьому лунка не тампонується.

При лікуванні альвеолітів у хворих цукровим діабетом можна вводити в порожнину лунки зуба турунду, змочену розчином, що 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, справляє 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 рану накривають марлевым тампоном, просоченим тим же розчином.

У хворих альвеолітом після знеболювання та ревізії лунки зуба, її можна заповнювати турундою, змоченою ектерицидом або 50% розчином димексиду з оксациліну натрієвою сіллю (40% *лінімент димексиду*). Встановлено, що ектерицид має активність у відношенні моно- та полірезистентних штамів мікроорганізмів, що виділені з інфікованих постекстракційних лунок (В.Ф. Чистякова і співавт., 1981).

Знаходять застосування при лікуванні запальних ускладнень, що виникають після видалення зубів антибактеріальний препарат діоксидин та гідрофільні мазі: левосин, левомеколь, левонорсин.

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

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

Для лікування альвеоліту використовують суміш, приготовлену із бактерицидної рідини Горгієва і 0,1 % розчину лізоциму в співвідношенні 1:1. Бактерицидна рідина Горгієва містить понад 90 % води, 0,5-0,9 % розчину хлориду натрію, 4-6 % ри�'ячого жиру і продуктів його окислювання. Дотепер відсутні відомості про існування штамів мікроорганізмів, стійких до даного препарату.

При лікуванні альвеолітів застосовують фізіотерапевтичні методи. Використовують флюктуоризацію, що справляє знеболюючу дію, прискорює перебіг 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 анагетичний ефект, стимулює регенерацію тканин і ін. Параметри опромінення: щільність потужності 100-200 мВт/см², експозиція – 2 хв.

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

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

У останні роки більш широкого поширення набуває голковколювання, що справляє болезаспокійливу дію, підвищує загальну реактивність організму і створює своєрідний фон, для сприятливого перебігу захворювання і більш швидкого лікування.

Всі маніпуляції при лікуванні альвеоліту, на думку О.О. Тимофєєва, потрібно проводити під місцевою провідниковою анестезією, яка крім знеболюючого ефекту сприятливо впливає на перебіг запального процесу.

Перша зміна тампона провадиться через 1 добу, а надалі – через 3-4 доби (до зникнення болю).

В гнійно-некротичній фазі гострого альвеоліту хворому призначають антибіотики (гентаміцину сульфат, лінкоміцину гідрохлорид, фузидин-натрій), сульфаніламідни (сульфадиметоксин, сульфамометоксин, сульфален, бісептол), гіпосенсебілізуєчі (димедрол, піпольфен, супрастин, діазолін, тавегіл, задитен), протизапальні (ацетилсаліцилова кислота і її похідні, бутадіон, парацетамол, кислота мефенамова).

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

Гострі кісткові краї лунок

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

На відміну від болів, що спостерігаються у випадках розпаду згустку, при наявності гострих країв, загоювання лунки не порушується. Запальних явищ в ділянці альвеолярного відростка та болісності лімфатичних вузлів немає. Обмацування пальцем країв лунки дозволяє визначити болісну ділянку.

З часом ці кісткові виступи розсмоктуються, однак, щоб звільнити хворого від тяжких больових відчуттів, слід оперативним шляхом видалити гострі краї альвеоли – провести операцію *альвеоектомії*. Для цього по гребеню альвеолярного відростка проводять лінійний розріз до кістки, від кінців якого в деяких випадках у напрямі до перехідної складки роблять два розхідних розрізи, формуючи трапецієподібний слизово-окісний клапоть. Відокремивши клапоть распатором від кістки та оголивши кісткові виступи, видаляють їх кістковими гострозубцями або долотом. На рану накладають вузлуваті шви.

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

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

Показання:

- перелом верхньої третини кореня;
- скривлення верхівки кореня;
- перешкоди проведення заапекальної терапії;
- перелом інструмента у кореневому каналі;
- надлишкове введення пломбу вального матеріалу та розповсюдження його під надкисницю;
- перфорація кореня зуба у його верхівки;
- піднадокісні гранульоми;
- прикореневі кісти, у порожнині яких знаходяться верхівки коренів зубів.

ПРОТИПОКАЗАННЯ:

- пародонтит;
- гострий та загострений хронічний періодонтит;
- рухомість зуба;
- залучення в патологічний процес більш 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 робимо трапецієподібний або напівкруглий розтин слизової оболонки та надкісничі 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 вони розширюється кістковими кусачками до периферичних меж патологічного осередку. Гладилкою або кістковою ложкою видаляють гранульому (кісту) та звільняють верхівку кореня причинного зубу. Фіссурним бором видаляють (резецирують) верхівку кореня та розташовану за ним оболонку кісти або залишки гранульоми. Резекована поверхня кореня має бути косою та розташовуватися зовні, щоб добре було видно пломбувальний матеріал у кореневому каналі. Вискаблюються грануляції, порожнина промивається розчинами антисептиків: 0,5% розчином хлоргексидину біглюконату, 1% розчином діоксидіну, заповнюється речовинами, які сприяють оптимізації процесів регенерації: кістковою мукою, порошком гідроксіапатиту, колаполом і т. і. При недопломбуванні кореневого каналу на ½ проводять ретроградне (під час операції) пломбування кореневого каналу. Клапоть укладається на місце та фіксується кетгуттовими швами.

ГЕМИСЕКЦІЯ ЗУБУ проводиться на жувальних зубах нижньої щелепи – першому та другому молярах.

ПОКАЗАННЯ:

наявність кісткових карманів в ділянці одного з коренів премоляра чи моляра;

перфорація біфуркації і кореневого каналу в його верхній частині;

не запломбовані кореневі канали із-за їх викривлення.

протипоказання:

рухливість зубу;

порушення співвідношення величини коронки та кореня;

наявність глибоких кісткових карманів у обох коренів, або у кореня, який зберігається;

недопломбований кореневий канал, який підлягає збереженню.

Методика операції: після ендодонтичного лікування та накладання пломби коронка зубу розпілюється за допомогою диска до біфуркації, біфуркація руйнується тонким фіссурним або конусоподібним алмазним бором до появи рухомості сегментів. Частина коронки разом з коренем видаляється за допомогою дзьобоподібних щипців. Частіше видаляється медіальний корінь в зв'язку з труднощами пломбування каналів цього кореня.

Коронорадикулярна сепарація – розсічення зубу на дві частини (застосовується при лікуванні молярів нижньої щелепи) в ділянці біфуркації з наступним ретельним зглажуванням країв, що нависають; проведення кюретажу ділянки між кореневого патологічного карману та покриття кожного з сегментів кореня коронкою.

показання:

межкоренева гранульома;

перфорація дна пульпової камери з розрідженням верхівки межкореневої перегородки;

відлом коронки до біфуркації.

Протипоказання:

рухливість зуба;

недопломбовані кореневі канали.

Методика операції: під провідниковою анестезією за допомогою двустороннього диску розділяють коронку до біфуркації, біфуркацію руйнують фіссурним або конусоподібним алмазним бором, вискаблюють грануляції, рану промивають антисептичним розчином, призначають полоскання. Після виконання оперативного втручання на ділянку патологічного карману, що утворився, накладають захисну пов'язку і фрагменти зуба фіксують шиною, фіксуючи її на сусідні зуби.

Через три тижні після операції на обидва фрагменти коронки зубу виготовляють коронки та спаюють їх між собою.

Реплантація зубу – пересадка видаленого зубу в його ж альвеолу.

Показання:

Багатокореневі рухливі зуби, як правило, нижньої щелепи с запломбованими кореневими каналами не до верхівки кореня, тобто з розвинувшимся запальним процесом;

Недопломбировка кореневих каналів та зруйнованість частини лунки і рухливості зубу (коли резекція не показана);

Пародонтит.

протипоказання:

Значна рухливість зубу;

Руйнування стінок лунки;

Перелом кореня під час видалення зубу або відлом стінки лунки;

Відсутність на корені зуба не мінералізованого цементу та поява на ньому ділянок округлої чи овальної форми, жовтого кольору, які лишені м'яко-тканинного рожевого покриву;

Захворювання, які пригнічують процеси регенерації кісткової тканини.

Методика операції: після видалення зуба з мінімальною травмою його занурюють у теплий (t 37°C) ізотонічний розчин хлориду натрію з додаванням антибіотиків. НЕ МОЖНА зберігати зуб, що реплантується, у формаліні або спирті. Лунку очищують від грануляцій, промивають розчином антибіотиків. У асептичних умовах поводять механічну очистку корневих каналів і каріозної порожнини зуба, пломбують фосфат-цементом або швидко твердіючою пластмасою. Резекують верхівку кореня, бором розширюють і углиблюють культю кореня в межах цементної границі і пломбують амальгамою або пластмасою, після чого вставляють у лунку. Однокореневі зуби фіксують на два тижні швидко твердіючою пластмасою або металевою шиною. Багатокореневі зуби у фіксації можна не фіксувати. На весь термін імобілізації зуба призначають суворий гігієнічний догляд за порожниною рота та дієту.

Матеріали для самоконтролю:

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

1. Етіологія запальних процесів щелепно-лицевої ділянки..
2. Патогенез запальних процесів щелепно-лицевої ділянки.
3. Класифікація запальних процесів щелепно-лицевої ділянки.
4. Будова періодонту.
5. Функції періодонту.
6. Класифікація періодонтитів.
7. Клініка гострого серозного періодонтиту.
8. Клініка гострого гнійного періодонтиту.
9. Діагностика гострого періодонтиту.
10. Лікування гострих періодонтитів.
11. Причини та класифікація періодонтитів.
12. Клініка гострих періодонтитів.
13. Клініка хронічних періодонтитів.
14. Рентгенологічні ознаки періодонтитів та їх оцінка.
15. Диференціальна діагностика періодонтитів.
16. Лікування гострих періодонтитів.

17. Лікування хронічних періодонтитів.

Б. Тести для самоконтролю:

1. До неодонтогенних запальних процесів відносяться:

А. Лімфаденіти.

В. Гайморити.

С. Періодонтити.

Д. Фурункули.

Е. Періостити.

2. До специфічних запальних захворювань належать:

А. Гайморити.

В. Періодонтити.

С. Абсцеси.

Д. Актиномікоз.

Е. Флегмони.

3. За класифікацією Лукомського гострий періодонтит поділяють на:

А. Серозний і гнійний.

В. Фіброзний, гранулюючий.

С. Фіброзний, гранулюючий, гранулематозний.

Д. Маргінальний, апікальний.

4. При гострому серозному періодонтиті зміни на рентгенограмі:

А. Відсутні.

В. Незначне розширення періодонтальної щілини.

С. Звуження періодонтальної щілини.

Д. Осередок деструкції кісткової тканини округлої форми в діаметрі до 5 мм.

Е. Осередок деструкції кісткової тканини з нечіткими межами.

5. Лікування гострого гнійного періодонтиту полягає у:

А. Видаленні зуба.

В. Створенні відтоку ексудату через кореневий канал.

С. Проведенні розтину по перехідній складці в ділянці причинного зуба.

Д. Призначенні анальгетиків.

В. Задачі для самоконтролю.

Задача № 1. Хворий скаржиться на різкий постійний біль у ділянці 21 зуба, який віддає в око і скроню. Застосування холоду зменшує біль, тепло посилює. Відзначає відчуття «вирослого» зуба, доторкування до нього викликає посилення болю. Об'єктивно: на піднебінній поверхні коронки 21 є глибока каріозна порожнина, ясна біля зуба гіперемовані, набряклі, перкусія зуба різко болісна, спостерігається рухомість зуба 1-2 ступенів. На рентгенограмі альвеолярного відростка змін не спостерігається. Поставте діагноз, складіть план лікування.

Задача №2. Хворий скаржиться на сильний, пульсуючий біль у ділянці 35, наявність в зубі каріозної порожнини. Зуб раніше лікований не був. Об'єктивно: перкусія зуба різко болісна, зуб рухомий, ясна набряклі, гіперемовані, збільшені і болючі регіональні піднижньощелепні лімфовузли. Поставте діагноз, складіть план лікування.

Задача №3. Хворий звернувся зі скаргами на постійний біль в 34 зубі, що посилюється при накушуванні. Тиждень тому в зуб була накладена герметична пов'язка з миш'яковистою пастою. Біль зменшився, на повторний прийом до лікаря не звернувся. Об'єктивно: в 34 тимчасова пломба на жувальній поверхні, перкусія різко болісна, зуб стійкий, ясна в ділянці кореня без патологічних змін. Поставте діагноз, складіть план лікування.

Еталони відповідей

Тести:

1 – D; 2 – D; 3 – A; 4 – A; 5 – B.

Задачі:

Задача 1. Гострий гнійний періодонтит 21. Зуб підлягає медикаментозному лікуванню (розкриття кореневого каналу для забезпечення відтоку ексудату, медикаментозна обробка кореневого каналу).

Задача 2. Гострий гнійний періодонтит 35. Зуб підлягає медикаментозному лікуванню (розкриття кореневого каналу для забезпечення відтоку ексудату, медикаментозна обробка кореневого каналу).

Задача 3. Гострий серозний періодонтит 34, що виник внаслідок токсичної дії миш'яковистої пасти (миш'яковистий періодонтит). Зуб підлягає медикаментозному лікуванню (розкриття кореневого каналу для забезпечення відтоку ексудату, медикаментозна обробка кореневого каналу).

Література:

Основна:

Заусаев В.И., Наумов П.В., Новоселов Р.Д. й др. Хирургическая стоматология. М.: Медицина, 1981. - С. 24-41.

Основы хирургической стоматологии. / Бернадский Ю.И., К. : Вища школа, 1994. – С. 23-39.

Переклад з видання: Терапевтическая стоматология: учебник; В 4 т. – Т. 2. Кариес. Пульпит. Периодонтит. Ротовой сепсис / Н.Ф. Данилевский, А.В. Борисенко, А.М. Политун и др.; под. Ред. Проф. А.В. Борисенко. – К.: Медицина, 2010. – 544 с.

Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии й хирургической стоматологии. Т.1., К. : "Червона-Рута-Турс". 1997- С.70-76.

Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; у 2 т. – Т.2/ В.О.Маланчук, І.П.Логвіненко, Т.О.Маланчук, О.Л. Ціленко – К.: ЛОГОС, 2011. – С. 145-213.

Хирургическая стоматология. / Под ред. проф. П.Г.Робустовой. М., Медицина, 1990.

Шаргородский А.Г. Руководство к практическим занятиям по хирургической стоматологии. М.: Медицина. 1976.- С. 41-48.

Додаткова:

Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство / под ред. А.А.Кулакова, Т.Г.Робустовой, А.И.Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 576 с.

Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области. – Киев: Вища школа, 1999. – 389 с.

Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. – М.: Медицина, 2003. – 504 с.