

ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії
з пластичною та реконструктивною хірургією голови та шиї

**Методичні рекомендації
для викладачів**

**Методические рекомендации
для преподавателей**

(6 модуль)

Полтава – 2014

Авторський колектив:

д. мед. н. Аветіков Давид Соломонович,
к. мед. н., доцент Розколупа Олександр Олексійович,
к. мед. н., доцент Яценко Ігор Владленович,
к. мед. н., доцент Скікевич Маргарита Георгіївна,
к. мед. н., доцент Волошина Людмила Іванівна,
к. мед. н., асистент Ахмеров Вячеслав Джаудатович,
к. мед. н., асистент Бойко Ігор Васильович,
к. мед. н., асистент Бондаренко Валерій Володимирович,
к. мед. н., асистент Гаврильєв Віктор Миколайович,
к. мед. н., асистент Соколова Наталія Афанасіївна,
к. мед. н., асистент Ставицький Станіслав Олександрович,
к. мед. н., асистент Іваницька Олена Сергіївна,
к. мед. н., асистент Локес Катерина Петрівна,
асистент Буханченко Ольга Петрівна.

З М І С Т

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

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

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

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

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

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

20. Підсумковий модульний контроль.

О Г Л А В Л Е Н И Е

1. Принципы организации хирургической стоматологической и челюстно-лицевой помощи населению. Общая и специальная подготовка больного к амбулаторной операции и послеоперационному периоду. Наркоз, премедикация, выбор метода обезболивания при хирургических вмешательствах в условиях стационара и поликлиники.
2. Проводниковое обезболивание верхней и нижней челюстей, прилежащих мягких тканей. Аппликационное и инфильтрационное обезболивание мягких тканей челюстно-лицевой области. Сердечно-легочная реанимация. Физиотерапия осложнений, связанных с обезболиванием.
3. Клиника, диагностика, рентген-диагностика, классификация периодонтитов. Хирургические методы лечения. Типичные и атипичные оперативные вмешательства при удалении зубов. Осложнение во время и после оперативного вмешательства. Оперативные вмешательства при периодонтитах: резекция верхушки корня, гемисекция, ампутация, реплантация, коронарорадикулярная сепарация.
4. Болезни прорезывания зубов – ретенция, дистопия: клиника, диагностика, лечение. Перикоронарит, периостит челюстей: этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение.
5. Остеомиелит челюстей: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, консервативные и хирургические методы лечения.
6. Одонтогенный гайморит: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, консервативные и хирургические методы лечения. Устранение ороантральных сообщений.
7. Специфические заболевания - актиномикоз, туберкулез, сифилис, СПИД: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, консервативные и хирургические методы лечения.
8. Артриты, артрозы, синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Анкилозы ВНЧС. Пластика ВНЧС. Контрактуры и вывихи нижней челюсти. Диагностика, хирургическое и физиотерапевтическое лечение.
9. Острый и хронический неспецифический сиалоаденит (некалькулезный и калькулезный). Диагностика и комплексное лечение сиалоаденитов. Сиалозы.
10. Общая характеристика воспалительных процессов челюстно-лицевой области. Лимфадениты. Аденофлегмоны. Абсцессы лица, нёба, челюстно-язычного желобка, подъязычной области. Физиотерапия в лечении воспалительных процессов ЧЛЮ.
11. Флегмоны: подчелюстной, подбородной областей и крыловидно-челюстного пространства. Флегмона орбиты. Флегмоны: скуловой, околоушно-жевательной областей. Флегмоны: височной области, крыло-нёбной и подвисочной ямок.
12. Окологлоточная флегмона. Флегмона дна полости рта, языка и шеи, ангина Жансуля-Людвига. Осложнения и их профилактика. Принципы лечения воспалительных процессов челюстно-лицевой области.
13. Доброкачественные опухоли и кисты слюнных желёз. Пластическое устранение слюнных свищей. Сосудистые опухоли и родимые пятна. Иммунологическая концепция развития опухолей.

14. Доброкачественные опухоли и опухолевидные новообразования мягких тканей ЩЛД (папиллома, фиброма, липома, гемангиома, атерома, нейрофиброматоз, дермоидная и эпидермальная кисты, киста шеи срединная и боковая, бронхиогенные кисты и свищи) : этиология, патогенез, классификация, гистологическое строение. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение и профилактика осложнений.

15. Доброкачественные одонтогенные опухоли челюстей (амелобластома (адамантинома), одонтома, цементома. Доброкачественные неодонтогенные опухоли челюстей (остеобластома, остеокластома, остеома, остеоид-остеома, хондрома, гемангиома, фиброма, епулис): классификация, гистологическое строение, клиника, дифференциальная диагностика, принципы и методы лечения, профилактика осложнений.

16. Кисты челюстей (одонтогенные и неодонтогенные, эпителиальные и неэпителиальные). Одонтогенные кисты челюстей (радикулярная, фолликулярная, поднадкостничная, парадентарная, ретромолярная, первичная, киста прорезывания). Остеогенные опухолевидные новообразования челюстей (фиброзная остеодисплазия, паратиреоидная остеодистрофия, болезнь Педжета, эозинофильная гранулема): этиология, патогенез, классификация, гистологическое строение, клиника, дифференциальная диагностика, особенности лечения, осложнения, профилактика.

17. Рак, саркома мягких тканей полости рта и лица, костей лицевого черепа. Пластическое устранение дефектов челюстей и мягких тканей челюстно - лицевой области. Рентгенологическая диагностика злокачественных опухолей, дифференциальная диагностика, лечение.

18. Огнестрельные и неогнестрельные повреждения мягких тканей ЧЛЮ. Ожоги и комбинированные повреждения. Пластика мягких тканей. Физиотерапия в комплексном лечении травм.

19. Огнестрельные, неогнестрельные повреждения костей лицевого скелета. Ренгендиагностика повреждений лицевого скелета. Комплексное лечение повреждений челюстей. Регенерация тканей ЩЛД. Сочетанные и комбинированные травматические повреждения челюстно-лицевой области. Травматическая болезнь: особенности клинических проявлений, диагностика, лечение.

20. Итоговый модульный контроль.

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

«Затверджено»
на засіданні кафедри
хірургічної стоматології
та щелепно-лицевої хірургії
з пластичною та реконструктивною
хірургією голови та шиї

Завідувач кафедри

д. мед. н., професор Аветіков Д.С. 

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ ВИКЛАДАЧІВ

Навчальна дисципліна	Хірургічна стоматологія
Модуль №	6
Змістовний модуль №	6
Тема заняття	Принципи організації хірургічної стоматологічної та щелепно-лицевої допомоги населенню. Загальна і спеціальна підготовка хворого до амбулаторної операції та післяопераційного періоду. Наркоз, премедикація, вибір методу знеболення при хірургічних втручаннях в умовах стаціонару, поліклініки.
Курс	V
Факультет	Стоматологічний

1. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

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

2. БАЗОВИЙ РІВЕНЬ ПІДГОТОВКИ.

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

3. ОРГАНІЗАЦІЯ ЗМІСТУ УЧБОВОГО МАТЕРІАЛУ

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

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

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

ПОЛІКЛІНІЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА ДОПОМОГА (схема)

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

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

Штатна чисельність персоналу в стоматологічних поліклініках:

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

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

На 20 лікарських посад стоматологічного профілю передбачається 1 посада лікаря анестезіолога

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

СЕРЕДНІЙ МЕДИЧНИЙ ПЕРСОНАЛ

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

МОЛОДШИЙ МЕДИЧНИЙ ПЕРСОНАЛ

Встановлюється 1 посада санітарки на 1 посаду стоматолога-хірурга.

КАТЕГОРИЙНОСТЬ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПОЛІКЛІНІК

Категорії стоматологічних поліклінік, потужності, що характеризують їх

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

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

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

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

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

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

- передопераційна не менше 10 м² загальною площею;

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

- стерилізаційна не менше 8 м²;

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

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

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

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

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

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

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

У ЛІКАРНЯХ:

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

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

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

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

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

До них відносять:

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

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

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

СТАЦІОНАРНА ХІРУРГІЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА ДОПОМОГА

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

Структура закладів стаціонарної хірургічної стоматологічної допомоги

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

СТАЦІОНАР складається з наступних підрозділів:

Операційний блок:

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

Перев'язувальні.

Лікувальний кабінет.

Кабінет лікаря-ортопеда.

Спеціальні бокси.

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

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

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

Площа допоміжних приміщень повинна дорівнювати площі палат або бути більше.

Медична документація хірургічного стоматологічного відділення, кабінету.

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

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

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

ТЕОРІЯ НАРКОЗУ

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

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

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

окислювально-відновні процеси в клітині.

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

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

Клініка наркозу

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

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

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

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

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

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

На рівні 32 добре проводити операції на черевній порожнині.

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

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

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

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

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

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

Інгаляційний наркоз

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

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

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

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

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

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

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

Засоби для інгаляційного наркозу

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

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

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

Протипоказання: не має.

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

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

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

Протипоказання: хворим із захворюваннями печінки.

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

знеболюючими властивостями.

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

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

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

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

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

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

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

Протипоказання: захворювання серця, печінки, нирок.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

концентраціях. Для наркозу використовується закритий і напівзакритий контур.

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

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

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

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

Неінгаляційний наркоз

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

Засоби для неінгаляційного наркозу

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Протипоказання: захворювання вен, протипоказаний дітям.

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

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

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

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

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

Протипоказання: тривалі хірургічні втручання.

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

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

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

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

Протипоказання: амбулаторно-поліклінічна практика.

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

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

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

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

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

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

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

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

Наркоз в умовах стоматологічної поліклініки

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

Вимоги до загального знеболення в поліклініці:

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

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

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

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

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

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

Ускладнення наркозу

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. ПЛАН І ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА УЧБОВОГО ЗАНЯТТЯ ПО ДИСЦИПЛІНІ.

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

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

4.5. Види самостійної роботи студентів.

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

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

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

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

(Правильна відповідь: В)

3. Тестові завдання з множинним вибором:

3.1. Стадії наркозу :

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

(Правильна відповідь: А, В, С)

3.2. До планових оперативних втручань відносяться:

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

(Правильна відповідь: А, В, С, Д, Е)

3.3. Ускладненнями наркозу є:

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

(Правильна відповідь: А, В, С, Д, Е)

4. Завдання для самоконтролю:

4.1. ЗАВДАННЯ № 1.

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

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

ЗАВДАННЯ № 2.

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

Де треба оперувати хворого?

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

Який характер носить операція?

- а) планова;*
- б) непланова.

ЗАВДАННЯ № 3.

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

Чи укомплектовані штати?

- а) так;*
- б) немає.

До якої категорії належить ця поліклініка?

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

ЗАВДАННЯ №4.

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

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

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

ЗАВДАННЯ № 5.

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

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

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

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

4.8. Перелік теоретичних питань до підсумкового модульного контролю.

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

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

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

6. ЛІТЕРАТУРА.

Основна література.

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

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

Додаткова:

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

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

1. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

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

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

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

4. ОРГАНІЗАЦІЯ ЗМІСТУ УЧБОВОГО МАТЕРІАЛУ

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

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

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

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

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

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

У структурі болю виділяють п'ять основних компонентів:

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

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

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

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

Залежно від причини виникнення існує три види фізіологічного болю

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

На сьогодні існує два найбільш адекватних пояснення механізмів місцевої анестезії :

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

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

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

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

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

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

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

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

Класифікація місцевих анестетиків :

Складні ефіри бензойної кислоти (кокаїн, бенкаїн).

Складні ефіри пара-амінобензойної кислоти (новокаїн).

Складні ефіри амінобензойної кислоти і бензойною кислот (дикаїн).

Амиди гетероциклічної і ароматичної кислот (совкаїн, новокаинамид).

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

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

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

I. Складні ефіри:

1. Новокаїн
2. Анестезин
3. Дикаїн

II. Амиди:

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

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

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

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

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

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

Перед проведенням місцевої анестезії необхідно зібрати наступні анамнестичні дані:

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

Вазоконстриктори.

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

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

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

З судинозвужувальних препаратів в місцевоанестезуючих розчинах, застосовуються:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Цільовий пункт: крилоподібно-піднебінна ямка.

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

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

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

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

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

Для проведення анестезії біля круглого отвору використовують 6 шляхів:

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------|
| а) піднебінний (палатинальний); | б) горбковий (туберальний); |
| в) очноямковий (орбітальний); | г) підвилично-криловидний; |
| д) надвиличний; | е) підвиличною. |

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

Піднебінний (палатинальний) шлях крилопіднебінної анестезії по Карреа.

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

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

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

Туберальний шлях (по Матасу-Брауну) крилопіднебінної анестезії.

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

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

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

Шкіру в місці вкола голки обробляють розчином антисептика.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ускладнення: можливість внесення інфекції, поломка голки.

Надскулової шлях анестезії крилопіднебінної анестезії по Вайсблату С. Н.

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

Ускладнення: можливість внесення інфекції, поломка голки.

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

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

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

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

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

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

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

ПЕРИФЕРИЧНА ПРОВІДНИКОВА АНЕСТЕЗІЯ НА ВЕРХНІЙ ЩЕЛЕСІ

Знеболення біля горба верхньої щелепи (туберальна анестезія)

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

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

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

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

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

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

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

моляра зрізом до кістки.

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

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

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

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

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

Знеболення біля підчочномкового отвору (інфраорбитальна анестезія).

Цільовий пункт: підчочномковий отвір - foramen infraorbitale.

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

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

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

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

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

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

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

Знеболюючу речовину вводять в підчочномковий канал внутрішньоротовим або внеротовим шляхами.

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

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

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

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

Анестезія настає впродовж 2-5 хвилин.

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

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

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

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

Знеболення переднього піднебінного нерва біля великого піднебінного отвору.

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

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

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

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

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

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

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

Знеболення носопіднебінного нерва (різцева анестезія).

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

Внутрішньоротовий метод.

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

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

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

Ускладнення: можливість внесення інфекції, поранення посудин і нервів.

Внутрішньоносовий метод.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Підвиличною шлях.

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

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

Після епіляції шкіру в місці уколу обробляють розчином антисептика.

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

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

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

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

Надскулової шлях.

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

Ускладнення: можливість внесення інфекції, поломка голки.

Орбітальний шлях.

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

Нижньощелеповий шлях.

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

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

4. ПЛАН І ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА УЧБОВОГО ЗАНЯТТЯ ПО ДИСЦИПЛІНІ.

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

4.5. Види самостійної роботи студентів.

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

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

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

Назвіть показання до їх застосування.

7. Які місцеві анестетики належать до групи складних ефірів?

8. Які місцеві анестетики належать до групи амидов?

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

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

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

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

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

14. Опишіть техніку виконання крилопіднебінної анестезії залежно від шляху.

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

16. Яке лікування і профілактика ускладнень крилопіднебінної анестезії?

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

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

A. Верхньощелепна артерія.

B. Вилична артерія.

C. Підчочномкова артерія.

D. Крилоподібне венозне сплетення.

E. Піднебінна артерія.

(Правильна відповідь: D)

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

A. Лицьової артерії.

B. Верхньощелепної артерії.

C. Скреневої артерії.

D. Крилоподібного венозного сплетення.

E. Піднебінної артерії.

(Правильна відповідь: D)

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

A. Мандибулярну

B. Туберальну

C. По Берше-Дубову

D. Тору сальну

E. Інфільтраційну

(Правильна відповідь: C)

3. Тестові завдання з множинним вибором:

3.1. Стадії наркозу :

A. анагезії;

B. збудження;

C. хірургічного сну;

D. керована гіпотонія;

E. усі відповіді правильні.

(Правильна відповідь: A, B, C)

3.2. До планових оперативних втручань відносяться:

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

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

C. узяття тканини для біопсії;

D. операції з приводу кіст щелеп;

E. операції із приводу слюнокаменної хвороби.

(Правильна відповідь: А, В, З, D, E)

3.3. Ускладненнями наркозу є:

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

(Правильна відповідь: А, В, З, D, E)

4. Завдання для самоконтролю:

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

1. Назвіть жувальні м'язи.

2. Як здійснюється іннервація жувальних м'язів?

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

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

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

Питання.

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

2. Якій концентрації розчини новокаїну, лідокаїну Ви застосуєте?

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

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

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

Питання:

1. Як здійснюється іннервація 36 зуба?

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

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

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

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

4.8. Перелік теоретичних питань до підсумкового модульного контролю.

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

2. Які існують свідчення, протипоказання до місцевого знеболення.

3. Назвіть засоби для місцевого знеболення, їх властивості.

4. Який механізм дії місцевих анестетиків?

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

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

Назвіть показання до їх застосування.

7. Які місцеві анестетики належать до групи складних ефірів?

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

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

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

6. ЛІТЕРАТУРА.

Основна:

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

Додаткова.

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

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

1. Конкретні цілі:

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

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

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

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

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

2. БАЗОВИЙ РІВЕНЬ ПІДГОТОВКИ.

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

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

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

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

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

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

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

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

Функції періодонта :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Гострий серозний періодонтит.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Показання до видалення постійних зубів

Показання до операції видалення зуба розділяються на абсолютні і відносні.

Абсолютні показання у свою чергу діляться на:

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

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

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

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

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

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

Відносні показання:

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

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

3) неможливість консервативного лікування, яка зумовлена :

– значним руйнуванням коронки зуба;

– обтурацією кореневого каналу зламаним ендодонтичним інструментом при неможливості його видалення;

– особливостями анатомічного характеру (непрохідність, або викривлення кореневих каналів);

– погіршеннями лікування, які викликали перфорацію кореня або порожнини зуба, якщо ці перешкоди неможливо усунути;

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

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

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

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

8) поодинокі зуби, що заважають стабілізації знімного протезу;

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

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

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

Противопоказання до операції видалення зуба

Абсолютних протипоказань до операції видалення зуба не існує.

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

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

Загальні протипоказання:

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

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

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

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

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

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

7) гостра променева хвороба I - III стадій;

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

Місцеві протипоказання:

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

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

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

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

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

Підготовчі заходи до операції видалення зуба

Обстеження.

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

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

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

Одночасно з оглядом коронки встановлюють міцність кріплення зуба в альвеолі.

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

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

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

Підготовка хворого.

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

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

Підготовка рук лікаря.

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

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

Підготовка операційного поля.

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

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

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

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

Методика видалення зуба.

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

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

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

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

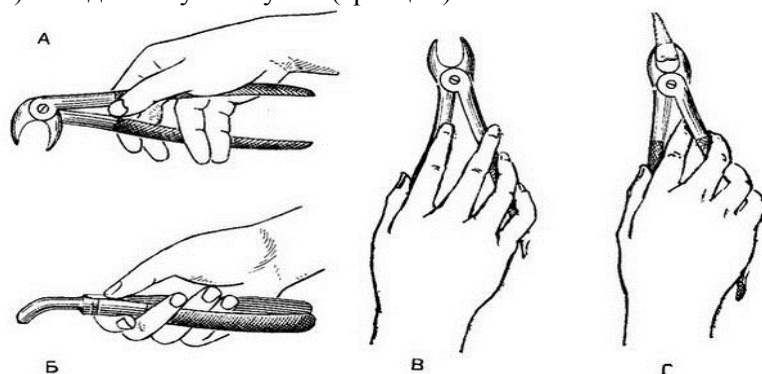
Способи тримання щипців для видалення зубів.

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

Етапи операції видалення зуба.

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

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



Перший спосіб тримання щипців.

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

Другий спосіб тримання щипців.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Догляд за раною після видалення зуба.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Загоєння рани після видалення зуба.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ускладнення в час і після операції видалення зуба

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Місцеві ускладнення

До ускладнень місцевого характеру відносять:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Способи зупинки кровотечі після видалення зуба.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

При кровотечах після операції видалення зуба також призначають всередину вітамін Д₀, який підвищує здатність крові до згортання і є хорошим кровоспинним засобом при геморагічному діатезі. Препарат дають 3 рази в день під час їжі по 0,02-0,1 г на прийом, краще у вигляді 10 % спиртового розчину (від 5 до 20 крапель на прийом).

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

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

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

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

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

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

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

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

Альвеолит (луночкові болі).

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

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

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

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

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

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

До причин виникнення альвеолита слід віднести наступні:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Гострий серозний альвеоліт

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

Гострий гнійний альвеоліт

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

Гострий гнійно-некротичний альвеоліт

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

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

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

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

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

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

Лікування альвеолітів

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Гострі кісткові краї лунки

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

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

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

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

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

ПОКАЗАННЯ:

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

ПРОТИПОКАЗАННЯ:

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

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

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

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

ПОКАЗАННЯ:

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

ПРОТИПОКАЗАННЯ:

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

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

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

ПОКАЗАННЯ:

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

ПРОТИПОКАЗАННЯ:

- рухливість зуба;
- недопломбовані кореневі канали.

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

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

РЕПЛАНТАЦІЯ ЗУБА – пересадка видаленого зуба в його ж альвеолу.

ПОКАЗАННЯ:

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

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

ПРОТИПОКАЗАННЯ:

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

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

4. План і організаційна структура учбового заняття по дисципліні.

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

4.5. Види самостійної роботи студентів.

1. Вивчити такі питання:

1.1. Етіологія запальних процесів щелепно-лицьової області.

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

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

2.1. По класифікації Лукомського гострий періодонтит розділяють на:

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

(Правильна відповідь: A)

2.2. При гострому серозному періодонтиті зміни на рентгенограмі:

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

(Правильна відповідь: A)

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

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

(Правильна відповідь: B)

3. Тестові завдання з множинним вибором:

3.1. Назвіть етапи операції видалення зуба :

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

(Правильна відповідь: A, B, C, D, E).

3.2. Вкажіть місцеві ускладнення операції видалення зуба :

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

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

3.3. Назвіть методи хірургічного лікування хронічних періодонтитів :

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

(Правильна відповідь: А, В, С).

4. Завдання для самоконтролю:

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

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

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

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

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

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

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

4.7. Розподіл балів, які привласнюються студентам.

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

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

4.8. Перелік теоретичних питань до підсумкового модульного контролю.

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

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

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

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

5. Оцінювання дисципліни.

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

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

6. Рекомендована література.

Основна література.

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

Додаткова:

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

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

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

1. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

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

2. БАЗОВИЙ РІВЕНЬ ПІДГОТОВКИ

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

3. ОРГАНІЗАЦІЯ ЗМІСТУ УЧБОВОГО МАТЕРІАЛУ.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

До чинників місцевого характеру відносять:

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

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

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

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

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

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

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

Діагностика: об'єктивними ознаками ретенції зуба служать:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Виникненню гострого перикоронариту передують:

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

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

2. Клінічний прояв перикоронарита залежить від:

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

3. Причиною виникнення гострого перикоронарита у хворих є:

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

4. Клінічний прояв гострого перикоронарита при прорізуванні зубів

«мудрості»

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

Структурно-логічна схема змісту :

Класифікація

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

Діагностика

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

Диференціальна діагностика

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

Лікування

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

Фізіотерапія

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

1. Виникненню гострого одонтогенного періоститу передують такі захворювання:

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

2. Клінічний прояв одонтогенного періоститу залежить від:

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

г) локалізації запального процесу.

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

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

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

4. Клінічний прояв гострого одонтогенного періоститу щелеп це:

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

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

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

Структурно-логічна схема змісту

Класифікація

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

Діагностика

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

Диференціальна діагностика

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

Лікування

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

Фізіотерапія

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

4. ПЛАН І ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА УЧБОВОГО ЗАНЯТТЯ ПО ДИСЦИПЛІНІ

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

4.5. Види самостійної роботи студентів

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

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

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

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

(Правильна відповідь: А)

1. Тестові завдання з множинним вибором відповіді :

3.1. Що є клінічними симптомами гострого гнійного перикоронарита?

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

(Правильні відповіді: В, С, D, Е)

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

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

(Правильні відповіді: А, С, D, Е)

3.1. Що є необхідним при хірургічному лікуванні гострого гнійного періоститу щелепи?

- А. Госпіталізація хворого в ЧЛХ відділення
- В. Периостотомія
- С. Дренування розрізу
- Д. Видалення «причинного» зуба за свідченнями
- Е. Медикаментозна терапія

(Правильні відповіді: В, С, D, Е)

4. Завдання для самоконтролю:

4.1 Пацієнт 20 років звернувся із скаргами на відсутність зуба на верхній щелепі у фронтальній ділянці. Зуб не видаляли. Об'єктивно: особа симетрична, слизова оболонка порожнини рота без видимих патологічних змін. 13 - відсутній. Пальпаторно на твердому небі визначається щільне безболісне утворення. Яке додаткове обстеження необхідно провести хворому для уточнення діагнозу? Поставте попередній діагноз. Яка лікувальна тактика пацієнта?

Відповідь: Для уточнення діагнозу необхідно провести рентгенологічне одотримання хворого. Попередній діагноз - ретенція зуба. Необхідно направити хворого на консультацію до ортодонту.

4.2 До лікаря хірургів-стоматологів звернувся хворий 22 років із скаргами на біль і припухлість ясен в області останнього зуба на нижній щелепі справа, хворобливе ковтання (справа), t - 37.8°C. Хворий відповідає, що загострення болів в області цього зуба було 2 рази, але до лікаря не звертався. Об'єктивно: Особа симетрична в правій піднижньо-щелепної ділянки відзначається збільшений, хворобливий лімфатичний вузол. Ріст відкриває обмежено до 2 см

У порожнині рота 38 зуб прорізався частково, знаходиться в зубній дузі, дистальні його горби покриті «капюшоном», слизова оболонка його набрякла, гіперемована, при пальпації різко хвороблива, з під капюшона виділяється гній. Встановіть діагноз і призначте лікування.

Відповідь: Гострий гнійний перикоронарит в області 38. Хворому необхідно зробити розгин капюшона і призначити антибактеріальне і протизапальне лікування.

4.6. Перелік індивідуальних завдань.

1. Уміти провести диференціальну діагностику між різними видами ускладненого прорізування зубів, перикоронаритами, періоститами.
2. Опанувати методики видалення ретенірованих і дистопірованих зубів, периостотомии, розгини і видалення «капюшона».
3. Знати схеми медикаментозного лікування гострих серозних, гнійних перикоронаритів і періоститів щелеп.

4.8. Перелік теоретичних питань до підсумкового модульного контролю (з типової учбової програми).

1. Терміни прорізування зубів.
2. Етіологічні причини порушення прорізування зубів
3. Дайте визначення діагнозам - дистопія, ретенція
4. Дайте визначення діагнозу - перикоронарит
5. Класифікація перикоронаритов
6. Які клінічні ознаки характерні для перикоронаритов
7. Методи лікування різних форм перикоронаритов
8. Дайте визначення діагнозу - періостит щелепи.
9. Класифікація періоститів щелеп
10. Охарактеризуйте поняття - одонтогенний періостит.
11. Які клінічні ознаки характерні для періоститів щелеп
12. Методи лікування періоститів щелеп

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

1. Обстежувати хворого з ретенцією і дистопією зубів.
2. Описати історію хвороби або амбулаторну картку хворого з гострим гнійним перикоронаритом і періоститом нижньої щелепи.
3. Призначити план обстеження хворого з гострим гнійним перикоронаритом і періоститом нижньої щелепи.
4. Скласти план лікування хворого з гострим гнійним перикоронаритом і періоститом нижньої щелепи.

6. ЛІТЕРАТУРА.

1. Безруков В.М. Руководство по хирургической стоматологии челюстно-лицевой хирургии / В.М.Безруков, Т.Г. Робустова. - М., Медицина, 2000. – С.87-98.
2. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Ю.И. Бернадский. – Беллидкнига, Витебск, 1998. – С.89-94.
3. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология / Т.Г. Робустова. - М., 2003. - С.68-88.
4. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А. Тимофеев. - Киев, 2002. - С. 98-112.
5. Тимофеев А. А. Гнойная хирургия челюстно-лицевой области / А. А. Тимофеев. - Киев: «Червона Рута- Турс», 1995.- С. 49-55,60-65.

№ 5. Остеомієліт щелеп: етіопатогенез, класифікація, клініка, діагностика, диф. діагностика, консервативні та хірургічні методи лікування.

1. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 1.1. Аналізувати розповсюдженість остеомієліту щелеп.
- 1.2. Пояснювати причини виникнення остеомієліту щелеп.
- 1.3. Запропонувати нові підходи в діагностиці гострого та хронічного остеомієліту щелеп.
- 1.4. Класифікувати остеомієліт щелеп.
- 1.5. Трахувати дані рентгенологічних та патоморфологічних досліджень при остеомієліті щелеп.
- 1.6. Малювати схеми обстеження пацієнтів з різними формами остеомієліту щелеп.
- 1.7. Проаналізувати ускладнення, наслідки та прогноз при різних формах остеомієліту щелеп.
- 1.8. Скласти план обстеження та лікування хворих з остеомієлітом щелеп.

2. БАЗОВИЙ РІВЕНЬ ПІДГОТОВКИ

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Анатомія людини.	Знати анатомію щелепно-лицевої ділянки, кровопостачання та іннервацію м'язів голови та шиї. Визначити анатомічну область щелепно-лицевої ділянки.
2. Патоморфологія з секційним курсом.	Знати гістологічну будову та морфологічну структуру патологічно-змінених тканин. Розпізнавати патологічно змінені тканини. Вміти взяти матеріал для патоморфологічного дослідження.
3. Патофізіологія.	Знати етіологію та патогенез захворювань, обмін речовин в

	патологічно змінених тканинах. Вміти логічно представити етіопатогенетичний ланцюг розвитку остеомієлітичного процесу в щелепах.
4. Загальна хірургія.	Знати методи обробки рук хірурга. Вміти накладати шви на тканини.

3. ОРГАНІЗАЦІЯ ЗМІСТУ НАВЧАЛЬНОГО МАТЕРІАЛУ (описується навчальний матеріал, наводяться структурно-логічні схеми, таблиці, малюнки, що відображають зміст основних питань теми заняття).

Остеомієліт щелеп – інфекційний гнійно-некротичний процес, що розвивається в кістці і навколишніх тканинах під впливом агресивних чинників фізичної, хімічної або біологічної природи на фоні попередньої сенсibilізації і нейрогуморальних зсувів, що передують розвитку захворювання. І.І. Єрмолаєв (1977) підкреслює, що остеомієлітом можна вважати не всяке гнійне запалення кістки, а тільки такий процес, при якому виражений некротичний компонент.

Остеомієліти щелеп можуть бути одонтогенними (стоматогенними), травматичними, гематогенними і специфічними. Найбільш часто зустрічаються одонтогенні остеомієліти. Розрізняють три фази перебігу: гостру, підгостру і хронічну. У залежності від протяжності процесу, остеомієліт може бути обмеженим, осередковим і розлитим (дифузійним). При обмеженому остеомієліті патологічний процес локалізований у межах пародонта двох-трьох зубів. При осередковому остеомієліті поряд із ураженням альвеолярного відростку в зазначених межах інфекційно-запальний процес поширюється на частину щелепи – тіло або гілку. Дифузійний остеомієліт характеризується ознаками тотальної поразки половини або всієї щелепи.

У останні роки в клініці спостерігають остеомієліти, що атипично протікають, для яких характерні млявий клінічний перебіг без лихоманки й утворення норниць, незначна деструкція кісткової тканини. Такі форми остеомієліту протікають по типу первинно-хронічного захворювання.

Найбільш докладну класифікацію одонтогенних остеомієлітів, засновану на клініко-рентгенологічних даних, запропонував у 1969 р. М. М. Соловйов. В цей класифікації подані нозологічні форми та фази захворювання, розповсюдженість процесу, форми деструкції кістки. Серед клініко-рентгенологічних форм захворювання автор виділяє гнійний одонтогенний остеомієліт, деструктивний одонтогенний остеомієліт та інші. Одонтогенний гнійний остеомієліт М. М. Соловйов ототожнює з так названим абортивним остеомієлітом, у підгострій фазі якого клінічні прояви інфекційно-запального процесу поступово стихають і цілком зникають.

Поряд із запально-некротичними і дистрофічними змінами в кістковій тканині при остеомієліті відбуваються і репаративні процеси, що виявляється заміщенням ділянок некрозу молодою кістковою тканиною.

Статистика. Дані про частоту одонтогенного остеомієліту, звичайно наведені в підручниках і періодичній пресі, у значній мірі застаріли і не відповідають сучасному розумінню цього захворювання. Дані літератури показують, що одонтогенні остеомієліти щелеп спостерігаються в усіх вікових групах, проте найбільше часто вони зустрічаються у віці 20-40 років. Більшість авторів відзначають, що чоловіки занедажують остеомієлітами частіше, ніж жінки, пояснюючи це тим, що жінки більше піклуються про зберігання зубів. Нижня щелепа уражається остеомієлітом приблизно в 3 рази частіше, чим верхня.

Патологічна анатомія. При одонтогенному остеомієліті щелеп процес охоплює всі компоненти кістки: кістковий мозок, основна речовина кістки, окістя. Крім того, інфекційно-запальний процес поширюється і на навколощелепні м'які тканини, у яких формуються абсцеси і флегмони. Навколощелепні флегмони, що супроводжують остеомієліт, називають остеофлегмонами.

Від одонтогенного періоститу патоморфологічно остеомієліт відрізняється великим обсягом і глибиною ураження кісткової тканини, тобто більшою виразністю явищ некробіозу. Гостра фаза одонтогенного остеомієліту характеризується розлитим гнійним запаленням всіх елементів кістки без чітко вираженої демаркації процесу. Виявляється набряком, повнокров'ям і лейкоцитарною інфільтрацією кісткового мозку, умісту живильних каналів кістки і каналів остеонів, окістя з м'якими тканинами, що прилягають до неї. Судини розширені, повнокровні. Стінки їх набряклі, гомогенізовані, із ділянками некрозу внутрішніх прошарків. Спостерігаються тромбоз і крововилив у навколишні судини тканини. У кістковому мозку зустрічаються зони крововиливу, множинні ділянки гнійної інфільтрації з некрозом у центрі, що можуть носити розлитий характер. Окістя набрякле, разволоконене і відшароване від кістки за рахунок скупчення гнійного ексудату.

За даними В.В. Панікаровського та А.С. Григор'яна при остеомієліті досить рано виявляється реакція з боку кісткових структур, переважно у вигляді резорбції основної речовини кістки, як у кістково-мозкових порожнинах, кісткових каналах, так і на зовнішній поверхні компактного прошарку щелепи відповідно зоні поширення інфекційно-запального процесу в періості. Наслідком цього є витончення кісткових балок, розширення просвітку живильних каналів і каналів остеонів, утворення лакун у компактному прошарку щелепи. В міру стихання гострих запальних явищ у підгострій фазі захворювання спостерігається обмеження зони поширення інфекційно-запального процесу в щелепі і м'яких тканинах, що прилягають до неї, із формуванням по межі осередку ураження валу з грануляційної тканини.

У хронічній фазі одонтогенного остеомієліту добре виявляються ділянки остеонекрозу, навколо яких відбувається розсмоктування, що прилягає до здорової кістки по типу так названої гладкої і пазухової резорбції. Ділянки навколо некротизованого кісткового мозку заміщуються багато васкуляризованою грануляційною тканиною. Посилюється проліферативна реакція як у періості, у виді періостальних нашарувань остеїдної тканини, так і в ендості, де спостерігається формування балок із молоді кісткової тканини.

У терміни від 1 до 2 місяців звичайно завершується формування секвестрів (повне відділення ділянок остеонекрозу від непошкодженої кістки). Розмір і форма секвестрів різноманітні. У одних випадках це одиничні або множинні дрібні секвестри (міліарні), в інших - великі ділянки щелепи на всю її товщину. Дефект щелепи, що виникає у результаті формування секвестру, заповнюється знову утвореної кісткової і грануляційної тканиною. Такий дефект або секвестральна порожнина має норицевий хід, вистелений грануляційною тканиною, що відчиняється в ділянці шкірних покривів або на слизовій оболонці порожнини рота.

Дрібні секвестри можуть цілком розсмоктуватися. При великих секвестрах подібний вихід теоретично можливий, але для цього потрібне багато місяців і навіть роки.

Після хірургічного видалення або самовільного відходження секвестру, секвестральна порожнина спочатку заповнюється сполучної тканиною, а потім знову утвореною кістковою тканиною. Норицевий хід рубцюється.

Визначна роль у виникненні і розвитку хронічних остеомієлітів щелеп належить автоімунним процесам. У ряді випадків запалення на такій імунній основі може одержувати риси патологічної реакції. При цьому аутоантитіла виявляють агресивні властивості у відношенні не тільки денатурованої, але і непошкодженої кісткової тканини, впливаючи тим самим на тривалий перебіг захворювання, ураження усе нових і нових кісткових структур.

Клінічна картина одонтогенних остеомієлітів визначається низкою причин: вірулентністю мікробів, що викликали захворювання, станом імунологічної реактивності і неспецифічних чинників захисту, віком хворого, видом ураженої щелепи. У кожній фазі одонтогенного остеомієліту поширеність патологічного процесу характеризується відповідними проявами клінічної картини.

У гострій фазі захворювання хворі спочатку звичайно скаржаться на біль в ділянці одного зуба, що явився джерелом інфекції. Проте незабаром до цього приєднуються ознаки запалення періодонту й інших, поруч розташованих зубів. Біль посилюється, набуває характеру рвучої, ірадіює по розгалуженнях трійчастого нерва в орбіту, скроневу ділянку, вухо.

Однієї з характерних скарг при остеомієліті нижньої щелепи є порушення поверхневої чутливості червоної облямівці нижньої губи, слизової оболонки присінку рота, підборіддя відповідної сторони (оніміння, почуття повзання комах) - симптом Венсана. У випадках розвитку гнійно-запального процесу в м'яких тканинах біль як би переміщається за межі щелепи, з'являються скарги, характерні для навколощелепної флегмони (набряклість, зведення щелеп, біль при ковтанні, жуванні). Майже завжди спостерігається головний біль, загальна слабкість, підвищення температури тіла, порушення апетиту і сону.

При опитуванні хворого вдається з'ясувати, що одонтогенному остеомієліту передував гострий апікальний, маргінальний періодонтит або загострення хронічного періодонтиту. Нерідко захворювання виникає після консервативного лікування ускладненого карієсу зубів, видалення зубів із приводу загострення хронічного періодонтиту, нераціонального зубного протезування, котре призвело до травми кругової низки зуба і періодонту. У ряді випадків хворі зв'язують виникнення одонтогенного остеомієліту з переохолодженням, гострими інфекційними захворюваннями (ОРЗ). Хворі бліді. Пульс прискорений, у деяких випадках аритмічний. У ділянці ураженої щелепи виявляються інфільтрація і набряклість м'яких тканин. Визначається смердючий запах із рота. «Причинний» зуб спочатку нерухомий, але незабаром він розхитується. Стануть рухливими і поруч розташовані зуби: перкусія їх хвороблива. Ясна і слизова оболонка перехідної складки в ділянці

зубів, втягнутих у гнійно-запальний процес, набряклі, гіперемовані. Пальпація їх різко хвороблива. Під окістям альвеолярного відростку і тіла щелепи накопичується гній. Слідом за порушенням зубів гній з'являється також у зубоясеневих кишнях. У ряді випадків утворюються підясеневі абсцеси. При проникненні гною в клітинні простори виникають абсцеси і флегмони навколощелепних тканин. У таких випадках виявляються інфільтрація тканин щільної консистенції з гіперемією шкірних покривів. Поруч з інфільтратом з'являється різко виражений колатеральний набряк м'яких тканин. Відбитком запальної реакції при остеомієліті може бути також регіонарний лімфаденіт. Інфільтрація м'яких тканин нерідко поширюється на жувальні м'язи, що веде до зведення щелеп.

Найбільше постійними і ранніми симптомами при остеомієліті нижньої щелепи є стовщення її країв, порушення поверхневої чутливості червоної кайми нижньої губи і шкіри підборіддя, зміна електрозбудженості зубів. Морфологічним субстратом останнього симптому служить поразка нижнього альвеолярного нерву, що знаходиться в товщі нижньої щелепи.

Для остеомієліту щелеп, як і для будь-якого гострого запального процесу, характерні симптоми гнійно-резорбтивної лихоманки. Відповідна реакція організму залежить від вірулентності інфекції, реактивності хворого, протяжності патологічного процесу. Інтоксикація продуктами розпаду тканин і життєдіяльності мікробів найбільше виражена при розлитих, дифузійних остеомієлітах, гіперергічному типі запальної реакції. Ознаки інтоксикації значною мірою відбиті в скаргах хворих.

Загальна реакція організму виявляється лихоманкою, частішанням пульсу і подиху, ознобом, особливо по вечорах, змінами у крові та сечі. Іноді дифузійний остеомієліт протікає при субфебрильній температурі тіла.

Гостра фаза остеомієліту щелеп супроводжується нейтрофільним лейкоцитозом (12-15-109/л) із появою молодих форм нейтрофільних лейкоцитів (палочкоядерні, юні, мієлоцити), еозино- і лимфопенією.

Червона кров у гострій фазі одонтогенного остеомієліту в більшості хворих не змінюється. Лише при розлитому ураженні кістки й навколощелепних тканин, а також у ослаблених хворих зменшується число еритроцитів і знижується утримання гемоглобіну. ШОЕ підвищена до 40-60 мм/г. Співвідношення альбумінів і глобулінів змінюється у бік переваження останніх. У гострій фазі остеомієліту щелеп, у результаті інтоксикації в сечі виявляються сліди вивірки, циліндри, еритроцити.

Гостра фаза остеомієліту верхньої щелепи характеризується більш легким перебігом, укороченням тривалості захворювання, відсутністю великої деструкції кісткової тканини. Остеомієліт верхньої щелепи рідко ускладнюється важкими флегмонами. Така своєрідність клінічного перебігу остеомієліту верхньої щелепи пояснюється її анатомо-топографічними особливостями - гарною васкуляризацією, наявністю великої кількості отворів у кортикальній речовині, що сприяє швидкій евакуації гнійного ексудату під окістя або під слизову оболонку. До верхньої щелепи не прилягають масивні м'язові прошарки, значні клітковинні простори, тому розлиті флегмони, гнійні затоки при остеомієліті цієї кістки виникають рідко.

Водночас при локалізації ураження кісткової тканини в ділянці бугра верхньої щелепи гній може поширитися в крилоподібно-піднебінну ямку, а потім через нижньоочничну щілину на клітковину орбіти. У таких випадках спочатку виникає набряклість вік і підочної ділянки, потім їхня інфільтрація. Гній може проникнути в підскроневу ямку і криловидно-щелепний простір, обумовивши важкий клінічний перебіг захворювання. При одонтогенному остеомієліті верхньої щелепи в ряді випадків у запальний процес утягується верхньощелепна пазуха.

Диференціальна діагностика. Гостру фазу одонтогенного остеомієліту необхідно диференціювати від таких захворювань:

- 1) гострого (або загостреного хронічного) періодонтиту;
- 2) гострого гнійного періоститу;
- 3) ізольованого запального процесу м'яких тканин обличчя (абсцеси, флегмони);
- 4) кіст щелепно-лицевої ділянки, що нагноїлись, (одонтогенні, дермоїдні, епідермоїдні).

Відсутність ознак ураження періосту щелепи і м'яких тканин, що відрізняє гострий гнійний періодонтит від остеомієліту. Осередок запалення при періодонтиті обмежений головним чином лункою одного зуба. Ясна і слизова оболонка перехідної складки можуть бути набряклі, хворобливі при пальпації. Перкусія і тиск на уражений зуб викликає біль; зуб стає рухливим. Стан хворого істотно не погіршується. При своєчасному лікуванні настає видужання. У ряді випадків процес приймає хронічний перебіг.

Гострий гнійний періостит супроводжується порушенням загального стану хворого, субфебрильною температурою, помірними змінами з боку крові. Осередок запалення при періоститі локалізований на

поверхні альвеолярного відростку. У процес втягнуті окістя і м'які тканини, що, як правило, призводить до колатерального набряку і формуванню підокістних гнійників. При своєчасному оперативному втручанні (видалення зуба, скресання гнійника) і раціональної медикаментозної і фізичної терапії процес купується протягом 3-5 днів.

У хворих гострим одонтогенним остеомієлітом більш чітко, чим у хворих періоститом, виражена загальна реакція організму, включаючи і зміни з боку крові. Щелепа стовщена, мають місце рухливість декількох зубів, неврологічні розлади м'яких тканин і порушення електрозбудженості зубів.

Абсцеси і флегмони лиця і шиї неодонтогенного походження, а також виниклі в результаті нагноєння регіонарних лімфатичних вузлів відрізняються від остеофлегмон характерним початком. Так, аденофлегмонам передують запальний процес у лімфатичних вузлах. Неодонтогенні флегмони розвиваються при наявності сторонніх тіл, у випадку ускладнення слинно-кам'яної хвороби, «злюкисного» перебігу фурункулів і карбункулів. Для так названих ізольованих флегмон не характерна виражена запальна реакція періосту.

Кісти щелепно-лицевої ділянки в міру росту викликають деформацію м'яких тканин або щелеп. Нагноєння з характерними ознаками гострого гнійного процесу виникає вдруге.

Підгостра фаза остеомієліту, на думку С.М. Деріжанова (1940), «...нагадує місце після перенесеного урагану, де мобілізуються всі сили і засоби, щоб відновити загибле». Підгостра, або перехідна, фаза остеомієліту щелеп непостійна, короткочасна, але частіше вона триває 1-1,5-2 тижня. Її тривалість визначається декількома чинниками, серед яких варто виділити характер реактивності хворого, вік, своєчасність і обсяг терапії хворого в попередній гострій фазі. Підгостра фаза остеомієліту щелеп характеризується стабілізацією запального процесу. Операційні рани очищаються від некротичних тканин, гранулюють, зменшуються гноєтеча і набряклість. Зуби, розташовані в зоні запального осередку, стають ще більш рухливими. Характерною ознакою підгострої фази остеомієліту є поліпшення загального стану: зникає слабкість, нормалізуються сон і апетит, знижується температура тіла, значно зменшуються лейкоцитоз і ШОЕ.

Хронічна фаза остеомієліту щелепи - сама тривала. В міру переходу остеомієліту щелепи в цю фазу стихає біль в ділянці щелепи, зменшується інфільтрація м'яких тканин. У місцях розтинів або інших ділянок шкіри, слизової оболонки порожнини рота з'являються нориці, із яких виділяється гній. Відторгнення секвестрів супроводжується появою грануляцій із норицевих ходів. У ділянці остеомієлітичного осередку щелепа стовщена, зуби звичайно рухливі. Зондування нориці дозволяє виявити нерівні контури кістки, що секвеструється.

Утворення секвестрів при остеомієліті нижньої щелепи визначається як особливостями зміни її інтраосального кровообігу, так і локалізацією абсцесу або флегмони в навколо щелепних м'яких тканинах, що є причиною порушення екстраосального кровообігу.

Виявляється визначена залежність характеру виникаючої секвестрації від локалізації вхідних воріт інфекції. При ураженні передньої групи зубів і премолярів, секвестрація обмежується альвеолярним відростком або середнім відділом тіла щелепи. У тих випадках, коли джерелом інфекції служать моляри, поряд із поразкою альвеолярного відростка і тіла щелепи в запальні процеси утягуються риг і гілка нижньої щелепи.

При остеомієліті гілки нижньої щелепи нориці локалізуються в піднижньощелепній, защелепній і привушній ділянках, іноді на шиї з переднього краю грудино-ключично-соскоподібного м'яза. Досить часто при локалізації остеомієлітичного процесу в ділянці тіла нижньої щелепи секвеструються лише ділянки кістки, що прилягають до «причинного» зуба. Край щелепи залишається не ураженим. Через порушення екстраосального кровообігу при невчасному скресанні навколо щелепних абсцесів і флегмон утворюються кортикальні секвестри і лакунарні порожнини. Такі остеомієлітичні осередки А.И. Варшавський (1970) називає повторними.

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

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

В.І. Лукьяненко (1968) описав так названу повзучу форму хронічного остеомієліту, що, незважаючи на радикальні оперативні втручання, супроводжується появою нових осередків. Захворювання може тягтися місяцями і навіть роками.

Досить тривало перебіг так названих гніздових дрібно-осередкових поразок кісткової тканини. Осередки деструкції розташовуються не суцільним масивом, а чергуючись із здоровими ділянками кісткової тканини, нагадуючи рентгенологічно багатокамерну кістку.

Важливе місце в діагностиці хронічного остеомієліту щелеп належить рентгенологічному дослідженню. Оскільки остеомієлітичний процес супроводжується спочатку переважною поразкою губчастої кістки, рентгенологічні через суперпозицію щільного кортикального прошарку деструкція не завжди виявляється. Лише при швидкому прогресуванні захворювання, руйнується і кортикальний прошарок кістки, що виявляється рентгенологічно. До 10-14 доби захворювання (підгостра фаза) виявляються осередкове або дифузійне просвітління, остеопороз. Потім виявляється один або декілька осередків деструкції неправильної форми. Осередки руйнації, оточені щільними склерозованими стінками, чергуються з осередками остеосклерозу. Кістка приймає строкатий грубоволокняний малюнок. Проте найбільше діагностичне значення при остеомієліті має секвестрація, характерна для хронічної фази захворювання. Рентгенологічним симптомом секвестру служить підвищена інтенсивність його тіні. Тінь секвестру різко виділяється на фоні більш прозорих навколишніх кісткових елементів. Іноді рентгенологічно визначається зона демаркації. При остеомієліті нижньої щелепи секвестрація виявляється лише наприкінці 3-4 тижня. Анатомо-топографічні особливості верхньої щелепи благополучно сприяють секвестрації цієї кістки в більш ранні терміни. Секвестри можуть бути різноманітної форми - округлі, овальні, багатокутні з нерівними краями, центральні, периферичні і тотальні. Хронічний одонтогенний остеомієліт щелепи диференціюють від специфічних поразок щелеп (актиномікоз, туберкульоз, сифіліс), доброякісних і злоякісних пухлин.

Актиномікоз. Захворювання може бути первинним і повторним. Повторні поразки кістки виникають у результаті поширення специфічної інфекції з боку інфільтрованих навколощелепних м'яких тканин. Інфільтрат звичайно щільний. Згодом утворюються множинні нориці з крошковатим гноєм. Значно складніше диференціювати від остеомієліту, особливо його гіперостозної форми, первинний актиномікоз щелеп. Кістка при актиномікозі вздута, має вид щільної веретеноподібної пухлини, усередині якої виявляються кистоподібні простори зі слідами серозно-гнійного ексудату.

Для **туберкульозного ураження** кістки характерний повільний перебіг (місяці, роки), різка хворобливість, виражений лімфаденіт. У патологічний процес утягуються інші кістки, утворюються утягнені рубці.

Сифіліс. Сифіліс щелеп виникає в результаті гумозного ураження кістки або окістя. У випадках переходу процесу з м'яких тканин на щелепу діагностика не подає труднощів. Більш часто при сифілісі уражаються кістки носа, центральна частина піднебінних паростків верхньої щелепи, альвеолярний відросток в ділянці передніх зубів. Для сифілітичної поразки кісток характерно утворення осередків специфічного розм'якшення (некротична форма) і періоститу, що осифікує, (гіперпластична форма). Після відторгнення секвестру на твердому небі виникає повідомлення між порожниною рота і носом або верхньощелепною пазухою. У результаті секвестрації перегородки носа і носових кісток утворюється характерна деформація - сідлоподібний ніс. При диференціальній діагностиці специфічних поразок кістки велике значення надається лабораторним дослідженням. При підозрі на сифіліс використовуються серологічні осадкові реакції, хоча відомо, що при сифілітичній поразці кісток реакція Вассермана позитивна тільки в 60-65% випадків.

Хронічний остеомієліт щелепи варто диференціювати від доброякісних пухлин і пухлиноподібних захворювань (одонтогенна кіста, що нагноїлась, остеобластокластома, остеїд-остеома, еозинофільна гранулема і т.д.), а також злоякісних новоутворень. Ріст доброякісних і злоякісних пухлин звичайно безболісний, не супроводжується гострими запальними явищами, симптомами гнійно-резорбтивної лихоманки, особливо на початку захворювання. Для новоутворення не характерно періодичне збільшення або зменшення його об'єму. Винятком є саркома Юїнга, що виходить із ретикулярної тканини кісткового мозку. Ця пухлина має симптоми, подібні з такими остеомієліту (підвищення температури тіла, лейкоцитоз, локальна хворобливість кістки, набряку м'яких тканин, іноді гіперемія шкіри). Саркома Юїнга спочатку розвивається повільно, потім швидко прогресує. Для пухлини на відміну від остеомієліту не характерні гострий, підгострий і хронічний перебіг, утворення секвестрів. Велике місце в диференціальній діагностиці хронічного остеомієліту щелепи приділяється рентгенографії, томографії, цитологічному дослідженню, а при необхідності біопсії.

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

Ускладнення першої групи частіше усього пов'язані з поширенням інфекційно-запального процесу на сусідні тканини й анатомічні утворення, генералізацією інфекції. До ускладнень, що виникають у

гострій фазі остеомієліту щелеп, можна віднести флегмони й абсцеси віддалених від остеомієлітичного осередку ділянок обличчя та шиї, тромбоз пазух твердої мозкової оболонки, менінгоенцефаліт, медиастеніт, сепсис, скронево-нижньощелепний артрит, гнійний отит.

Ускладнення другої групи є слідством незворотних змін із боку тканин щелепно-лицевої ділянки і життєво важливих органів і систем. До них відносять загальний амілоїдоз, що виявляється частіше усього порушенням функції нирок, абсцес головного мозку, патологічний перелом і утворення помилкового суглоба нижньої щелепи, деформацію кісток лица, анкілоз скронево-нижньощелепного суглоба (частіше в дітей).

Лікування. У основі лікування хворих на одонтогенний остеомієліт у гострій фазі по істоті лежать принципи, розроблені в 1925 р. Т.П. Краснобаєвим при лікуванні хворих гострим гематогенним остеомієлітом: 1) безпосередній вплив на збудника захворювання; 2) підвищення резистентності організму до інфекційного початку; 3) лікування місцевого осередку.

Лікування одонтогенного остеомієліту щелеп у гострій фазі повинно бути спрямоване на ліквідацію гнійно-запального осередку в кістці й у навколишніх м'яких тканинах, проведення заходів щодо боротьби з інфекцією й усунення порушених функцій організму, викликаних основним захворюванням. Зниження вірулентності інфекційного початку досягається активним хірургічним втручанням із метою дренивання інфекційного осередку і включає видалення зуба, що явився джерелом інфекції, розтин м'яких тканин при навколощелепних абсцесах і флегмонах, проведення діалізу рани.

Видалення «причинного» зуба в початковій стадії гострого одонтогенного остеомієліту є основним і обов'язковим видом терапії цього захворювання. Оскільки разом із гноем із внутрішньо кісткового осередку віддаються вірулентні мікроорганізми, їхні токсини і продукти тканинного розпаду, видалення так названого причинного зуба може бути визначеному ступеню ототожнено в декомпресивну остеоперфорацію, що застосовується хірургами при гематогенних остеомієлітах трубчастих кісток. Це оперативне втручання, крім дренивання гнійника, призводить до зниження внутрішньо кісткового тиску, що сприяє поліпшенню кровообігу, попередженню необоротних змін у кістці, пов'язаних із порушенням мікроциркуляції.

З метою зменшення реакції організму на операційну травму, пов'язану з видаленням «причинного» зуба, Н.А. Груздевым (1978) запропонована схема медикаментозного підготування.

Поряд з антибактеріальними, що десенсибілізують і дезінтоксікаційними препаратами використовуються антикоагулянти, фібрінолітичні і седативні засоби, що створюють на перші 2-3 доби після видалення зуба норммергічний або легкий гіпоергічний фон.

У ряді випадків через зведення щелеп, неправильне розташування зубів, їхній гіперцементоз припадає відкладати видалення «причинного» зуба на декілька днів, обмежитися скресанням навколощелепних абсцесів і флегмон і проведенням комплексної інтенсивної протизапальної терапії.

Всі оперативні втручання при гострих остеомієлітах щелеп потребують відмінкового місцевого або загального знеболювання. Оперативне лікування хворих у гострій фазі остеомієліту доповнюється цілеспрямованою антибактеріальною терапією, основою якої як і раніше є антибіотики, незважаючи на зростаючу усталеність до них гноєрідної мікрофлори. Ефективність антибіотикотерапії багато в чому визначається виробітком показань до неї. Вона повинна носити суворо спрямований характер у залежності від результатів бактеріологічного дослідження і чутливості збудника захворювання до того або іншого антибіотика. При неможливості проведення подібних досліджень, а також до одержання даних бактеріологічного дослідження призначають лікування відповідно до загальних принципів антибактеріальної терапії.

У гострій фазі одонтогенного остеомієліту переважно лікування антибіотиками, що володіють тропізмом до кісткової тканини (лінкоміцин, кліндаміцин, гараміцин, морфоциклін, вібраміцин, фузидін і ін.). Антибіотикотерапію проводять довгостроково до стійкої нормалізації температури тіла хворого, після чого продовжують ще 7-10 днів. Кожні 5-7 днів необхідно визначати чутливість, висівають з осередку запалення мікрофлору до антибіотиків.

Практика показує, що перебіг одонтогенного остеомієліту щелеп ефективні комбінації і чергування різноманітних антибіотиків (до яких є чутливість мікрофлори), а також комбінації антибіотиків, препаратів нітрофуранового ряду і сульфаніламідів. Прийом лікарських засобів супроводжують прийомами лужної рідини у великій кількості. Для нейтралізації бактеріальних токсинів призначають пасивну імунізацію.

Зменшення загальної інтоксикації, поліпшення реологічних властивостей крові, корекція порушення водно-сольового і білкового балансу, нормалізація мікроциркуляції і попередження розвитку некрозів по периферії осередку запалення досягаються за допомогою декомпресивної трепанації (видалення

«причинного» зуба), декортикації, призначення антикоагулянтів прямої дії (гепарин, внутрішньовенне введення гемодеза, реополіглюкіна, 5% розчину глюкози, розчину Рінгера-Лока), вживання багато рідини.

Для десенсибілізації організму і зниження проникності судинної стінки застосовують 10 % розчин хлориду кальцію, противогістамінні препарати (дімедрол, супрастин, діазолін).

З метою протизапальної терапії призначають анаболічні гормони, вплив поля УВЧ, СВЧ. У випадку недостатності кори наднирків і гіперергічного перебігу запалення показані кортикостероїди. Підвищення неспецифічних чинників захисту досягається вітамінотерапею (А, група В, С), призначенням молочно-рослинної їжі, препаратів так названої групи адаптогенів (дібазол, пантокрін і ін.). При необхідності призначають лікарські препарати, що тонізують серцево-судинну систему (кофеїн, кордіамін, кокарбоксілаза).

У підгострій фазі остеомієліту щелепи продовжують антибактеріальну терапію, попереджаючи тим самим подальше поширення гнійно-некротичного процесу. Здійснюються також заходи щодо зберігання мікроциркуляції для попередження некрозу кістки в нових ділянках і прискорення формування секвестрів. З цією ціллю призначають засоби, що стимулюють обмін у тканинах: анаболічні гормони, метацил, пентонсил, протеолітичні ферменти, переливання крові і кровезамісників, аутогемотерапію, мікробні полісахариди (пірогенал, продігіозан), фізіотерапію (УФ-випромінювання, поле УВЧ, СВЧ).

У хронічній фазі остеомієліту щелепи у випадках загострення запального процесу продовжують антибактеріальне, протизапальне лікування. Роблять секвестректомію. Терміни оперативного втручання намічають індивідуально, з огляду на вік хворих, можливість розвитку загального амілоїдоза, при завершенні формування секвестрів і їхнього відторгнення. Водночас, приймаючи в увагу дані літератури, секвестри на верхній щелепі звичайно видаляють через 3-4 тижні від початку захворювання, на нижньої пізніше через 5-8 тижнів.

При обмежених остеомієлітах верхньої щелепи й альвеолярного відростка нижньої щелепи секвестректомію звичайно роблять із боку порожнини рота. Секвестректомія на нижній щелепі (особливо при локалізації процесу в ділянці рогу і нижнього її краю) потребує зовнішнього ротового доступу. В усіх випадках доступ до осередку поразки повинний бути достатнім для візуального обстеження секвестральної порожнини і повного видалення некротичних тканин. Водночас при секвестректомії щелеп навряд чи виправданий занадто великий радикалізм, що супроводжується широким відшаруванням окістя і видаленням невраженої кістки.

Під надійним знеболюванням розсікають і відшаровують м'які тканини. Кістку трепанують у межах секвестральної порожнини. Значні секвестри витягають пінцетом, дрібні секвестри і грануляції видаляють при вискрібанні секвестральної порожнини кістковою ложкою до здорових прошарків кістки. Таким же уявою вискрібають норицеві ходи. При процесах, що довгостроково протікають, нориці висікають. Лікування невеличкої порожнини проводять стат'ю кров'яним згустком. Порожнина може бути також заповнена гемостатичною губкою із сухим антибіотиком. Рану зашивають із залишенням випускника. При великих порожнинах запропоновані різноманітні методи «пломбування» здрібненим м'язом, консервованою очеревиною значної рогатої худоби, «щербінкою» з алогенної ліофілізованої кістки, консервованим хрящем.

Заповнення кісткових порожнин нижньої щелепи різноманітними біологічними тканинами з метою посилення остеогенезу в даний час не завжди ефективно. Більш перспективним методом усунення кісткової порожнини при хронічному остеомієліті є остеопластика м'язовим шматком на ніжці. У тих випадках, коли хірург переконаний у повному видаленні некротизованих тканин, у порожнину можна вводити кісткові трансплантати. Первинна або відстрочена кісткова пластика особливо показана в тих випадках, коли в результаті секвестректомії виникають функціональні і естетичні порушення, а також хворим із зниженою неспецифічною або імунологічною реактивністю.

У сумнівних випадках, коли немає впевненості в повному видаленні некротизованої тканини, порожнина рихло заповнюють тампоном, просоченим йодоформною емульсією. В міру виконання порожнини сполучної тканиною тампон підтягають і змінюють кожні 4-5 днів. Надалі на рану накладають повторні шви.

При секвестректомії дрібноосередкових (гніздових) форм хронічного остеомієліту нижньої щелепи притримуються щадної тактики. З порожнини кістковою ложкою вискрібають грануляції, дрібні секвестри і розм'якшену кістку. Розташовані між остеомієлітичними осередками значні ділянки кісткової тканини зберігають. Тонкі перегородки, як правило, віддаляються. Повідомлення між окремими порожнинами і нижньощелепним каналом є показанням до видалення цих перегородок і формування однієї порожнини.

Секвестректомії на нижній щелепі за показниками повинне передувати шинування. Зуби з омертвілою пульпою трепанують і піддають консервативної терапії, а якщо вона неможлива, то видаляють.

У стадії стабілізації хронічної фази одонтогенного остеомієліту у випадку переваження репаративної регенерації вживають заходів по попередженню загострення запального процесу, підвищують імунологічну реактивність і посилюють неспецифічні чинники захисту шляхом проведення імунотерапії призначення мікробних полісахаридов (пірогенал, продігіозан) полівітамінів, солей кальцію і фосфору. За показниками застосовують також анаболічні гормони (ретаболіл, неробол).

5. ПЛАН І ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА НАВЧАЛЬНОГО ЗАНЯТТЯ З ДИСЦИПЛІНИ

№ з/п	Етапи заняття	Розподіл часу	Види контролю	Засоби навчання
1.	Підготовчий етап	30 хв.	Усне опитування за переліком питань. Письмове тестування.	Комп'ютер (ноутбук). Мультимедійні методичні розробки. Анатомічні муляжі. Відео- та фотоматеріали. Електронні довідники.
1.1	Організаційні питання			
1.2	Формування мотивації			
1.3	Контроль початкового рівня підготовки (стандартизовані засоби контролю)			
2.	Основний етап (вказати всі види робіт, які виконують студенти під час цього етапу).	60 хв.	Практичний тренінг. Вирішення клінічних задач. Створення алгоритмів лікарських дій, професійний тренінг.	Рентгенограми, ортопантомограми, томограми. Набір інструментарію. Результати лабораторних, цитологічних та гістологічних досліджень.
3.	Заключний етап	45 хв.	Тестування. Практичні завдання. Ситуаційні та нетипові задачі. Усне опитування.	
3.1	Контроль кінцевого рівня підготовки			
3.2	Загальна оцінка навчальної діяльності студента			
3.3	Інформування студентів про тему наступного заняття			

4.5. Види самостійної роботи студентів.

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

- 1.1. Етіологія та патогенез остеомієліту щелеп.
- 1.2. Класифікація остеомієліту щелеп.
- 1.3. Клінічна картина остеомієліту щелеп.
- 1.4. Діагностика та диференційна діагностика остеомієліту щелеп.
- 1.5. Лікування остеомієліту щелеп.

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

2.1. Наслідком секвестру щелепи при остеомієліті може бути:

- A. Регенерація кісткової тканини.
- B. Регіонарний лімфаденіт.
- C. Утворення нориці.
- D. Патологічний перелом.
- E. Все перераховане.

(Правильна відповідь: E)

2.2. Опишіть зміни кісткової тканини при гострому остеомієліті:

- A. Розростання грануляцій.
- B. Лакунарна резорбція кісткових балок.
- C. Склероз.
- D. Регенерація кісткових балок.
- E. Тканинний атипізм.

(Правильна відповідь: B)

2.3. Остеомієліт щелепи – це:

- A. Запальний процес, що уражає тканини пародонта і поширюється на прилягаючі до нього кісткові структури.
- B. Захворювання, що характеризується поширенням запального процесу з пародонта на окістя альвеолярного відростка і тіло щелепи.
- C. Специфічний запальний процес у кістковій тканині щелепи.
- D. Патологічний стан, зумовлений гіпофункцією парацитоподібних залоз.
- E. Інфекційно-алергічний гнійно-некротичний процес, що розвивається в кістці під впливом зовнішніх або внутрішніх чинників.

(Правильна відповідь: E)

3. Тестові завдання з множинним вибором:

3.1. Назвіть теорії виникнення остеомієліту щелеп.

- A. Вайсблата.
- B. Боброва-Лекслера.
- C. Матас-Беріні.
- D. Снежко-Дерижанова.
- E. Семенченка.

(Правильна відповідь: B, D, E)

3.2. Остеомієліт щелепи може ускладнюватися:

- A. Одонтогенним сепсисом.
- B. Резорбцією кісткової тканини.
- C. Секвестрацією змертвілих ділянок кісткової тканини.
- D. Утворенням нориць.
- E. Алергічними шкірними реакціями.

(Правильна відповідь: A, B, C, D)

3.3. Остеомієліт щелепи, як гнійно-некротичний процес, характеризується ураженням:

- A. Кісткового мозку.
- B. Основної речовини кістки.
- C. Окістя.
- D. Навколощелепних м'яких тканин.
- E. Фасцій та м'язів.

(Правильна відповідь: A, B, C, D)

4. Задачі для самоконтролю:

4.1. Хворий В., 37 років, госпіталізований в щелепно-лицеве відділення з приводу хронічного одонтогенного остеомієліту нижньої щелепи в області 48, 47, 46 зубів. Хворіє біля 2-х місяців. Об'єктивно: При зондуванні нориці визначається гола шорстка ділянка кістки, що зміщується при натисканні. На рентгенограмі нижньої щелепи – осередок деструкції, в центрі якого розташований секвестр 1,0x1,5 см, повністю відокремлений від здорової кісткової тканини. Виберіть метод лікування хворого.

- A. Стимулююча терапія.
- B. Секвестрэктомія.
- C. Санація порожнини рота.
- D. Антибіотикотерапія.
- E. Секвестрэктомія з видалення 47.

(Відповідь: B)

4.2. Хворому, 35 років, три доби тому був видалений 47, після чого його стан погіршився. Об'єктивно: хворий блідий, температура тіла 38,1 °С, нижня щелепа зліва муфтоподібно потовщена, м'які тканини навколо неї набрякли, відкривання рота утруднене. Перехідна складка на рівні 48, 47, 46 набрякла, слизова оболонка гіперемована, з лунки 47 виділяється гній, перкусія 48, 46, 45 болюча. В області нижньої губи – парестезія. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Гострий остеомієліт нижньої щелепи.
- B. Гострий періостит нижньої щелепи.
- C. Флегмона підщелепної ділянки.
- D. Гострий періодонтит 47 зуба.
- E. Нагноєння радикулярної кісти нижньої щелепи.

(Відповідь: A)

4.3. Хворий, 43 років, скаржиться на рухомість 34, 36, 37 зубів, виділення гною з лунки видаленого 35 зуба. Півтора місяця тому зроблено розтин по перехідній складці та видалено 35 зуб.

Об'єктивно: в лівій щічній ділянці – щільна припухлість м'яких тканин. лімфовузли лівої підщелепної ділянки збільшені, слабо болючі. Слизова альвеолярного паростка в ділянці 34, 36, 37 зубів набрякла, синюшного, кольору. По перехідній складці - нориця з вибухаючими грануляціями. В лунці видаленого 35 зуба - гнійні грануляції. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Загострення обмеженого пародонтиту.
- B. Хронічний дифузний остеомієліт.
- C. Хронічний обмежений остеомієліт.
- D. Хронічний рарифікуючий періостит.
- E. Хронічний альвеолі.

(Відповідь: C)

4.6. Перелік індивідуальних завдань (якщо їх виконання при вивченні даного модуля передбачено робочою навчальною програмою з дисципліни).

Не передбачено.

4.8. Перелік теоретичних питань до підсумкового модульного контролю (з типової навчальної програми).

1. Остеомієліт щелеп. Етіологія, теорії патогенезу, класифікація.
2. Одонтогенний остеомієліт щелеп. Гостра стадія. Клініка, діагностика, лікування.
3. Одонтогенний остеомієліт щелеп. Хронічна стадія. Клініка, діагностика. Консервативне лікування. Операція секвестрэктомії. Показання, терміни виконання та її методика. Профілактика ускладнень.
4. Особливості клінічного перебігу одонтогенного остеомієліту нижньої та верхньої щелеп. Залежність від анатомо-топографічних особливостей. Ускладнення остеомієліту.
5. Диференційна діагностика гострого періодонтита, періостита та остеомієліту щелеп.
6. Особливості клінічного перебігу, діагностики і лікування неодонтогенного гострого остеомієліту щелеп.
7. Гематогенний гострий остеомієліт верхньої щелепи: етіологія, клініка, ускладнення і лікування.

4.9. Перелік практичних завдань та робіт до підсумкового модульного контролю (з типової навчальної програми).

1. Провести опитування хворого та на його основі зробити запис в історії хвороби.
2. Провести обстеження амбулаторного хірургічного стоматологічного хворого та зробити про це запис в історії хвороби.
3. Провести обстеження периферійних лімфатичних вузлів щелепно-лицевої ділянки, шиї та слинних залоз.
4. Встановити попередній діагноз на основі опитування хворого та його обстеження (хворого з періодонтитом, періоститом, остеомієлітом щелеп та флегмоною щелепно-лицевої ділянки).
5. Знати схему та зміст доповіді про хворого викладачеві; обґрунтувати діагноз та скласти план лікування.
6. Підготувати набір інструментарію для обстеження хірургічного стоматологічного хворого.
7. Підготувати набір інструментарію, необхідного для секвестрэктомії.
8. Вміти прочитати та встановити попередній діагноз за рентгенограмами при такій патології:
 - а) періодонтит;
 - б) остеомієліт кісток лицевого скелета, гайморит;
 - в) травматичні пошкодження зубів – вивих та перелом;
 - г) вивихи скронево-нижньощелепного суглоба;
 - д) пошкодження кісток лицевого скелета, (щелеп, виличної кістки, кісток носа);
 - ж) захворювання слинних залоз.
9. Вміти виконати будь-який вид місцевого знеболення в щелепно-лицевій ділянці.

4. ЛІТЕРАТУРА.

Основна література:

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2 т. – Т. 1 / В.О. Маланчук, О.С. Воловар, І.Ю. Гарляускайте та ін. – К. : ЛОГОС, 2011. – С. 190–216.
2. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А. Тимофеев. – К. : Червона Рута-Турс, 2002. – С. 201–226
3. Бернадський Ю.Й. Основи щелепно-лицевої хірургії і хірургічної стоматології / Ю.Й. Бернадський. – К. : Спалах, 2003. – С. 99–122.

Додаткова література:

1. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: В 2-х темах. / Под ред. В.М. Безрукова, Т.Г. Робустовой. - Изд. 2-е, перераб. и доп. – М. : Медицина, 2000. Т. 1. – С. 113–129.
2. Хирургическая стоматология в схемах и таблицах: Учеб. пособие для студентов и врачей-интернов / Г.П. Рузин, А.А. Дмитриева – Харьков : ХГМУ, 2001. – С. 21–30.
3. Хирургическая стоматология: Учебник / Под ред. Т.Г. Робустовой. – М. : Медицина, 1999. – С. 132–147.

№ 6. Одонтогенний гайморит: етіопатогенез, класифікація, клініка, діагностика, диф. діагностика, консервативні та хірургічні методи лікування. Усунення ороантральних сполучень.

1. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 1.2. Аналізувати розповсюдженість одонтогенного гаймориту.
- 1.2. Пояснювати причини виникнення одонтогенного гаймориту.
- 1.3. Запропонувати нові підходи в діагностиці одонтогенного гаймориту.
- 1.4. Класифікувати одонтогенний гайморит.
- 1.5. Трактувати дані рентгенологічних та інших додаткових методів досліджень при одонтогенному гаймориті.
- 1.6. Малювати схеми обстеження пацієнтів з різними формами одонтогенного гаймориту.
- 1.7. Проаналізувати ускладнення, наслідки та прогноз при різних формах одонтогенного гаймориту.
- 1.8. Скласти план обстеження та лікування хворих з одонтогенним гайморитом.

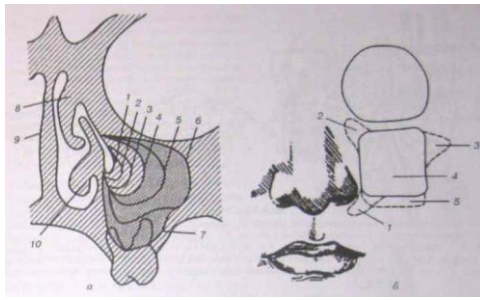
5. БАЗОВИЙ РІВЕНЬ ПІДГОТОВКИ

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Анатомія людини.	Знати анатомію щелепно-лицевої ділянки, топографію, вікові особливості будови верхньощелепного синуса. Визначити на муляжі (череп) проекцію верхньощелепного синуса.
2. Патоморфологія з секційним курсом.	Знати морфологічну будову та морфологічну структуру патологічно-змінених тканин щелепно-лицевої ділянки в цілому та верхньощелепного синуса зокрема. Розпізнавати патологічно змінені тканини. Вміти взяти матеріал для патоморфологічного дослідження.
3. Патофізіологія.	Знати етіологію та патогенез захворювань, обмін речовин в патологічно змінених тканинах. Вміти логічно представити етіопатогенетичний ланцюг розвитку одонтогенного гаймориту.
4. Хірургічні хвороби.	Знати методи обробки рук хірурга. Вміти скласти алгоритм оперативного втручання під час радикальної гайморотомії та пластичного закриття ороантрального сполучення.

3. ОРГАНІЗАЦІЯ ЗМІСТУ НАВЧАЛЬНОГО МАТЕРІАЛУ (описується навчальний матеріал, наводяться структурно-логічні схеми, таблиці, малюнки, що відображають зміст основних питань теми заняття).

Гайморова (верхньощелепна) пазуха розміщена в центрі верхньої щелепи і є найбільшою із приносних пазух. Закладається вона на 10-му тижні ембріогенезу, при народженні має об'єм 1—4 см і з віком досягає середнього об'єму 14—16 см.

Гайморова пазуха має два типи будови: пневматичний — з тонкими кістковими стінками, великим об'ємом, дно її буває нижче від носового ходу; склеротичний — порожнина мала, її кісткові стінки товсті. Між ними спостерігають перехідні форми. Трапляються багатокамерні гайморові пазухи та їхня асиметричність. З 30—40 років починається інволюція гайморових пазух, починається остеопороз, атрофія нижнього краю альвеолярного відростка, стоншення її стінок, головним чином внутрішньої. Пазуха має чотири бухти — піднебінну, очно-решітчасту, молярну та альвеолярну, в яких можуть затримуватися сторонні тіла (див. мал. 1).



Мал. 1. Схеми верхньощелепних пазух:

а — вікова динаміка розвитку (V. Rasoveanu та ін., 1964):

1 — у новонародженого; 2 — у віці 1 рік; 3 — у 4 роки; 4 — у 7 років; 5 — у 12 років; 6-у дорослих; 7 — в осіб літнього віку; 8 — середня носова раковина; 9 — носова перегородка; 10 — нижня носова раковина;

б — бухти верхньощелепної пазухи (Poitmann G., 1966):

1 — піднебінна; 2 — очно-решітчаста; 3 — молярна; 4 — верхньощелепна пазуха; 5 — альвеолярна бухта.

Верхня її стінка є нижньою стінкою очної ямки, її дном. У її товщі розміщений підочноямковий канал з нервом, артерією та веною. У 40 % випадків судинно-нервовий пучок розташовується під слизовою оболонкою гайморової пазухи. Передньозовнішня стінка — простягається від нижньоочноямкового краю до альвеолярного відростка верхньої щелепи, від носового отвору (*apertura periformis*) до вилично-альвеолярного гребеня (*crista zygomatico-alveolaris*), завтовшки до 0,5 мм, має нерви верхнього зубного сплетення, які іннервують слизову порожнину рота, верхню губу. Внутрішня стінка — це бічна стінка порожнини носа, головним чином розташовується в ділянці середнього та нижнього носового ходу. У середній носовий хід відкривається верхньощелепний отвір (*ostium maxillae*). У передній частині стінки є носо-сльозовий канал. Задня стінка — попереду неї є вилично-альвеолярний гребінь, позаду вона переходить у нижню очноямкову щілину, бере участь в утворенні підскроневої та крило-піднебінної ямок, де знаходиться крилоподібне венозне сплетення, а *maxillaris interna*, крилопіднебінний нервовий вузол. Нижня стінка, або дно пазухи, обернене до альвеолярного відростка верхньої щелепи. При склеротичному типі гайморової пазухи вона товста, розташована високо, при пневматичному — тонка, розміщується низько. У 42,8 % дно гайморової пазухи знаходиться до 11 мм нижче нижнього носового ходу, у 39,3 % — на одному рівні з ним, у 17,9 % випадків — вище (Л.І. Свершевський, 1910).

Від зубів верхньої щелепи гайморова пазуха відділена або тонкою кістковою пластинкою, або тільки слизовою. У 18 % корені зубів перебувають безпосередньо в гайморовій пазусі, а в 68 % —* у безпосередній близькості з її дном. Іноді можна бачити корені 7, 6, 5 зубів.

Кровообіг здійснюється головним чином із системи зовнішньої сонної артерії через верхньощелепну артерію. Відтік крові — через крилоподібне венозне сплетення, анастомози з венами твердої мозкової оболони, голови, очних ямок, хребта, Іннервація — в основному від другої гілки трійчастого

нерва. Відтік лімфи — до глибоких лімфатичних вузлів голови, привушної слинної залози, піднижньощелепних і глибоких шийних вузлів.

Слизова оболонка пазухи (мембрана Шнайдера) складається з трьох шарів: внутрішній шар — з миготливого епітелію; середній — з ацинозних слизових залоз; прилеглий до кістки — з веретеноподібних клітин, які відіграють роль окістя. Завдання миготливого епітелію — постійно очищати гайморову пазуху, тобто, виводити з неї мікрофлору, слиз, можливі сторонні тіла.

Етіологія, патогенез. Одонтогенний гайморит — це загальне захворювання організму, в основі якого лежить реакція на подразнення рецепторів слизової оболонки верхньощелепної пазухи. Збудником частіше буває змішана мікрофлора, трапляються також стрептококи (у монокультурі та в симбіозі зі стафілококами), стафілококи, пневмококи.

Стрептококи частіше спостерігаються при катаральних і катарально-поліпозних формах запалення. Стафілококи і пневмококи — при гнійно-поліпозних формах. Б.С. Преображенський виділяє алергічну та вазомоторну форми хронічного гаймориту, тобто гаймориту небактеріального походження.

Мікроорганізми, що проникають у гайморову пазуху, не спричиняють патологічних змін. При ослабленні або зміні реактивності організму, підвищенні патогенності мікроорганізмів порушується рівновага між мікро- і макроорганізмами, і виникає запальний процес. Найімовірнішими джерелами

проникнення інфекції в гайморову пазуху є риногенний, одонтогенний і гематогенний шляхи. Частота одонтогенних гайморитів становить близько 20—25 %.

Слизова оболонка верхньощелепної пазухи, бічної стінки носа через вегетативну нервову систему мають численні функціональні зв'язки із багатьма анатомічними утвореннями, тому патологічний процес або хірургічне втручання в цій ділянці впливає на стан організм у цілому. Зокрема, травма бічної стінки носа може спричинити зміни тонуусу внутрішньої сонної артерії (з порушенням мозкового кровообігу) та порушення регуляції серцево-судинної системи.

Інфікування гайморової пазухи можливе при: пародонтиті (абсцедуючій формі), гострому і хронічному періодонтиті (гангренозні зуби), періоститі і остеомієліті, кореневих кістах, особливо які нагноїлися, гранульоми, операціях на альвеолярному відростку щелеп, наявності стороннього предмета в гайморовій пазусі (корінь, пломбувальний матеріал, пульпекстрактор), нагноєнні при ретенуваних або дистопованих зубах верхньої щелепи.

За наявності гангренозного зуба й латентної інфекції в гайморовій пазусі провокувальний момент, у вигляді іншого подразника (термічного, хімічного або загального інфекційного процесу), активізує інфекцію і спричинює гострий процес. Видалення гангренозного зуба в латентний період може або ліквідувати, або загострити хронічний одонтогенний процес у гайморовій пазусі.

Оскільки запальний процес, що починається з дна гайморової пазухи, захоплює частину або всю слизову оболонку, переходячи на слизову носа, інколи встановлюють неправильний діагноз і таких хворих направляють до оториноларинголога.

Класифікація гаймориту. За етіологією: риногенний (у 4-5 разів частіше за інші), одонтогенний, алергійний, травматичний, перфоративний, гематогенний (спостерігається рідко) (табл. нижче).

Причини одонтогенного гаймориту

“Причинні” зуби	Причинні патологічні процеси, стани
6 зуб — 35,5 %	Періодонтит — 49,4 %
Не встановлено — 23,3 %	Остеомієліт верхньої щелепи — 16,4 %
7 зуб Щ 15,5%	Нагноєні кісти верхньої щелепи — 15,4 %
5 зуб — 9,7 %	Перфорації — 7,6 %
8 зуб - 7 %	Проштовхнуті в пазуху корені — 7,9 %
4 зуб — 5,4 %	Сторонні предмети в гайморовій пазусі — 2,1 %
3 зуб - 3,6 %	Ретенувани зуби — 0,9 %

Патологоанатомічно виділяють гайморит: гострий (катаральний, серозно- гнійний, гнійний) і хронічний (катаральний, гнійний, поліпозний).

За причиною (І.Г. Лукомський): токсичний (катаральний), перифокальний (добре піддається лікуванню при усуненні причини гаймориту) та інфекційний (при переході в хронічну стадію, вони вимагають хірургічного втручання).

Г.М. Марченко розрізняє закриту (на ґрунті хронічного періодонтиту, нагноєнні врослих у пазуху прикореневих кіст) та відкриту форму гаймориту (перфораційні або як ускладнення остеомієліту щелепи).

ГОСТРИЙ ОДОНТОГЕННИЙ ГАЙМОРИТ

Хворі скаржаться на відчуття важкості і болю у відповідній половині голови, що іррадіює в лоб, потилицю, скроню, верхні зуби, на закладеність відповідної половини носа, однобічне ослаблення нюху й утруднення носового дихання, загальну слабкість, млявість, поганий сон, підвищення температури, виділення слизу або гною з ніздрі, особливо при нахилі голови, після чого відзначається незначне тимчасове поліпшення. Усі ці симптоми мають різну вираженість і можуть проявлятися не в повній мірі, або зовсім не проявлятися.

Клінічна картина. Об'єктивно: припухлість відповідної щоки, шкіра зазвичай злегка лискуча, перкусія скроневої кістки та її пальпація в підочно- ямковій ділянці та в ділянці горба верхньої щелепи спричинює біль. Слизова оболонка порожнини носа гіперемована та набрякла, відповідний носовий хід звужений, іноді на незмінній слизовій видно гнійну доріжку із середнього носового ходу. Перкусія одного або кількох зубів на верхній щелепі з хворого боку спричинює біль, один або кілька з них, як правило, гангренозні, або мають періапикальний патологічний процес в альвеолярному відростку верхньої щелепи. Температура підвищується до 38—40 °С, відзначають гарячку, слабкість, розбитість. У крові: лейкоцитоз, збільшена ШОЕ, збільшена кількість паличко- ядерних лейкоцитів.

ХРОНІЧНИЙ ОДОНТОГЕННИЙ ГАЙМОРИТ

Клінічна картина. Хронічний процес може не турбувати хворого та проявитися випадково (асимптоматична форма), коли при видаленні гангренозного зуба з гайморової пазухи через ямку виходить гній, вибухають поліпи. Основними скаргами є: гнійні виділення з відповідної половинки носа, однібічний головний біль, відчуття важкості в голові, смердючий запах з порожнини рота або носа, особливо при спорожнюванні гайморової пазухи, закладеність носа, порушення нюху, зниження працездатності, особливо розумової праці. При різних положеннях голови змінюється кількість виділень з носа, відзначається гугнявість голосу (відсутність резонації).

Об'єктивно: гнійні виділення через верхньощелепний отвір (*ostium maxillae*) (потрібно витерти ватною і переконатися), слизова оболонка носа іноді набрякла, гіперемована. Пальпація в ділянці передньої стінки гайморової пазухи іноді спричинює біль. З ямки “причинного” зуба можуть вибухати грануляції або поліпи, можливе сполучення порожнини рота з гайморовою пазухою через ямку зуба (норицевий хід). Позитивними є пряма та зворотна носо-повітряна проби (пряма проба — при надуванні щік повітря не утримується в порожнині рота і проходить у порожнину носа; зворотна — при видиханні повітря носом струмінь повітря йде через верхньощелепну пазуху і перфорацію в порожнину рота). Однак ці симптоми не завжди проявляються.

При гаймориті з перфорацією дна верхньощелепної пазухи головний біль відзначають у 43,6 % хворих; біль та відчуття важкості у верхній щелепі — у 80,7 %; проходження повітря крізь ямку зуба — у 67,9 %; проходження рідини в порожнину носа — у 46,1 %; гнійні виділення з ямки зуба — у 67,1 %; гнійні виділення з носа — у 23,1 %; набряклість слизової оболонки носа — у 33,3 % хворих.

При загостренні процесу скарги та клінічна картина будуть подібними до гострого гаймориту. Таким чином, діагностика хронічного одонтогенного гаймориту повинна ґрунтуватися на комплексі симптомів.

Для діагностики гаймориту виконують рентгенограми в положенні лежачи в носо-лобовій проекції (рентгенограма приносних пазух); носо-підборідній проекції (краще для виявлення кіст); бічній проекції; при вертикальному положенні голови.

Рентгенографічна картина гострого гаймориту: зниження пневматизації верхньощелепної пазухи за рахунок наявності в ній ексудату. На знімку у вертикальному положенні можна виявити рівень рідини в гайморовій пазусі. Повне затемнення гайморової пазухи можливе за умови повного заповнення пазухи ексудатом. У разі риногенного гаймориту зазвичай виникає двобічне ураження пазух і двобічне зниження їх пневматизації, а при одонтогенному — однібічне.

Хронічний гайморит визначається негомогенним мозаїчним затемненням гайморової пазухи, що залежить від нерівномірності набряку слизової оболонки, наявності проліферативних процесів (поліпи, кісти), ексудату. Для визначення відношення зубів верхньої щелепи до гаймориту необхідно робити внутрішньоротові рентгенограми.

Контрастна рентгенографія верхньощелепної пазухи допомагає диференціювати патологічний процес. Контрастну речовину вводять через норицю, ороантральне сполучення або при пункції гайморової пазухи через бічну стінку нижнього носового ходу голкою Куликовського. У нормі товщина слизової оболонки 1—2 мм, а при запаленні — до 2 см. При цьому визначається два контури тіні: від кісткових стінок пазухи та від слизової оболонки.

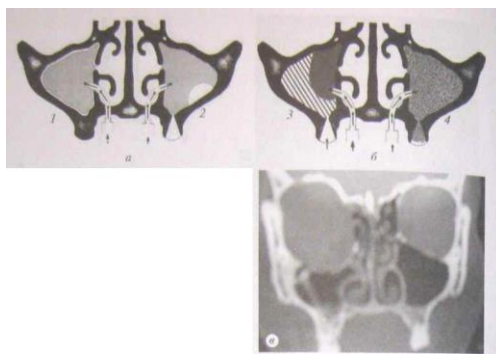
При катаральній формі хронічного гаймориту визначаються нерівності контуру тіні пазухи і стовщення її слизової оболонки. При вираженій гіперплазії — крайові дефекти наповнення пазухи контрастом.

При поліпозному гаймориті простежуються округлої форми крайові дефекти наповнення з нерівними контурами різної величини.

Гострий гайморит дає картину рівномірного стовщення частини або всієї слизової оболонки пазухи. Змішані форми хронічного гаймориту дають різноманітну картину на R-грамі.

Коренева кіста, вросла в пазуху, визначається у вигляді чіткого округлої форми дефекту наповнення по нижній стінці гайморової пазухи в ділянці “причинного” зуба. Ретенційна кіста слизової оболонки верхньощелепної пазухи дає чітку округлу тінь частіше на зовнішній стінці верхньощелепної пазухи.

Метод контрастної гаймографії (мал. 2.) дає можливість точно визначити локалізацію процесу, а роблячи повторні рентгенограми на 1-й, 5-й, 12-й і 20-й день після введення в пазуху контрастної речовини можна вивчати в динаміці її дренажну, репаративну та реактивну функції. Із незміненої верхньощелепної пазухи йодоліпол виводиться в термін до 5 днів, при гострому гаймориті — до 3 тиж., при хронічному — за кілька місяців.



Мал. 2. Схеми гайморографії (а, б):

- 1 — при інтактній слизовій оболонці верхньощелепної пазухи (її товщина до 1—1,5 мм);
 2 — при ретенційній кисті слизової оболонки верхньощелепної пазухи; 3 — при гіпертрофічному хронічному гаймориті, товщина слизової оболонки до 10—12 мм); 4— при хронічному поліпозному гаймориті, поліпами заповнена вся пазуха; в — багатокамерна верхньощелепна пазуха

Додаткові методи дослідження на одонтогенний гайморит. Рентгеномографія дозволяє точніше характеризувати і локалізувати патологічний процес. Виконують у прямій та бічній проекції. Найінформативніші шари дослідження в прямій проекції на глибині 4, 5 і 6 см.

Флюорографія не дає точних відомостей про патологічний процес, несе симптоматичну інформацію, можна використовувати при проведенні профілактичних оглядів і доповнювати комплексними клінічними і рентгенографічними дослідженнями.

Ультразвукове дослідження (ехографія) проводять одномірним і дво,мірним індикатором. Визначають товщину, глибину розташування патологічного процесу або пазухи біля верхньої щелепи, форму, контури, однорідність, розміри та довжину утворення.

Діафаноскопія — просвічування верхньощелепної пазухи електричною лампочкою в темряві. У нормі зіниця та шкіра просвічуються. При патологічному процесі світіння немає. Метод суб'єктивний і недостатньо інформативний, тому широкого поширення не одержав.

Риноскопія передня, середня або задня дає змогу визначити стан слизової оболонки порожнини носа, джерело гноетечі.

Дистанційна або контактна термографія, термометрія — визначення шкірної температури і ділянок з підвищеною температурою, що може свідчити про запалення або місцеве посилення обміну речовин. Виконують за допомогою індикації інфрачервоних променів або люмінесцентних фарб.

Зондування нориці, ямки зуба — за глибиною проходження зонда судять про наявність перфорації верхньощелепної пазухи, якість її стінок, про наявність врослої у верхньощелепну пазуху кісти. При перфорації дна ямки зуба зонд проходить у верхньощелепну пазуху більше, ніж на 1—1,5 см, кісткової перешкоди немає.

Діагностична пункція верхньощелепної пазухи можлива через: 1) нижній носовий хід; 2) передню стінку верхньощелепної пазухи; 3) ямку видаленого “причинного” зуба.

Після знеболювання бічної стінки носа в нижньому носовому ході під контролем носового дзеркала вводять голку Куликовського завдовжки 10—12 см під передній кінець нижньої раковини, просувають її на 2—3 см вглиб, надають косий напрям і, натиснувши, роблять прокол бічної стінки носа. Момент проходження голки у верхньощелепну пазуху відчувається добре. Через передню стінку верхньощелепної пазухи пункцію проводять аналогічно, на рівні 3—5 зубів.

Через голку одержують екссудат, промивають верхньощелепну пазуху, вводять медикаменти, контрастні речовини. Але пункцію слід застосовувати лише в разі потреби, оскільки описані випадки смерті хворих від рефлєкторного і больового шоку, кровотечі, повітряної емболії. Ускладнення пункції — кровотеча, емфізема, абсцес щоки або очної ямки, сепсис, флегмона крилопіднебінної ямки, сліпоту, перфорація горба верхньої щелепи.

Дослідження пунктатів і змивів із слизової верхньощелепної пазухи є складним, але дає змогу ідентифікувати і спостерігати динаміку процесу за наявністю і динамікою різних клітин. У нормі в 1 мм промивної рідини виявляють 2—3 лейкоцити, одну клітину епітелію, білка немає, до 91 % живих лейкоцитів.

Застосовують також електроодонтодіагностику, реографію, визначення чутливості холодкових рецепторів шкіри, тощо.

У крові — збільшення ШОЕ, лейкоцитоз, зміщення формули тощо. Ступінь змін залежить від характеру запального процесу. Діагноз гаймориту встановлюють після комплексного обстеження хворого.

Патологічна анатомія. При гострому гаймориті відзначають катаральне, серозно-гнійне або гнійне запалення, обмежене або розлитого характеру. Запалення починається з дна пазухи, захоплює кісткову тканину і поступово поширюється на інші стінки верхньої пазухи. Слизова оболонка набрякла, гіперемована, у тканинах лімфоїдна інфільтрація. Коли з'являється гнійний ексудат, клітинна інфільтрація виражена більш чітко.

При хронічному гаймориті патологоанатомічно виділяють ексудативну, продуктивну (фіброзну) і змішану форму, найбільш часту. Поряд з ексудацією, лімфоїдною інфільтрацією спостерігають виражені явища проліферації, ріст сполучної тканини. Миготливий епітелій метаплазує у багат шаровий плоский (виражене переродження тканини!), слизова поліпозно змінюється. У кістковій тканині виникають явища деструкції, некрозу, секвестрації разом з гіперпластичними нашаруваннями. У разі поліпів завжди є гнійний ексудат.

При поширенні запалення з верхньощелепної пазухи можуть бути ускладнення загального і місцевого характеру: гнійний менінгіт; екстрадуральний абсцес; неврит зорового нерва; метастатичні ураження легенів, серця, печінки, нирок; анемії; гастрит; флегмони очної ямки; тромбоз крилоподібного венозного сплетення, печеристого синуса. Хронічний гайморит може спричинити злоякісне переродження слизової гайморової пазухи.

Основні клінічні ознаки гаймориту різної етіології

Клінічні ознаки	Риногенний гайморит	Одонтогенний гайморит
Джерело інфекції	Слизова оболонка носа	Зуб, кіста, остеомієліт
І Кісткова тканина	Не залучена	Залучена
Інші пазухи	Ушкоджуються	Не залучені
Локалізація вогнища	Спочатку медіальна стінка, потім — усі стінки	Дно, передня і зовнішня стінка пазухи
Гній у середньому носовому ході	Є завжди	Може не бути
Нориця у порожнині рота	Немає	Можливо
Гній через норицю	Немає	Може бути
Оперативне лікування	Часто безуспішно	Дає, як правило, стійке видужання
Консервативне лікування	Часто ефективне	Ефективним є рідко

Диференціальний діагноз необхідно проводити із риногенним (табл. вище), алергічним гайморитом; новоутворенням верхньої щелепи; врослою у гайморову пазуху кістою; з періоститом та остеомієлітом; з невралгією трійчастого нерва; з ретенційними кістами слизової оболонки верхньощелепної пазухи.

Пухлина верхньої щелепи. У початковій стадії диференціювати майже неможливо. Клінічно визначаються різні ознаки залежно від локалізації пухлини. Рентгенологічна ознака деструкція стінок верхньощелепної пазухи пухлиною. Ідентифікувати процес допомагає радіоізотопне дослідження з фосфором (P-35). Бажана ендонозальна біопсія та гістологічне дослідження матеріалу, отриманого при гайморотомії. Ускладних випадках (розхитування зубів, випинання пухлини, смердючий запах) діагноз очевидний.

Коренева кіста, вросла у верхньощелепну пазуху. При пункції врослих у верхньощелепну пазуху кіст спостерігається симптом струменя — пунктат (гній або бурштинова рідина) виходить під тиском струменем. При гаймориті гній потрібно відсмоктувати. На контрастній рентгенограмі видно чіткий дефект наповнення верхньощелепної пазухи з чіткими контурами округлої форми, а на внутрішньоротових рентгенограмах — картина резорбції кісткової тканини, властива корневим кістам.

Періостит, остеомієліт щелепи. Їх важко відрізнити від гострого гаймориту, оскільки при періоститі часто, а при остеомієліті завжди відзначають токсичний перифокальний гайморит. При несвоєчасному видаленні зуба через 1 —3 дні наростаючий біль та гноетеча з ямки видаленого зуба й рани по перехідній складці повинні наштовхнути лікаря на думку про гайморит.

Крім перерахованого, у верхньощелепній пазусі можуть виникати й інші патологічні процеси: амелобластома, одонтома, остеома, циліндрома, міксома, остеофіброма, злоякісна меланома, екстремедулярна плазмоцитома, ретенційні кісти, невралгія та ін., хоча деякі зустрічаються як казуїстика. Найбільший відсоток помилок у діагностиці спостерігається при гострому одонтогенному остеомієліті верхньої щелепи, тому що клінічна картина гаймориту замаскована.

Особливості одонтогенного гаймориту: відома причина гаймориту; первинно-хронічний (до 40—60 % випадків), особливо при сполученні з порожниною рота (але є випадки й гострого); як правило, обмежений — уражується нижня, передня, рідше внутрішня стінка пазухи; однобічний; можливий безсимптомний розвиток процесу; інфікування і запалення кісткової тканини стінок гайморової пазухи спостерігається майже завжди.

Лікування гострого г а й м о р и т у полягає у:

- 1) припиненні інфікування гайморової пазухи — цього досягають видаленням “причинного” зуба або його пломбуванням за верхівку кореня;
- 2) поліпшенні відтоку ексудату з гайморової пазухи — досягають пункцією порожнини через ніс або передню стінку гайморової пазухи, розрізом по перехідній складці до кістки і пункцією, закапуванням у ніздрю розчинів судинозвужувальних засобів — ефедрину, адреналіну, санорину, нафгизіну 6—8 разів на день, голову нахиляють у здоровий бік. Гайморову пазуху промивають за допомогою пункції, через залишений у пазусі трубчастий дренаж (поліетиленова трубка діаметром до 3 мм) або через ямку видаленого зуба, якщо є ороантральне сполучення. Пункція евакуує ексудат, зменшує набряк слизової, відновлює аерацію гайморової пазухи, ослаблює активність патологічного процесу, але до повного одужання не призводить;
- 3) видаленні з порожнини стороннього тіла (за наявності в ній кореня зуба, зламаного інструмента, пломбувальної маси та ін.), незворотно патологічно змінену слизову оболонку,
- 4) збереженні функції остеомеатального комплексу з природного очищення гайморової пазухи;
- 5) допомозі організму ліквідувати інфекцію — призначають антибактеріальну, дезінтоксикаційну, симптоматичну, стимулювальну терапію.

Тільки при комплексному хірургічному та медикаментозному лікуванні гострий гайморит виліковується. У разі неправильного лікування гострий гайморит переходить зазвичай у хронічний.

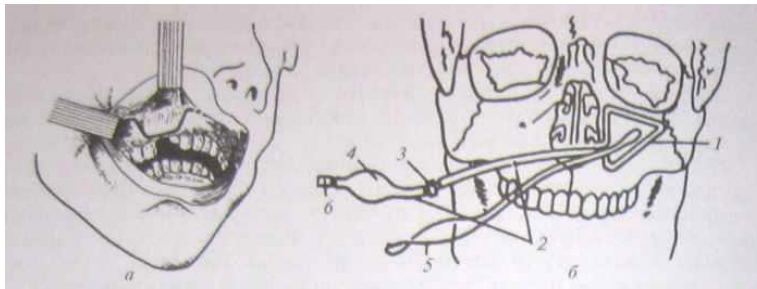
Лікування хронічного одонтогенного гаймориту передбачає; усунення причини гаймориту, видалення з гайморової пазухи патологічно змінених тканин, забезпечення відтоку ексудату з пазухи та її аерацію, можливість реепітелізації пазухи та закриття нориці або ороантрального сполучення.

Видалення “причинного” зуба сприяєвилікуванню хронічного гаймориту за відсутності поліпозних змін слизової оболонки гайморової пазухи, знищує вогнище мікробної сенсibiliзації. При цьому консервативне лікування має бути більш потужним, особливо стимулювальна, імунокорегувальна терапія. Лише медикаментозні засоби при хронічному одонтогенному гаймориті не завжди доцільні, тому що консервативновилікувати поліпозно змінену слизову оболонку неможливо. Радикальним засобом лікування є хірургічний, зокрема операція за Калдвелом—Люком або малоінвазивна гайморотомія з застосуванням ендоскопічної техніки.

Гайморотомія за Калдвелом—Люком. Після туберальної, підчочномкової, піднебінної та різцевої анестезій проводять розріз по перехідній складці до кістки від 7 до 2 зуба, відшаровують слизово-окісний клапоть, у підчочномково-вій ділянці створюють отвір у гайморову порожнину, забирають патологічно змінені тканини, створюють риностому по нижньому носовому ходу площею понад 1,5 см², клапоть слизової носа укладають на дно гайморової пазухи, па-зуху тампують або ставлять в неї дренажні трубки й рану ушивають. Оперені виконують в умовах стаціонару.

Операція за Денкером. Оголюють край грушоподібного отвору та збивають для створення риностоми. Метод травматичніший, крім того, руйнується носо-сльозовий канал, що призводить до сльозотечі після операції.

Модифікація Заславського — викроюють трапецієподібний розріз із широкою ніжкою в ділянці “причинних” зубів, одонтогенного вогнища або норицевого ходу, і потім — по перехідній складці. Незмінена слизова гайморової порожнини залишається. Тампонада пазухи йодоформною марлею для спинення або запобігання кровотечі є небажаною — вона подразнює рану, може спричинити кровотечу в момент відриву від стінок щелепи при його видаленні, тому видаляти тампон бажано після його ослизнення. Для зменшення травмування тканин замість йодоформного тампону використовують спеціальні балони (мал. 3).



Мал. 3. Лінія розрізу за Вассмундом—Заславським (а) і схема використання балона для гемостазу після гайморотомії (б):

1 — балон; 2, 3 — трубки і з'єднання; 4 — контрольний балон; 5 — страхувальна нитка; 6 -- заглушка (Ю.Й. Бернадський та співавт., 1977)

Останнім часом почали виконувати™ гайморотомію за допомогою ендоскопічної техніки, що дозволяє значно зменшити травматичність основного оперативного втручання і зберегти важливі анатомічні структури, зокрема, остеомаєтальний комплекс, що включає в себе миготливий епітелій цієї ділянки, який забезпечує можливість самоочищення гайморової порожнини від сторонніх тіл, мікрофлори тощо. Для цього на передній стінці верхньощелепної пазухи над “причинним” зубом роблять отвір діаметром 5—6 мм, уводять у пазуху ендоскоп і інструменти, видаляють патологічні тканини і рану ушивають (В.О. Маланчук, І.В. Федірко, 2004—2008).

Створення назоанастомозу в нижній носовий хід є досить болісним і травматичним етапом операції в рефлексогенній зоні, під час якого в організмі хворого виникають значні негативні рефлекторні вегетосудинні реакції. До того ж, цей етап руйнує остеомаєтальний комплекс. Тому для зниження травматичності операції, забезпечення відтоку з пазухи і для її промивання після операції, під візуальним контролем пунктують пазуху через нижній носовий хід, уводять у пазуху пластмасовий катетер на 5—7 діб і пазуху ушивають. Через катетер уводять потрібні лікувальні розчини (В.О. Маланчук, В.Н. Єфісько, 2008).

Класична тампонада верхньощелепної пазухи після гайморотомії йодоформним тампоном із виведенням його кінця через назоанастомоз у нижній носовий хід у ряді випадків не є оптимальним методом через болісність видалення тампона (часто потрібен знеболювальний супровід хворого), часом йол є шкідливим для хворого і стримує репаративні процеси в стінках пазухи тощо. Тому запропоновано тампонувати гайморову пазуху тампоном, просякнутим 0,1 % розчином мірамістину, який є добрим антисептиком. Крім того, тампон не приклеюється до стінок пазухи, забезпечує значний антимікробний ефект, не дає неприємного запаху при введенні в пазуху навіть до 5—7 діб і видаляється безболісно (Фаршад, 2008).

Післяопераційне лікування. Після традиційної операції на щоку накладають стисну пов'язку або міхур з холодною водою. Призначають постільний режим на 1—2 доби, а також антибіотики, сульфаніламіді. Йодоформний тампон з пазухи вилучають через 1—5 діб при його ослизненні. З 3—4-го дня після операції гайморову пазуху промивають через сполучення теплим розчином калію перманганату і можна призначити фізіопроцедури. За відсутності ускладнень шви знімають на 1—10-у добу.

Одужання хворих після радикальних гайморотомій настає в 61,3—88%. Ю.Й. Бернадський наводить дані щодо ефективності хірургічного лікування: у 80 % оперованих відзначають стійке одужання; у 12 % — поліпшення; у 1,5 % — відсутність ефекту; у 0,7 % — виникає рецидив гаймориту; у 5,7 % — формуються стійкі нориці, які закривають повторними операціями.

При гаймориті із проштовхуванням кореня в гайморову пазуху успіх простежується у 92 % випадків, при гаймориті періодонтитного походження — у 89 % випадків, при поєднаному із остеомиєлітом гаймориті — у 44% випадків.

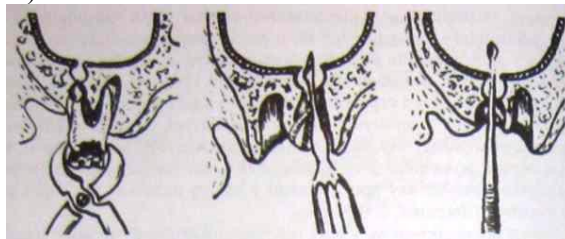
Найефективнішим з традиційних оперативних доступів є операційний доступ за Заславським. Після операції хворі можуть відзначати відчуття гиску, тяжкості, тупий біль, парестезії, оніміння зубів верхньої щелепи, ідо зникають у різний термін (від 1 до 4—7 років). Порушення чутливості спостерігається при всіх видах розтинів, і це пов'язано з трепанацією передньої стінки гайморової пазухи. На післяопераційних рентгенограмах завжди деякий час простежується зниження прозорості гайморової пазухи.

Рецидиви хронічного одонтогенного гаймориту виникають за наявності захворювання інших приносних пазух. Прогноз і результати лікування позитивні.

ПЕРФОРАТИВНИЙ

ГАЙМОРИТ

Приблизно в 38—40 % випадків верхівки коренів верхніх молярів контактують зі слизовою оболонкою верхньощелепної пазухи, тому перфорації її дна виникають унаслідок анатомічних умов, через періапикальні патологічні процеси, а також через грубу, некваліфіковану роботу лікаря під час видалення зуба, здебільшого при накладанні щічок щипців на кістку ямки зуба або невмілому застосуванні елеватора (мат. 4).



Мал. 4. Пошкодження дна верхньощелепної пазухи при видаленні зуба та інструментами.

Клінічна картина перфоративного гаймориту. Розрізняють гостре (кілька годин-днів до розвитку запалення) і тривале хронічне розкриття верхньощелепної пазухи. При випадковому розкритті інтактної верхньощелепної пазухи (близько 12 % випадків) з отвору виходить кров з повітрям, носоповітряні проби є позитивними, а при розкритті пазухи, в якій вже є хронічне запалення (близько 30 % випадків), — з перфорації виходить гній або вибухають поліпи.

При не діагностованій перфорації дна верхньощелепної пазухи через перфораційний отвір в порожнину потрапляє слина, їжа і через 2—5 днів розвивається гострий гайморит (близько 58 % випадків), який може перебігати з меншою активністю клінічних проявів, ніж гострий одонтогенний гайморит. Якщо перфорація виникла при наявному хронічному гаймориті, врослій в порожнину радикальної кисти, то загострення запального процесу зазвичай не виникає.

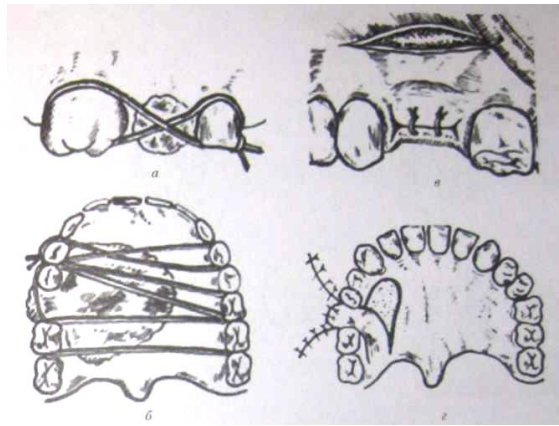
Рентгенографічні дані мають одну особливість: на внутрішньоротовій рентгенограмі лінія кісткової стінки дна верхньощелепної пазухи в межах перфорації буде порушеною.

Клінічно і патологоанатомічно доцільно розрізняти такі види ороантральних сполучень:

- 1) перфорація — гостре розкриття інтактної верхньощелепної пазухи, стінки сполучення представлені травмованою кісткою лунки та слизовою оболонкою без ознак запалення (потребує закриття консервативним або оперативним методом);
- 2) нориця — у сполучення часто вибухають поліпи слизової оболонки (є хронічний гайморит), стінки представлені інтактними тканинами або грануляційною тканиною з гнійним ексудатом (потребує закриття, частіше оперативним методом і санації верхньощелепної пазухи);
- 3) ороантральне співустя — стінки його епітелізовані, епітелій верхньощелепної пазухи поєднується з епітелієм порожнини рота (закривають оперативним методом із висіченням слизової оболонки за ходом співустя і, за показаннями, з місцевою кістковою пластикою).

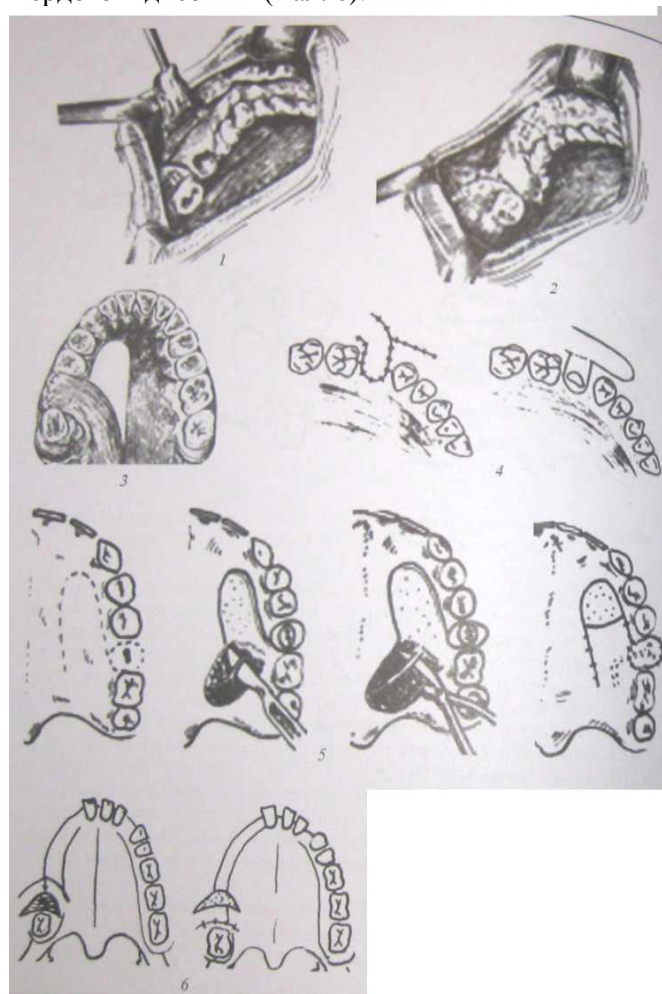
Вибір методу і термінів лікування гаймориту при ороантральному сполученні залежить від наявності в пазусі запалення, його характеру і тривалості, змін слизової верхньощелепної пазухи, наявності кореня у верхньощелепній пазусі або іншого стороннього предмета (зламаної інструмента, пломбувальної маси, тампона, залишків їжі, ендодонтичних штифтів для заповнення кореневого каналу), стану прилеглих до лунки м'яких тканин.

При випадковому розкритті інтактної верхньощелепної пазухи, відсутності запалення, малих розмірах перфорації показане консервативне лікування. Не промиваючи пазуху, ізолюють її від порожнини рота консервативно (тампон на ямку, захисна назубна пластмасова капа) або хірургічно — ямку виповнюють кров'ю, краї зближують швом для утримання згустка крові, зверху закривають її йодоформним тампоном, який фіксують за сусідні зуби індивідуальною назубною капою з пластмаси або лігатурним дротом (мал. 5).



Мал. 5. Схеми закриття ороантрального сполучення тампоном і варіанти його фіксації (а, б), методом І.М. Старобинського (в), клаптем зі щоки (г).

У разі значної травми або втрати м'яких тканин і кісткових країв ямки видаленого зуба виконують пластичне закриття перфорації місцевим слизово-окісним клаптом, який викроюють з альвеолярного відростка, зі щоки або з твердого піднебіння (мал. 6).

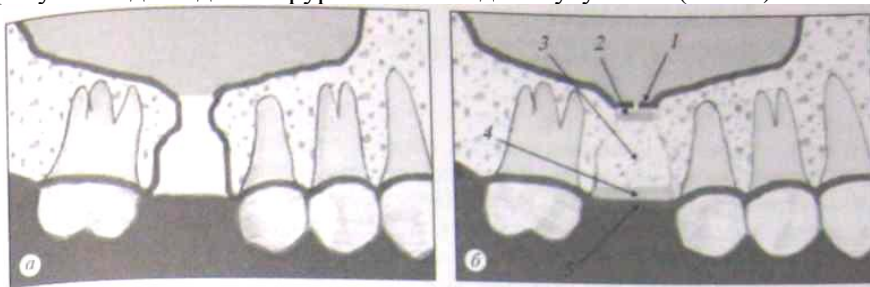


Мал. 6. Варіанти закриття ороантрального сполучення:

1, 2— трапецієподібним слизово-окісним клаптом (а — лінія розсічення окістя для мобілізації клаптя); 3 — клаптем з твердого піднебіння (містить піднебінну артерію); 4 — клаптем з перехідної складки; 5 - за Г.І. Семенченко та співавт.; 6 - мостоподібним клаптом.

Місьцеве пластичне усунення перфорації є можливим також при обмеженій гіперплазії слизової оболонки. Радикальна гайморотомія з пластичним усуненням ороантрального сполучення потрібна при поліпозно зміненій слизовій оболонці ендодонтичного інструмента) або врослої в пазуху кісти, наявності в пазусі стороннього тіла (зуба, його кореня, пломбувальної маси). За наявності великого розміру кісткових дефектів дна верхньощелепної пазухи виконують кістково-пластичне відновлення дна пазухи місцевими невільними (В.О. Маланчук, І.Г. Скворцова, 1986; П.В. Ходорович та співав..

1988) або вільними аутокістковими трансплантатами, зокрема, з передньої стінки верхньощелепної пазухи, які розташовують з боку порожнини рота або верхньощелепної пазухи, чим одночасно збільшують об'єм наявної в цьому місці кістки (В.О. Маланчук, Д.Н. Кеян, 2010). Призначення хворим комплексної медикаментозної терапії є необхідним. Стійкі епітелізовані ороантральні сполучення потребують відповідних хірургічних методів їх усунення (мал. 7).



Мал. 7. Схеми ороантрального сполучення (а) і його усунення (б);

1 — м'які тканини співвуста повернуто в бік синуса; 2, 4 — мембрани з тромбоцитарного гелю авто крові; 3 — заміщувальний кістку (біологічний або синтетичний) матеріал; 5 — слизово-окісний клапоть (О.В. Чумаченко, 2009).

Здійснювати оперативне закриття свіжої перфорації потрібно в перші 1—2 доби, до появи запальних явищ (за умови прикриття тампоном перфорації) або вже після стихання гострого процесу. За відсутності запалення слизової оболонки верхньощелепної пазухи риностому робити не рекомендують, а за наявності стійких епітелізованих норниць риностома є обов'язковою.

Гайморит при потраплянні в пазуху сторонніх тіл. Останніми роками при застосуванні швидкооберткових інструментів для пломбування кореневих каналів зубів частішими стають випадки введення пломбувальної маси у верхньощелепну пазуху. Деякі види цих матеріалів мають виражену антимікробну дію і можуть, вірогідно, впливати на біоценоз верхньощелепної пазухи і порушувати його, що вважають однією з причин виникнення так званих міцетом, тобто розвитку в пазусі патогенних грибів, які симулюють наявність пухлини. У такому разі проводять хірургічне і протизапальне лікування.

Прогноз при одонтогенному та перфоративному гаймориті зазвичай позитивний, тривалість лікування до 7-12 діб.

6. ПЛАН І ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА НАВЧАЛЬНОГО ЗАНЯТТЯ З ДИСЦИПЛІНИ

№ з/п	Етапи заняття	Розподіл часу	Види контролю	Засоби навчання
1.	Підготовчий етап	30 хв.	Усне опитування за переліком питань. Письмове тестування.	Комп'ютер (ноутбук). Мультимедійні методичні розробки. Анатомічні муляжі. Відео- та фотоматеріали. Електронні довідники.
1.1	Організаційні питання			
1.2	Формування мотивації			
1.3	Контроль початкового рівня підготовки (стандартизовані засоби контролю)			
2.	Основний етап (вказати всі види робіт, які виконують студенти під час цього етапу).	60 хв.	Практичний тренінг. Вирішення клінічних задач. Створення алгоритмів лікарських дій, професійний тренінг.	Рентгенограми, ортопантомограми, томограми. Набір інструментарію. Результати лабораторних, цитологічних та гістологічних досліджень.
3.	Заключний етап	45 хв.	Тестування. Практичні завдання. Ситуаційні та нетипові задачі. Усне опитування.	
3.1	Контроль кінцевого рівня підготовки			
3.2	Загальна оцінка навчальної діяльності студента			
3.3	Інформування студентів про тему наступного заняття			

4.5. Види самостійної роботи студентів.

1. Вивчити такі питання ($\alpha=I$):

- 1.1. Етіологія та патогенез одонтогенного гаймориту.
- 1.2. Причини та механізм виникнення ороартральних сполучень.
- 1.3. Класифікація одонтогенного гаймориту.
- 1.4. Клінічна картина одонтогенного гаймориту та ороартрального сполучення.
- 1.5. Діагностика та диференційна діагностика одонтогенного гаймориту та ороартрального сполучення.
- 1.6. Комплексне лікування одонтогенного гаймориту.
- 1.7. Методика пластичного закриття ороартральних сполучень.

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

2.1. Нижня межа верхньощелепної пазухи розташовується у новонароджених:

- A. Нижче за дно носової порожнини на 5 мм.
- B. Нижче за дно носової порожнини на 3 мм.
- C. На рівні дна носової порожнини.
- D. Вище за дно носової порожнини на 3 мм.
- E. Вище за дно носової порожнини на 5 мм.

(Правильна відповідь: E)

2.2. Яким епітелієм вислана верхньощелепна пазуха у дорослих?

- A. Плоским неороговіваючим.
- B. Плоским ороговілим.
- C. Багатошаровим миготливим.
- D. Циліндричним.
- E. Кубічним.

(Правильна відповідь: C)

2.3. Яка особливість одонтогенного гаймориту?

- A. Частіше має гострий перебіг.
- B. Частіше має первинно-хронічний перебіг.
- C. Обов'язково є відчуття важкості у верхній щелепі.
- D. Обов'язково є виділення гною з відповідної половини носа.
- E. Обов'язково є виділення гною з протилежної половини носа.

(Правильна відповідь: B)

6. Тестові завдання з множинним вибором:

3.1. Запальний процес з верхньощелепної пазухи переходить на:

- A. Підскроневу ямку.
- B. Крило-піднебінну ямку.
- C. Щічну область.
- D. Крило-щелепний простір.
- E. Орбіту.

(Правильна відповідь: A, B, C, E)

3.2. Що є характерним для риногенного гаймориту?

- A. Двосторонність ураження.
- B. Розлитий характер.
- C. Відсутність причинного зуба.
- D. Виділення гною з відповідної половини носа;
- E. Локалізація в області дна, передньої і зовнішньої стінки верхньощелепної пазухи.

(Правильна відповідь: A, B, C, D)

3.3. Що є характерним для злоякісної пухлини верхньої щелепи?

- A. Болі носять наполегливий характер.
- B. Наявність у відокремлюваному домішок крові.
- C. Наявність причинного зуба.
- D. Носові кровотечі й іхорозний запах.
- E. Консервативне лікування не дає ефекту.

(Правильна відповідь: A, B, D, E)

4. Задачі для самоконтролю:

4.1. Чоловік, 25 років, звернувся зі скаргами на біль, відчуття тяжкості у верхній щелепі зліва. Раніше видалено 25 зуб, але поліпшення не наступило. З'явилися гнійні виділення з лівого носового ходу.

Був поставлений діагноз гострий одонтогенний гайморит зліва. Як правильно провести пункцію верхньощелепної пазухи?

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

(Відповідь: B)

4.2. Після клінічного і рентгенологічного обстеження у хворого, 32 років, встановлений діагноз: хронічний одонтогенний гайморит, співвустя гайморової пазухи з порожниною рота через лунку 27 зуба. Вкажіть найбільш оптимальний метод оперативного лікування цього захворювання.

- A. Радикальна гайморотомія з пластиком співвустя місцевими тканинами.
- B. Пластика співвустя місцевими тканинами, протизапальна терапія.
- C. Радикальна гайморотомія.
- D. Пластика співвустя клаптом з твердого неба.
- E. Ушивання норицевого ходу, промивання гайморової пазухи.

(Відповідь: A)

4.3. Хворий, 42 років, скаржиться на болі в 26 зубі, які посилюються при стисканні щелеп, слабкість, розбитість, підвищення температури тіла до 38°C, головна біль, почуття тиску в лівій половині обличчя. Ліва половина носа закладена, з лівої ніздрі виділяється слизова рідина. Болі в зубі з'явилися 3 дні тому. Об'єктивно: асиметрія обличчя за рахунок набряку м'яких тканин лівої підочної області. Слизова оболонка носової порожнини зліва гіперемована. Відкривання рота вільне. Слизова оболонка по перехідній складці в області 26 зуба гіперемована. Коронкова частина 26 зруйнована на 2/3. Перкусія різко болісна. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Гострий гнійний періостит від 26.
- B. Гострий гнійний періодонтит 26
- C. Гострий одонтогенний гайморит.
- D. Одонтогенна флегмона підочної ділянки
- E. Одонтогенний гострий лімфаденіт щоки.

(Відповідь: C)

4.6. Перелік індивідуальних завдань (якщо їх виконання при вивченні даного модуля передбачено робочою навчальною програмою з дисципліни).

Не передбачено.

4.8. Перелік теоретичних питань до підсумкового модульного контролю (з типової навчальної програми).

- 1. Одонтогенний гайморит. Етіологія, класифікація, клініка, діагностика.
- 2. Одонтогенний гайморит. Консервативне та хірургічне лікування. Ускладнення та їх профілактика.

4.9. Перелік практичних завдань та робіт до підсумкового модульного контролю (з типової навчальної програми).

- 10. Провести опитування хворого та на його основі зробити запис в історії хвороби.
- 11. Провести обстеження амбулаторного хірургічного стоматологічного хворого та зробити про це запис в історії хвороби.
- 12. Провести обстеження периферійних лімфатичних вузлів щелепно-лищевої ділянки, шиї та слинних залоз.
- 13. Встановити попередній діагноз на основі опитування хворого та його обстеження (хворого з періодонтитом, періоститом, остеомієлітом щелеп та флегмоною щелепно-лищевої ділянки).
- 14. Знати схему та вміти доповісти про хворого викладачеві; обґрунтувати діагноз та скласти план лікування.
- 15. Підготувати набір інструментарію для обстеження хірургічного стоматологічного хворого.
- 16. Обстежити хворого з гайморитом, встановити діагноз і призначити лікування.
- 17. Встановити діагноз та надати допомогу при перфорації гайморової пазухи.
- 18. Вміти виконати будь-який вид місцевого знеболення в щелепно-лищевої ділянці.

7. ЛІТЕРАТУРА.

Основна література:

- 4. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2 т. – Т. 1 / В.О. Маланчук, О.С. Воловар, І.Ю. Гарляускайте та ін. – К. : ЛОГОС, 2011. С. 272–290.

5. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А. Тимофеев. – К.: Червона Рута-Турс, 2002. – С. 226–241.
6. Бернадський Ю.Й. Основи щелепно-лицевої хірургії і хірургічної стоматології / Ю. Й. Бернадський. – К. : Спалах, 2003. – С. 152–163.

Додаткова література:

4. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: В 2-х темах. / Под ред. В.М.Безрукова, Т.Г.Робустовой. - Изд. 2-е, перераб. и доп. – М. : Медицина, 2000. Т. 1. – С. 152–167.
5. Хирургическая стоматология в схемах и таблицах: Учеб. пособие для студентов и врачей-интернов / Г.П. Рузин, А.А. Дмитриева. – Харьков : ХГМУ, 2001. – С. 34–42.
6. Хирургическая стоматология: Учебник / Под ред.Т.Г. Робустовой. – М. : Медицина, 1999. – С. 176–194.

№ 7. Специфічні захворювання - актиномікоз, туберкульоз, сифіліс, СНІД: етіопатогенез, класифікація, клініка, діагностика, консервативні та хірургічні методи лікування.

1.КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 1.3. Аналізувати розповсюдженість актиномікозу, туберкульозу та сифілісу в цілому та його проявів в ЩЛД; прояви СНІДу в порожнині роту та ЩЛД.
- 1.2. Пояснювати причини та шляхи зараження актиномікозом, туберкульозом, сифілісом та СНІДом.
- 1.3. Запропонувати нові підходи в діагностиці специфічних захворювань та СНІДу.
- 1.4. Класифікувати специфічні захворювання.
- 1.5. Тракувати дані рентгенологічних, патоморфологічних, серологічних досліджень при специфічних захворюваннях та СНІДі.
- 1.6. Малювати схеми обстеження пацієнтів зі специфічними захворюваннями ЩЛД.
- 1.7. Проаналізувати ускладнення, наслідки та прогноз специфічних захворювань ЩЛД та СНІДу.
- 1.8. Скласти план обстеження та лікування хворих зі специфічними захворюваннями ЩЛД.

8. БАЗОВИЙ РІВЕНЬ ПІДГОТОВКИ

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Анатомія людини.	Знати анатомію щелепно-лищевої ділянки, кровопостачання та іннервацію м'язів голови та шиї. Вміти визначити анатомічну область щелепно-лищевої ділянки.
2. Патоморфологія з секційним курсом.	Знати гістологічну будову та морфологічну структура патологічно-змінених тканин. Розпізнавати патологічно змінені тканини. Вміти взяти матеріал для патоморфологічного дослідження.
3. Патофізіологія	Знати етіологію та патогенез захворювань, обмін речовин в патологічно змінених тканинах. Вміти логічно представити етіопатогенетичний ланцюг розвитку специфічних захворювань та СНІДу.
4. Мікробіологія, вірусологія та імунологія.	Знати біологію збудників специфічних захворювань та СНІДу. Вміти трактувати дані серологічних реакцій при цій патології.
5. Шкірні та венеричні хвороби.	Знати шляхи інфікування сифілісом та клінічні прояви, заходи профілактики. Вміти діагностувати сифіліс на різних періодах перебігу захворювання.
6. Фтизіатрія.	Знати шляхи інфікування туберкульозом та клінічні прояви, групи ризику, заходи профілактики. Вміти діагностувати туберкульоз на різних стадіях перебігу захворювання.
7. Інфекційні хвороби з епідеміологією.	Знати шляхи інфікування вірусом імунодефіциту людини та перші клінічні прояви, групи ризику, заходи профілактики. Вміти діагностувати прояви ВІЛ-СНІДу в порожнині роту та ЩЛД на різних стадіях перебігу захворювання.

3. ОРГАНІЗАЦІЯ ЗМІСТУ НАВЧАЛЬНОГО МАТЕРІАЛУ (описується навчальний матеріал, наводяться структурно-логічні схеми, таблиці, малюнки, що відображають зміст основних питань теми заняття).

АКТИНОМІКОЗ

Актиномікоз — запальний процес м'яких тканин та кісток щелепно-лицевої ділянки, який спричинюється променистими грибами людини, актиноміцетами. Їх відкрив німецький ветеринар Otto Bollinger у 1877 р. Актиноміцети постійно існують у порожнині рота людини і тому, вважають, зумовлюють аутоінфікування (ендогенний шлях інфікування). Вони можуть також потрапляти в організм людини, у порожнину рота із зовні — з колосків різних трав, злаків. Частота виникнення актиномікозу — до 5—7 % від загальної кількості хворих із запальними процесами щелепно-лицевої ділянки.

Актиноміцети (від грецьк. *aktis* — промінь, *mykes* — гриб) — це одноклітинні бактерії, мають вигляд тонких переплетених гілок, які утворюють міцелій. Вони займають проміжний стан між грибами та бактеріями і виділені в самостійну групу, рід *Actinomyces*. За Грамом вони фарбуються позитивно. Найчастіше розвиток актиномікозу спричинюють анаеробні проактиноміцети *Actinomyces israeli* або *Actinomyces bovis*, рідше — аеробні актиноміцети. У людини С.Ф. Дмитрієв показав можливість переходу анаеробних форм в аеробні і виділив такі аеробні збудники: *Actinomyces albus*, *Actinomyces violaceus*, *Mic- romonospora*.

Вважають, що зараження відбувається при неодноразовому потраплянні актиноміцетів в організм людини через пошкоджену слизову оболонку, при операціях, запальних процесах, що викликає попередній стан специфічної сенсibilізації організму до цього збудника. Ендогенний шлях інфікування обумовлює відсутність епідемічних спалахів та передачі інфекції типовим шляхом. При достатньому рівні специфічної і, навіть, неспецифічної сенсibilізації, знижені захисних можливостей організму та достатній кількості прониклого в тканини збудника інкубаційний період триває до 1—3 тиж., після чого розвивається запальний процес.

Актиномікоз може розвинути і як самостійний патологічний процес, і як вторинна інфекція при тривалому неспецифічному запальному процесі, зокрема одонтогенного походження. Вторинна інфекція може бути різною, але створює умови для розвитку актиномікозу, який є основним специфічним компонентом запалення.

Шляхи поширення актиноміцетів типові для інфекції — контактний (ушкоджуються всі тканини з утворенням специфічної гранульоми), гематогенний (метастазування інфекції у віддалені органи — легені, мозок, печінку) та лімфогенний (поширення продуктів лізису актиноміцетів). У тканинах актиноміцети утворюють специфічної будови гранульоми, які руйнують прилеглі тканини за рахунок запального процесу, який характеризується гістологічними та клінічними особливостями.

Частота виникнення захворювання в Європі становить 1 випадок на 40—120 тис. населення на рік, у 2,5—3 рази частіше хворіють чоловіки. Вік хворих — від 1,5 до 89 років, переважно від 11 до 30 років (жінки) та 20—40 років (чоловіки).

Патологоанатомічно виокремлюють гнійно-некротичну та фіброзну форми реакції тканин на проникнення актиноміцетів. Актиномікотичні гранульоми тверді, малорухомі за рахунок фіброзного компоненту, що розташований по периферії гранульоми з грануляційною тканиною, плазматичними клітинами, фібробластами і ксантомними клітинами, у центрі гранульоми знаходяться друзи, колонії гриба-збудника, полінуклеари, лімфоцити. Після ущільнення фіброзного шару гранульома стає дуже твердою та нерухомою, що значно обмежує рухомість прилеглих м'яких тканин та нижньої щелепи.

Виділяють класифікації клінічного перебігу актиномікозу. Т.Г. Робустова (1982) виокремлює такі 10 форм актиномікозу: шкірна (0,3 %), підшкірна (16,9 %), слизова (0,3 %), підслизова (0,6 %), одонтогенна актиномікозна гранульома в шкірі, підшкірній жировій клітковині, підслизовій тканині, під окістям (8,9 %), підшкірно-міжм'язова форма (28,9 %), актиномікоз лімфатичних вузлів (30,7 %), актиномікоз окістя щелеп (0,9 %), кісток щелеп (6,9 %), органів порожнини рота та інших відділів щелепно-лицевої ділянки (язика, слинних залоз, мигдаликів, верхньощелепної пазухи, придатків ока — 36,5 %).

За перебігом процесу виділяють легку, середньої тяжкості та тяжку форму актиномікозу, не ускладнену або ускладнену вторинною інфекцією. До ускладнень первинних форм ураження тканин відносять також вторинне ураження кісток обличчя, метастазування інфекції та генералізацію процесу.

Захворювання може починатися гостро і за 1-2 тиж. переходить у хронічний перебіг. Характерним для всіх форм актиномікозу є повільний і млявий перебіг, дерев'яниста щільність інфільтрату, нориці з гнійним ексудатом, шкіра над інфільтратом ціанотична, синьо-багрового кольору.

Неускладнена форма актиномікозу починається без яскравої клінічної картини. Спочатку в ділянці проникнення в тканини збудника з'являється мало болючий інфільтрат, збільшується 1-2 регіонарні лімфатичні вузли. Згодом інфільтрат більшає, стає дифузним, без чітких контурів, щільним при пальпації, майже нерухомим, після його поширення на жувальні м'язи виникає обмеження відкривання рота, утруднення рухів шиєю та поворотів голови. Загальний стан хворого первинно страждає мало, ознаки запального процесу в організмі невиразні, нечіткі. За деякий час у ділянці інфільтрату шкіра набуває багрово-ціанотичного кольору, у центрі інфільтрату виникає м'яка ділянка, де з'являються 1-2-3 нориці, з яких виділяється гній з білуватими крупинками, друзами. Періодично нориці закриваються та відкриваються знову, кількість та якість ексудату, що з них виходить, також може змінюватися.

Ускладнена форма розвивається за наявності додаткового збудника запального процесу і має інші клінічні прояви, зумовлені цією додатковою інфекцією. Місцеві та загальні прояви запального процесу є більш яскравими, характерними для гострої фази неспецифічного гнійного запалення — значний місцевий набряк тканин, швидка динаміка і поширення місцевого процесу, висока температура, інтоксикація тощо. Після розтину інфільтрату або флегмони по лінії розрізу залишаються стійкі нориці із незначним гнійним ексудатом, який містить малі білуваті крупинки, друзи. При ускладненому перебігу актиномікозу запальний процес часто розповсюджується на кісткові структури обличчя — щелепи, виличну, лобову, скроневу та інші кістки, зокрема кістки основи черепа тощо. Можлива також генералізація процесу, поширення збудника на інші відділи тіла хворого — легені, черевну порожнину, основу та порожнину черепа тощо.

Шкірна форма — спостерігається рідко в щічній, підщелепній ділянках, на шиї. Виокремлюють пустульозну, горбкувату та змішану форму. Загальний стан хворого не порушується, ураження тканин поверхневе, шкіра змінює колір, виявляють кілька вогнищ ураження із стоншенням шкіри та появою пустул з ексудатом або грануляційною тканиною.

Підшкірна форма — виділяють абсцедуючу, гумозну та змішану форми. Ураження тканин у тих самих анатомічних ділянках є більш глибоким, тому у хворого може спостерігатися підвищення температури тіла, ширший інфільтрат.

Слизова форма — розвивається дуже рідко. Сприяє ураженню механічне пошкодження слизової оболонки. Перебіг повільний, без загальних проявів. Інфільтрат поверхневий, спаяний із підслизовою тканиною.

Підслизова форма — спостерігається рідко, з помірними больовими відчуттями, переважно локалізується в ретромоларній, під'язиковій, крило-нижньощелепній ділянці. Після розкриття інфільтрату можна виявити в тканинах невелику порожнину з ексудатом та грануляціями.

Одонтогенна актиномікотична гранульома — після первинного формування в ділянці верхівок зуба гранульома поширюється на інші тканини — під шкіру, кістку, у м'язи. Можна виявити по перехідній складці тяж ущільнених тканин від зуба до інфільтрату.

Підшкірно-міжм'язова (глибока) форма — процес уражує шкіру, підшкірну жирову і міжм'язову клітковину, м'язи. Клінічний перебіг характеризується різними проявами залежно від переважної локалізації та поширеності інфільтрату. Загальний стан хворого поширений. Часто приєднується вторинна мікрофлора. Ураження кісток проявляється у вигляді вогнищ остепорозу та остеосклерозу, мозаїчності кістки, наявності внутрішньокісткових абсцесів, гум.

Актиномікоз лімфатичних вузлів — може давати початок для підшкірної, міжм'язової та іншим формам ураження. Частіше підпадають ураженню під-нижньощелепні лімфатичні вузли у вигляді хронічного гіперпластичного, абсцедуючого лімфаденіту, аденофлагмони, лімфангіту.

Актиномікоз періосту щелеп — простежується рідко у вигляді ексудативного, гіперпластичного ураження періосту з вестибулярної поверхні щелепи, частіше на рівні молярів.

Актиномікоз кістки щелепи — може бути первинним або вторинним ураженням, частіше — нижньої щелепи у вигляді деструктивного, продуктивно-деструктивного або продуктивного процесу. Можливий типовий симптом Венсана, поширення інфекції на м'які тканини, у порожнину очної ямки або черепа.

Актиномікоз органів порожнини рота — ураженню підпадають різні органи. Ураження язика відзначають підслизової, м'язової форми внаслідок переважно місцевої травми. Ураження слинних залоз виникає після проникнення збудника через слинні протоки або через лімфатичні залози. Здебільшого уражується привушна слинна залоза. Відрізняють обмежений або дифузний ексудативний та продуктивний сіалоаденіт, актиномікоз глибоких лімфатичних вузлів із поширенням на паренхіму залози. Ураження мигдаликів — часто ізольоване або з ураженням прилеглих м'яких тканин. Клінічно — збільшення мигдаликів, вони стають щільними, малорухомими, слизова

оболонка над ними з'єднана з інфільтратом. Ураження слизової оболонки верхньощелепної пазухи трапляється рідко. Клінічно і рентгенографічно воно схоже на хронічний гайморит. Ураження придатків ока розвивається за ходом слезових шляхів, нижньої повіки.

Інші локалізації ураження актиномікозом (Німеччина, 1969—1995 рр.) зустрічаються у 2,4 % випадків: торакальний (включаючи грудну клітку) — 1,3 % випадків, абдомінальний (включаючи органи малого таза) — 0,7 %, кінцівки і шкіра — 0,7 %, мозок — 0,1 %, кров (септицемія) — 0,06 % випадків.

Діагностика актиномікозу є складною, бо первинні прояви його є різноманітними та можуть нагадувати низку інших захворювань, особливо, коли відразу від початку запального процесу долучається неспецифічна інфекція.

Актиномікоз потрібно диференціювати з ретромолярним періоститом, гострим і хронічним остеомієлітом щелеп, особливо в разі локалізації процесу в ретромолярній ділянці біля гілки щелепи, з туберкульозом і сифілісом тканин щелепно-лицевої ділянки, неспецифічним хронічним лімфаденітом та сіалоаденітом, одонтогенною грануломою обличчя (мігруюча стадія), доброякісними та злоякісними пухлинами, фурункульозом, а також з деякими системними захворюваннями сполучної тканини. До останніх належить грибоподібний мікоз, дерматоміозит, особливо, коли процес неоколоагенезу супроводжується відкладенням у новоутвореній сполучній тканині мінеральних солей, кальцію, що спричинює значну твердість тканин при пальпації (синдром Тіб'єрже-Вейсенбаха).

Під час діагностики ретельно вивчають анамнез хвороби, з'ясовують наявність шкідливих професійних та інших впливів на хворого, також застосовують додаткові методи дослідження — мікробіологічні, серологічні, імунологічні, патогістологічні тощо. Досліджують гній, грануляції та біоптати. Методом прямої мікроскопії гною в нативному препараті беруть ексудат з нориці або пунктат, бажано з білуватими, солом'яно-жовтими, зеленуватими, темними або малопігментними крупинками друз. Кладуть на предметне скло, додають 1-2 краплі 5 % розчину їдкого калію, який розчиняє білкові структури гною окрім друз актиноміцету, які є стійкими до цього лугу, покривають препарат покривним склом та вивчають під мікроскопом у боковому білому світлі. При цьому можна бачити колонії актиноміцетів округлої форми, з радіальним розташуванням елементів колонії по периферії.

При фарбуванні за Грамом центр друзи фарбується позитивно, а периферія — негативно. Однак у гнійному виділенні не завжди вдається знайти друзи. Утім, типова картина променистого гриба не завжди свідчить про наявність специфічного процесу в тканинах, оскільки актиноміцети існують у порожнині рота й здорової людини.

Культуральна діагностика передбачає посіви гною на прозорі живильні середовища і культивування в анаеробних умовах у 3 чашках для дослідження після 3-ої, 7-ої та 14-ої доби.

Серологічна діагностика. Застосовують шкірно-алергійні проби, імунодіагностику. Проба за Д.І. Аснїним: 0,3 мл актинолізату (фільтрат лізованих актиноміцетів людини, вирощених на м'ясо-пептонному бульйоні) вводять у шкіру передпліччя хворого, а на 10 см вище — 0,3 мл м'ясо-пептонного бульйону. У місці введення антигенів через 10-12 год з'являється еритема, яка існує протягом тривалого часу у хворої на актиномікоз людини. Введення бульйону слугує як тестове введення — чи є реакція на бульйон (вона зникає через 10-12 год), чи на актинолізат. Проба не є специфічною — вона є позитивною лише у 68,7-92,1 % хворих на актиномікоз, у 80,77 % хворих з іншими запальними процесами щелепно-лицевої ділянки, у 12,2—25,5 % хворих на туберкульоз, у 12 % хворих на рак та інші хвороби.

Реакція зв'язування комплементу з полівалентним актинолізатом та сироваткою крові хворого дає точність у 80-92 %, що теж вказує на її неспецифічність.

Реакція гальмування міграції лімфоцитів (РГМЛ) крові та ротової рідини. Як антиген використовують актинолізат, для контролю — алергени стафілокока, стрептокока. Ця реакція дає змогу отримати інформацію про специфічну імунну відповідь на актиноміцет.

Прямий базофільний тест (ПБТ) з використанням актинолізату як антигену показує алергійну реакцію негайного типу, специфічну імунну відповідь і корелює із шкірно-алергійною пробю, доповнює РГМЛ.

Аналізуючи 125 клінічних симптомів цього захворювання виділили 35 симптомів, які найчастіше спостерігаються при актиномікозі, однак їх сукупність не виявилася специфічною для цього захворювання. Труднощі діагностики актиномікозу останніми роками зумовлені ще й тим, що нині відсутній діагностичний актинолізат, унаслідок змін в імунній системі та змін самих збудників багатьох запальних процесів. Перебіг захворювання також дещо змінився — став тривалішим, з

рецидивуючими загостреннями, стійкими до лікування.

Лікування актиномікозу, як і інших запальних процесів, має бути етіологічним та патогенетичним, тобто комплексним і комбінованим. Призначають хірургічне лікування, імунотерапію (специфічний захист), антибіотикотерапію, гіпосенсибілізувальну, протизапальну, симптоматичну терапію, лікування супутніх захворювань.

Хірургічні методи лікування є основними і їх застосовують для розтину інфільтратів та абсцесів м'яких тканин, секвестрально відповідно до клінічної картини захворювання та впливу на місцеве запальне вогнище. Видаляють причинні зуби і санують прилеглу до зубів кістку, розкривають актиномікотичні вогнища, некротичні і грануляційні тканини, уражені лімфатичні вузли, ретельно видаляють надлишкову новостворену кістку, сторонні тіла, секвестри. після чого рану дрениують трубчастими дренажами для її промивання розчинами антисептиків, антибіотиків, ферментів тощо.

Імунотерапія. Актиноміцети практично нечутливі до впливу традиційних антибіотиків та протигрибкових засобів, тому основним специфічним етіологічним лікуванням актиномікозу є специфічна імунотерапія з використанням актинолізату для посилення імунної відповіді організму на наявність в організмі збудника — актиноміцету. Запропоновано кілька схем актинолізаттерапії. Лікування за Д.І. Аснїним передбачає проведення 15-25 внутрішньошкірних ін'єкцій кожні 2-3 доби. Уводити потрібно 0,5-0,7-0,9-1-1,1 мл зі збільшенням щоразу дози на 0,1 мл. На 14-й ін'єкції доза стає 2 мл і залишається такою до закінчення лікування. О.І. Євдокімов, Г.А. Васильєв залежно від глибини ураження тканин використовують 15-20 ін'єкцій актинолізату, двічі на тиждень по 3 мл внутрішньошкірно, підшкірно або внутрішньом'язово. Інтервал між курсами актинолізаттерапії — до 1,5-2 міс. Для активної імунотерапії використовують також актиноміцетну полівалентну вакцину (АПВ), в 1 мл якої міститься 1 млрд грибів. Вакцину вводять внутрішньошкірно в різні точки по 0,1 мл за наростаючою схемою: 0,1-0,2-0,3-0,4 мл і так до 1 мл. На курс пропонують 20-25 ін'єкцій, схему повторюють через 1 міс., а для подальшої профілактики призначають курс із 10 ін'єкцій.

Сучасну антибіотикотерапію застосовують для усунення переважно вторинної супутньої інфекції при актиномікозі, яка значно погіршує перебіг основного захворювання. Призначають її у високих дозах протягом 3-12 міс. (пеніциліни, аміноглікози, лінкозаміни, карбопеніми, цефалоспорины) разом із сульфаніламідними препаратами, антистафілококовими препаратами (анатоксин, гамаглобулін). Нині ефективним є застосування амоксицидину і клавіранової кислоти, ампіциліну і сульфактаму, додатково до основних антибіотиків призначають кліндаміцин і метронідазол. Ефективним є також фтївазид по 1-2 г на добу на період до 3 міс. і більше.

Додатково для лікування застосовують препарати йоду — 5 % розчину калію йодиду по 1 ст. л. 4-6 разів на день, або від 10 до 50 мл 10 % розчину натрію йодиду внутрішньовенно щодня, бо місцеве застосування препаратів йоду є недостатньо ефективним.

Імунотерапія і гіпосенсибілізувальна терапія — має за мету корекцію стану імунітету і зниження алергічного фону, проводять її стандартними препаратами.

Ураховуючи зниження системи імунітету хворого, призначають неспецифічну стимулювальну терапію. Проводити її потрібно обережно, лише після імунограми. Застосовують необхідні імунокоректори.

Загально зміцнювальна терапія передбачає призначення різних методів впливу на організм хворого з метою підвищення його резистентності — полівітамінотерапія, активатори обміну речовин (калію оротат, пентоксил, неробол тощо), аутогемотерапія, посилене харчування тощо.

Інфузійна терапія з контрольованим діурезом передбачає корекцію метаболічних зрушень, гемодинаміки, дезінтоксикацію організму.

Місцева фізіотерапія має забезпечити поліпшення кровообігу в ділянці хронічного специфічного запалення при нормергічному та гіпоергічному запаленні. Фізіотерапія поліпшує контакт захисних факторів організму зі збудником, зміненими тканинами, поліпшує функціональні можливості задіяних в запальному процесі тканин, допомагає ввести в тканини необхідні речовини, а відтак — прискорити одужання та зменшити негативні наслідки запалення. Для цього призначають місцеву лазеротерапію, опромінення ультрафіолетовими променями інфільтрату і крові (УФО), ультразвук і фонофорез, електрофорез препаратів йоду і лідази, кальцію хлориду, лідази, гормонів (гідрокортизон), флюктуоризацію та інші фізичні фактори курсами до 10-25 процедур з інтервалами в 3-4 міс.

Протизапальна рентгенотерапія — пригнічує надто виражену місцеву запальну реакцію. Разова доза опромінення — 100-150 Р, фокусна відстань 20-30 см, загальна доза 1500-2000 Р.

Місьцеве лікування — показане використання антибактеріальних мазей з вказаними препаратами, промивання нориць розчинами антисептиків, введення 1-2-5 % спиртового розчину йоду.

Тривалість лікування хворого на актиномікоз залежить від клінічної форми захворювання, поширеності процесу, загального стану організму хворого, своєчасності початку лікування та його адекватності клінічному перебігу хвороби, своєчасності і точності виконання призначеного лікування тощо. Для досягнення повного одужання інколи необхідно проводити до 4—5 курсів актинолізаттерапії з перервами між ними, що вимагає відповідного часу. Тривалість лікування уражень м'яких тканин без наявності вторинної інфекції менша (близько 3-6 міс.) порівняно з лікуванням уражень щелепних кісток та прилеглих м'яких тканин з наявністю додаткового неспецифічного запального процесу (до 6-12 міс. і більше). Рубці на обличчі та шиї від норичь та розрізів інфільтратів, які залишаються після закінчення запального процесу, можна усунути лише через 6 міс. після об'єктивно надійного одужання хворого.

ТУБЕРКУЛЬОЗ

Туберкульоз (tuberculosis) — хронічне інфекційне захворювання з виникненням специфічних гранулом у тканинах і поліморфною клінічною картиною. У 92 % випадків його спричинює мікобактерія туберкульозу — тонка коротка паличка із заокругленими кінцями, облігатний анаероб, факультативний внутрішньоклітинний паразит, який може розмножуватися в тканинах та макрофагах.

Шляхи інфікування — аерогенний (90-95 % випадків), аліментарний, контактний (через пошкоджену шкіру, слизову оболонку), внутрішньоутробний (через пупкову вену і плаценту). Ураження тканин щелепно-лицевої ділянки переважно є проявом загального специфічного туберкульозного процесу в організмі хворого. Головна його локалізація — легені, де мікобактерія розмножується в макрофагах і через лімфатичну та кровоносну системи потім поширюється в інші специфічні ділянки.

Потрапляння збудника на тканини обличчя та шиї можливе гематогенним, лімфогенним, контактним шляхом, через структури дихальної системи тощо (наприклад, відкашлювання мокротиння з легень у порожнину рота). При первинному зараженні ураження тканин щелепно-лицевої ділянки спостерігається рідко.

У дорослих і дітей ураженню підпадають шкіра, слизові оболонки, підшкірна жирова клітковина, слинні залози, кістки і лімфатичні вузли. Специфічна морфологічна реакція тканин — туберкульозна гранульома. В її центрі є вогнище некрозу (казеозу), оточене епітеліоїдними і гігантськими багатоядерними клітинами Пирогова-Лангханса, лімфоїдними і плазматичними клітинами, а по периферії — фібробласти.

Виокремлюють первинний і вторинний періоди туберкульозу. У разі первинного ураження збудником за умови достатнього рівня імунного захисту можливе (само)одужання людини, і тоді рентгенографічно в легенях виявляють вогнища кальцифікованого первинного туберкульозного комплексу. При повторному ураженні збудником виникає вторинний туберкульоз із формуванням вогнища, інфільтрату, каверни.

Розрізняють такі види ураження слизової оболонки порожнини рота і шкіри обличчя:

1. Вогнищевий — люпоїдний (туберкульозний вовчак), коліквативний (скрофулодерма), бородавчастий, міліарно-виразковий туберкульоз.
2. Дисемінований — індуративна еритема Базена, міліарний туберкульоз, ліхеноїдний туберкульоз, папулонекротичний лишай шкіри.

Туберкульоз слизової оболонки порожнини рота, губ, шкіри. Він є переважно ускладненням легеневих форм туберкульозу, дуже рідко виникає як первинне ураження. Клінічні прояви залежать від гостроти, локалізації, форми процесу. Основні прояви туберкульозу цих локалізацій — інфільтрат та виразка. Інфільтрати бувають різного розміру, щільності, кольору слизової над ним. За наявності виразок відзначають больові відчуття під час вживання їжі, мовлення, пиття, ковтання. Розміри виразки варіюються, дно її у вигляді ранової поверхні, що кровоточить, краї її м'які. Хронічні форми ураження можуть перебігати без чітких проявів.

Туберкульозний вовчак часто виникає в осіб із достатнім рівнем захисних можливостей організму. Переважна локалізація — шкіра обличчя, часто з одночасним ураженням верхньої губи, ясна, альвеолярний відросток верхньої щелепи, піднебіння, слизова оболонка порожнини рота (18—35 % випадків). Виокремлюють 4 стадії перебігу туберкульозного вовчака: інфільтративну, горбкову, виразкову, рубцеву. Спочатку слизова оболонка набуває яскраво-червоного кольору, потім з'являються горбки, виразки і щільні рубці. Ускладнення перебігу туберкульозного вовчака — вторинна інфекція, бешихове запалення, розвиток злоякісної пухлини. Диференціюють захворювання з третинним сифілісом, лепрою, червоним вовчаком.

Міліарно-виразковий туберкульоз слизової оболонки порожнини рота виникає в осіб із зниженими можливостями системи імунітету, вторинно після виникнення первинного вогнища. Типова

локалізація — у місцях травмування слизової оболонки. Спочатку з'являються типові горбки, а потім — виразки значного розміру, навколо яких можуть виявляти малі абсцеси (зерна Треля). Перебіг хвороби повільний, загальний стан хворого незадовільний.

Коліквативний туберкульоз (скрофулодерма шкіри) частіше трапляється в дитячому та підлітковому віці як первинне або вторинне ураження. Під шкірою виникають щільні вузли, які розм'якшуються та розкриваються зовні, виникають виразки. Після загоєння виразок залишаються втягнуті рубці шкіри переважно в піднижньощелепній ділянці та на шиї.

Туберкульоз лімфатичних вузлів спостерігається в осіб будь-якого віку, уражаються регіонарні щодо вхідних воріт вузли. Виділяють первинний та вторинний туберкульозний лімфаденіт. У першу фазу ураження розвивається гіперпластичний, фіброзний та фіброзно-казеозний лімфаденіт. Після потрапляння збудника в лімфатичні вузли вони збільшуються в розмірі, мало болючі, спочатку — рухомі. Потім декілька лімфовузлів з'єднуються у великий нерухомий конгломерат, відзначають пом'якшення інфільтрату в центрі конгломерату, шкіра тут стоншується, стає ціанотичною, у результаті абсцедування під нею формується “холодний” абсцес. Такі абсцеси потрібно розкривати, хоча вони можуть розкритися і самовільно з формуванням однієї або більше нориць.

З нориць виходить гній з наявністю білуватих включень, спостерігають в'ялі грануляції. Вторинний туберкульозний лімфаденіт є наслідком дисемінації інфекції з первинного вогнища (частіше легень), а тому є двобічним — збільшення лімфовузлів у розмірах, перифокальні інфільтрати незначні, абсцеси майже не виникають, тому перебіг за локальними даними сприятливий. Диференціюють туберкульозний лімфаденіт з лімфогранульоматозом, лейкозом, метастатичним раком, сифілісом, лімфаденітами іншої природи.

Туберкульоз кісток лицевого черепа виникає вторинно. Інфекція потрапляє в кістки гематогенним, лімфогенним, контактним шляхом, через канали коренів зубів. Виокремлюють три форми ураження кісток: інфільтративну (розливу), секвестральну, перфораційну.

Типові місця ураження верхньої щелепи — передня поверхня щелепи, альвеолярний відросток, нижньоочномковий край, виличний відросток; нижньої щелепи — альвеолярний відросток, тіло та гілка щелепи. Можливе приєднання вторинної інфекції. Специфічне запалення спричинює втрату кістки і зубів, виникнення дефектів кістки, склерозованих секвестрів, що можна визначити зондуванням. Коли інфекція поширюється на м'які тканини, на шкірі виникають нориці, їх періодичне самочинне закриття зумовлює виникнення рубців на шкірі, поруч з якими можуть з'явитися нові нориці.

Рентгенографічне дослідження, як правило, не дає чітких, притаманних туберкульозному ураженню ознак, — можна бачити ознаки апікального періодонтиту уражених зубів, вогнища остеопорозу з нерівними контурами за типом “танучого цукру”, краями та ділянками остеосклерозу по їх периферії. Майже ніколи не спостерігають ділянки стовщення окістя.

Методи виявлення мікобактерій туберкульозу — бактеріоскопічний (фарбування мазків-відбитків з поверхні виразки), біологічний (зараження лабораторних тварин), культуральний (посів на живильні середовища), алергодіагностика і туберкулінодіагностика (реакції Пірке, Манту вважаються позитивними при розмірі інфільтрату понад 5 мм).

Диференціюють туберкульозне ураження тканин щелепно-лицевої ділянки з хронічним неспецифічним лімфаденітом, захворюваннями білої крові (лейкози), зі злоякісними новоутвореннями щелеп, із неспецифічним остеомієлітом щелеп. Як правило, хронічний неспецифічний лімфаденіт має локальне первинне джерело інфекції — зруйнований зуб з періапикальним вогнищем запалення, пародонтальну кишеню із вогнищем зруйнованої кістки, ретенований зуб, резидуальну кістку, хронічний тонзиліт тощо. Серологічні показники туберкульозу та рентгенографічні ознаки специфічного процесу в легенях відсутні. Діагноз лейкозу встановлюють після дослідження аналізу і мазка крові, а за потреби — після стерильної пункції. Злоякісні новоутворення (рак) щелеп спричинює більші за розміром дефекти кістки, відзначають втрату маси тіла, порушення системи імунітету. Неспецифічний одонтогенний остеомієліт щелеп характеризуються яскраво вираженою клінічною картиною з гострим початком, наявністю “причинного” зуба, потім — підгострою та хронічною фазами перебігу. Для отримання точного діагнозу роблять мікроскопічне дослідження гною для виявлення специфічного збудника, патогістологічне дослідження біоптатів м'яких тканин і кістки, виокремлюють збудника в мікробіологічній лабораторії.

Лікування хворого на туберкульоз має бути раннім, своєчасним, комплексним, послідовним, індивідуально зумовленим, загальним і місцевим. Проводять лікування разом із фтизіатром. Він призначає протитуберкульозні препарати (антибіотики, тубазид, фтивазид, ПАСК та ін.) на термін до

12 міс. і більше та контролює динаміку процесу в легенях, інших ділянках тіла. Щелепно-лицевий хірург здійснює переважно місцеве лікування — розтин абсцесів, дренажування та промивання рани, секвестрнекректомію, остеосинтез нижньої щелепи в разі виникнення резорбційного (патологічного) перелому нижньої щелепи. Після одужання хворого виконує за показаннями пластичні операції з метою усунення рубців на шкірі, рубцевих контрактур нижньої щелепи тощо.

Прогноз лікування є зазвичай позитивний за умови дотримання всіх лікувальних вимог і виконання призначень фтизіатра. Запобігання рецидивам та новому інфікуванню в усуненні його джерела, покращенні харчування, умов життя та праці, усуненні несприятливих факторів загального і місцевого характеру, проведенні санацію порожнини рота тощо.

СИФІЛІС

Сифіліс — хронічне інфекційне захворювання, яке спричинюється блідою трепонемою. Необхідною умовою зараження є пошкодження слизових оболонок, шкіри і достатня кількість збудника. Перші два роки хворі найнебезпечніші щодо зараження інших осіб. Можливим є безсимптомний перебіг захворювання після трансформації збудника в серонегативну L-форму.

Виділяють такі шляхи зараження сифілісом: прямий (поцілунки, статеві контакти, годування дитини хворою жінкою), професійний (огляд, оперування хворих, розтин тіл), трансфузійний (переливання інфікованої крові), трансплацентарний (зараження плода від матері) та непрямий — через інфіковані предмети (медичні інструменти, у перукарні).

Періоди перебігу захворювання: 1-й період — інкубаційний, триває від 10 днів до 4 міс. (у середньому 21 добу); 2-й період — первинний сифіліс, триває 6-7 тиж., виникає твердий шанкр (первинна сифілома), можливе приєднання вторинної інфекції, лімфаденіт, підвищення температури тіла; 3-й період — вторинний сифіліс, триває 2-4 роки і більше, з'являються висипання на шкірі, які за 2-2,5 міс. зникають і починається вторинний закритий період; 4-й період — третинний сифіліс, розвивається за 3-5 років і триває пожиттєво.

Ураження тканин щелепно-лицевої ділянки можливо в усі періоди хвороби і первинно починається зі слизової оболонки порожнини рота, глотки або губ, коли в місці первинного проникнення збудника на ній з'являється сифілітична виразка. Ця виразка з'являється у другий період хвороби і має типові клінічні ознаки — безболісна, округлої форми, краї її валикоподібно підвищені та дещо підриті, її дно містить салоподібний сіруватий ексудат, в'ялі грануляції. Диференціюють твердий шанкр з шанкриформною піодермією, пухлинами, герпесом, афтозним стоматитом, травматичними виразками, раком, туберкульозною виразкою, проявами ВІЛ-інфекції, глибокою трихофітією.

Прояви вторинного сифілісу починаються через 9-10 тиж., коли виникає випадіння волос (алопеція), сифілітична лейкодерма (порушення пігментації шкіри). Можлива поява "корони Венери" — лінійної форми висипання (папули, плями, пустули) на шкірі лоба по лінії носіння капелюха.

Третинний сифіліс проявляється ураженнями кісток, сифілітичними гумами, дифузними інфільтраціями тканин, горбковими сифілідами. Кісткові структури уражаються вторинно, починаючи з окістя, коли виникає сифілітичний періостит, що проявляють локальною гіперпластичною реакцією. Уражаються щелепи та, частіше, носова перегородка і тверде піднебіння. Перебіг захворювання та локалізація ураження кісток значною мірою залежать від місця первинного ураження слизової оболонки. На гіперемованій слизовій оболонці виникають ділянки стовщення, горбки, які після розкриття перетворюються на виразки неправильної форми, різної глибини. Зуби в ділянці цих виразок можуть стати рухомими, з періодонтальних кишень може виходити гній, при перкусії зубів відзначають помірні больові відчуття. На піднебінні внаслідок некрозу кістки виникають наскрізні дефекти в порожнину носа, куди потрапляє їжа, з'являється гугнявість. За значного руйнування носової перегородки, леміш спинки носа западає.

При вродженому сифілісі відзначають зуби Гетчінсона (бочкоподібної форми, півмісяцева вирізка різального краю), сідлоподібний ніс, саблеподібні гомілки (наслідок остеохондриту), деформацію черепа, діастему (Гоша), високе готичне піднебіння, рубці навколо ротової щілини (симптом Робінсона— Фурн'є), гіпертрихоз, п'ятий додатковий горбок (Карабеллі) верхнього шостого зуба, фізичне недорозвинення.

Рентгенографічно виявляють ознаки розширення періодонтальної щілини кількох сусідніх зубів, остеопороз альвеолярного відростка. Стовщені внаслідок ураження тканини окістя спочатку тверді, слабо болючі, через деякий час нагноюються, гумозні вогнища самовільно розкриваються і виникають виразки. Рентгенографічно в цьому місці можна виявити вогнища остеопорозу з ознаками остеосклерозу по периферії зони ураження. Зони остеопорозу можуть бути з'єднаними з розширеним періодонтом уражених зубів.

Типовим місцем ураження кісток обличчя сифілісом є тверде піднебіння. Після виникнення

первинного ураження слизової оболонки процес поширюється на тонку кістку твердого піднебіння, унаслідок її руйнування виникає наскрізний дефект тканин з утворенням перфорації в порожнину носа і таповими вторинними порушеннями (гугнявість, відсутність герметизму порожнини рота, потрапляння їжі в порожнину носа тощо).

Ураження інших кісток обличчя нагадує повільний розвиток неспецифічного остеомієліту — припухлість тканин, біль, порушення чутливості в ділянці відповідних нервів, що проходять у товщі кісток, тощо. Стовщуються і деформуються відповідні ділянки щелеп, розвивається запальна контрактура нижньої щелепи, у прилеглих м'яких тканинах виникає нерухомий, пов'язаний із щелепою інфільтрат, шкіра змінюється в кольорі. Згодом інфільтрат м'якшає, м'які тканини гинуть з утворенням однієї кількох норичь із виділенням гною. Поєднання норичь спричинює утворення виразки. Рентгенографічно виявляють зони деструкції (одночасно остеопорозу та остеосклерозу) кісткової тканини щелеп з ділянками різної щільності кістки (мармуровість кістки).

Діагностують сифіліс клінічно та лабораторно. У лабораторії використовують мікроскопічні дослідження (вивчення нативного препарату в темному полі), серологічні, гістологічні дослідження, обстеження на СНІД. Серед серологічних досліджень застосовують реакції: ліпідні — з ліпідними антигенами (преципітації), зв'язування комплементу (Вассерманна), осадочні; трепонемні реакції; видоспецифічні протеїнові трепонемні реакції — іммобілізації, гемаглютинації блідих трепонем тощо.

Диференціюють сифілітичне ураження тканин щелепно-лицевої ділянки з неспецифічними запальними процесами, актиномікозом, туберкульозом, злоякісними пухлинами, що досить складно. Допомагають виставити правильний діагноз ретельний збір та вивчення анамнезу, клінічні, рентгенографічні і серологічні імунологічні дослідження (реакція Вассерманна), консультації суміжних спеціалістів.

Превентивне лікування сифілісу призначають особам, які контактували з хворим на сифіліс не пізніше ніж 1 міс. Тому. Уводять біцилін-1, -3, -5 двічі на тиждень по 1 200 000 ОД, 1 800 000 ОД, 1 500 000 ОД, курсом по 4 ін'єкції, а також екстенцилін одночасно в дві різні точки по 1 200 000 ОД.

Загальне специфічне лікування сифілітичного ураження проводить дерматовенеролог. Застосовують бензилпеніцилін, біцилін, екстенцилін курсами до 14 ін'єкцій. Загальне протизапальне лікування супроводжується симптоматичним лікуванням, санацією порожнини рота, видаленням усіх зубів з ураженим періодонтом, якщо не проведено ендодонтичне лікування. На фоні загальної специфічної терапії виконують секвестректомію, секвестрнекректомію. Дефекти твердого піднебіння, інших відділів обличчя усувають переважно місцевими пластичними операціями після закінчення основного процесу за висновком дерматовенеролога.

СНІД

СНІД — інфекційне вірусне захворювання, що виникає внаслідок розмноження в клітинах людини лімфотропного ретровірусу і загибелі цих клітин, що призводить до втрати функціональних можливостей системи імунітету. Вірус знищує Т-хелперні клітини, хворий стає беззахисним перед умовно-патогенною мікрофлорою і неодноразово нею інфікується.

Нині виокремлено 2 види вірусу — ВІЛ-1 і ВІЛ-2. Джерело інфікування — хвора людина, в якій в крові, спермі, грудному молоці, вагінальному секреті, слині, сльозах, поті, лімфовузлах, тканинах головного мозку, кістковому мозку і спинномозковій рідині може бути вірус.

Сприйнятливість людей до вірусу є різною — лише в 10-30 % інфікованих за 5 років розвивається СНІД. Достатньо лише 0,1 мл крові або сперми із 10 000 вірусами для інфікування. Хвороба передається статевим шляхом, через медичні інструменти, препаратами крові, від матері до дитини під час вагітності, пологів, годування груддю (висхідний шлях інфікування).

Клінічні прояви хвороби можуть бути зумовлені ендегенною або екзогенною флорою, грибами, вірусами, найпростішими.

Розрізняють 4 стадії перебігу ВІЛ-інфекції у людини:

1. Стадія інкубації — триває від 3 тиж. до 3 міс., у крові антитіл немає, виявляють лише віруси.
2. Стадія первинних проявів (гостра інфекція, безсимптомна інфекція, персистувальна генералізована лімфаденопатія) — може тривати від 2-3 до 10-15 років.
3. Стадія вторинних захворювань (перед-СНІД).
4. Термінальна стадія (СНІД).

Стадія первинних проявів. Гостра інфекція має типові загальні ознаки і триває зазвичай 2-3 тиж. Відзначають підвищення температури тіла, збільшення лімфатичних вузлів, інтоксикацію, ангіну, висипання на шкірі, головний біль. Антитіла в крові виявляють не завжди. Лікування в цій стадії ефективне. У безсимптомній стадії можливе лише збільшення лімфовузлів, антитіла в крові

виявляють завжди. Далі розвивається персистувальна генералізована лімфаденопатія, що характеризується збільшенням лімфовузлів до 1 см і більше в 2-3 суміжних анатомічних ділянках, що триває понад 3 міс.

Стадія вторинних захворювань (перед-СНІД) починається через 3-5 років після зараження, коли виникають запальні захворювання верхніх дихальних шляхів, які носять тривалий, тяжкий характер. Згодом уражаються внутрішні органи, нервова система, виникає саркома Капоші.

Термінальна стадія (СНІД) — зміни внутрішніх органів мають незворотний характер, виникає немотивована гарячка, тривала діарея, втрата маси тіла, злоякісні пухлини, стійкі запальні процеси (пневмонії), коли активна терапія є неефективною і хворий гине. Інколи хвороба за 2-3 роки переходить у термінальну стадію.

Описано кілька варіантів перебігу хвороби: легеневий, кишковий, церебральний, дисемінований (змішаний), недиференційований. Кожен із них характеризується клінічними проявами переважно в конкретній ділянці тіла.

Перші прояви ВІЛ-інфекції найчастіше спостерігають у порожнині рота.

1. Чітко пов'язані із ВІЛ-інфекцією.
2. Менш чітко пов'язані із ВІЛ-інфекцією.
3. Можуть бути пов'язаними із ВІЛ-інфекцією.

Серед можливих проявів хвороби найчастіше виявляють наступні.

Кандидоз спостерігається у 31-91 % ВІЛ-інфікованих. Частіше уражується слизова оболонка піднебіння та щік. Часто поширюється на глотку, зів, стравохід, внутрішні органи, є стійким до лікування.

Волосиста лейкоплакія виникає переважно на язиці, слизовій оболонці щік у вигляді білуватих висипань.

Простий герпес проявляється часто рецидивуючими тривалими папульозними висипаннями на слизовій оболонці та шкірі обличчя, які супроводжуються больовими відчуттями, лімфаденітом, некрозом поверхневих тканин.

Виразково-некротичний гінгівіт починається з крайових ясен навіть за відсутності назубних відкладень і швидко переходить у гінгівостоматит, пародонтит, що спричинює запалення та секвестрацію кістки, втрату зубів.

Саркома Капоші — на твердому піднебінні виникають червоно-сині плями, потім тут виникають виразки, процес остеолізу. На обличчі виникає частіше на підборідді. Перебігає за типом системного захворювання, швидко призводить до летального кінця. Може бути не пов'язана з ВІЛ-інфекцією.

Лімфома не-Годжкіна — безболісна пухлина лімфатичних вузлів, діагноз ставлять після гістологічного дослідження.

Діагностику ВІЛ-інфекції/СНІДу проводять після клінічного обстеження хворого і дослідження його крові на наявність в сироватці антитіл до ВІЛ, антитіл до окремих білків вірусу, виділення збудника з рідин організму хворого, за даними імунограми.

Лікування хворого на ВІЛ-інфекцію/СНІД передбачає створення охоронного психологічного режиму, своєчасний початок причинної терапії, ретельний підбір необхідних ліків, ранню діагностику і лікування супутніх захворювань. У лікуванні хворих беруть участь інфекціоністи, імунологи, терапевти, психологи, педіатри, дерматовенерологи, гінекологи та інші фахівці.

Завдання хіміотерапії — блокування розмноження вірусу модифікованими нуклеазидами в якості інгібіторів зворотної транскриптази вірусу. Для цього застосовують різні препарати: азидотимідин, дидеоксинозин, дидеокситидин, ставудин, ламівудин, невірапін, делавірдин, інвіраза, криксиван, норвір, а також різні імуномодулятори. На сьогодні середня ціна по життєвого лікування хворого — понад 1000 доларів на місяць.

Хірургічні втручання пацієнтам із ВІЛ-інфекцією/СНІДом виконують за об'єктивними показаннями (розтин інфільтратів, абсцесів, флегмон, секвестректомія при остеомієліті з некрозом кістки) у заздалегідь підготовлених умовах, з необхідним обладнанням і інструментарієм, засобами захисту медичного персоналу. Забезпечують інактивацію (знищення) видаленого патологічного та зараженого кров'ю або видаленого матеріалу.

У практиці стоматолога можливим є зараження одного пацієнта від іншого через брудні інструменти та зараження лікаря (медперсоналу) від хворого. Сприяє цьому неналежний збір анамнезу та обстеження хворого, відсутність належної професійної підготовки лікаря щодо ВІЛ-інфекції/СНІДу та щодо нетравматичної роботи з тканинами в порожнині рота, травмування слизової оболонки при багатьох стоматологічних маніпуляціях, порушення правил асептики, робота лікаря без захисних засобів, відсутність у клініці одноразового інструментарію.

Для запобігання зараження медперсоналу в стоматологічних поліклініках, особливо під час хірургічного прийому, розроблені необхідні системні організаційні заходи захисту, зокрема організація спеціального стоматологічного кабінету, використання окремо призначеного або одноразового інструментарію тощо. У разі розриву рукавичок, потрапляння інфікованого матеріалу на шкіру медичного працівника необхідно обробити її 70 % етиловим спиртом, вимити руки з милом, вдруге обробити шкіру спиртом. При проколах шкіри — витиснути кров із рани, обробити шкіру, як шойно зазначено, приймати протягом 30 діб тимозид по 800 мг на добу. У разі потрапляння інфікованого матеріалу на слизові оболонки, в око потрібно обробити їх 0,05 % розчином калію перманганату, горло прополоскати спиртом або розчином калію перманганату.

Про кожний випадок інфікування медичного персоналу інформують керівництво медичного закладу.

7. ПЛАН І ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА НАВЧАЛЬНОГО ЗАНЯТТЯ З ДИСЦИПЛІНИ

№ з/п	Етапи заняття	Розподіл часу	Види контролю	Засоби навчання
1.	Підготовчий етап	30 хв.	Усне опитування за переліком питань. Письмове тестування.	Комп'ютер (ноутбук). Мультимедійні методичні розробки. Анатомічні муляжі. Відео- та фотоматеріали. Електронні довідники.
1.1	Організаційні питання			
1.2	Формування мотивації			
1.3	Контроль початкового рівня підготовки (стандартизовані засоби контролю)			
2.	Основний етап (вказати всі види робіт, які виконують студенти під час цього етапу).	60 хв.	Практичний тренінг. Вирішення клінічних задач. Створення алгоритмів лікарських дій, професійний тренінг.	Рентгенограми, ортопантомограми, томограми. Набір інструментарію. Результати лабораторних, цитологічних та гістологічних досліджень.
3.	Заключний етап	45 хв.	Тестування. Практичні завдання. Ситуаційні та нетипові задачі. Усне опитування.	
3.1	Контроль кінцевого рівня підготовки			
3.2	Загальна оцінка навчальної діяльності студента			
3.3	Інформування студентів про тему наступного заняття			

4.5. Види самостійної роботи студентів.

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

1.1. Етіологія та патогенез актиномікозу, туберкульозу та сифілісу ЩЛД, СНІДу.

1.2. Класифікація специфічних захворювань ЩЛД.

1.3. Клінічна картина актиномікозу, туберкульозу та сифілісу ЩЛД, прояви СНІДу в порожнині рота та ЩЛД.

1.4. Діагностика та диференційна діагностика специфічних захворювань ЩЛД, ВІЛ-СНІДу.

1.5. Комплексне лікування актиномікозу, туберкульозу та сифілісу ЩЛД.

1.6. Заходи профілактики специфічних захворювань та ВІЛ-СНІДу.

2. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю ($\alpha= II$):

2.1. До туберкульозу частіше схильні:

А. Новонароджені

В. Діти та підлітки.

С. Особи молодого віку.

Д. Люди середнього віку.

Е. Літні люди.

(Правильна відповідь: В)

2.2. Шкірна форма актиномікозу ділиться на:

А. Абсцедуючу, гумозну і змішану.

В. Пустульозну, горбкуву і змішану.

С. Гнійну, некротичну, гнійно-некротичну;

- D. Папульозну, розеольозну і змішану.
 - E. Інфільтративну, абсцедуючу, змішану.
- (Правильна відповідь: B)

2.3. Інкубаційний період для первинного сифілісу складає:

- A. 1-2 дні.
- B. 7-8 днів.
- C. 3-4 тижні.
- D. 1-2 місяці.
- E. Півроку.

(Правильна відповідь: C)

9. Тестові завдання з множинним вибором:

3.1. Патоморфологічно туберкульозний лімфаденіт буває:

- A. Фіброзним.
- B. Фіброзно-казеозному.
- C. Ексудативним.
- D. Гіперпластичним.
- E. Проліферативним.

(Правильна відповідь: A, B, D)

3.2. Вторинне ураження щелепно-лицевої області виникає при попаданні туберкульозної інфекції:

- A. З легенів.
- B. З кісток.
- C. З кишківника.
- D. Через мигдалики.
- E. Зі слини.

(Правильна відповідь: A, B, C)

3.3. Патоморфологічні зміни при туберкульозі залежать від:

- A. Форми захворювання.
- B. Стадії захворювання.
- C. Локалізації процесу.
- D. Сезонності захворювання.
- E. Поширеності процесу.

(Правильна відповідь: A, B, C, E)

4. Задачі для самоконтролю:

4.1. Пацієнт, 47 років, звернувся зі скаргами на набряк лівої привушної ділянки, погане відкривання рота, норицю. Об'єктивно: асиметрія обличчя за рахунок розлитого інфільтрату лівої привушної ділянки, що має дерев'янисту щільність і бугоркову поверхню. В межах інфільтрату визначається нориця із серозно-гнійним вмістом з домішками крихто-подібного гною, шкіра навколо нориці червоно-фіолетова. Відкривання рота обмежене до 2 см, безболісне. Призначте дообстеження хворому.

- A. Мікроскопія. Шкірно-алергічна реакція.
- B. Рентгенографія нижньої щелепи.
- C. Бактеріологічне дослідження.
- D. Контрасна рентгенографія.
- E. Термовізіографія.

(Відповідь: A)

4.2. Хворий, 25 років, скаржиться на набряк і гноетечу в правій піднижньощелепній ділянці. Об'єктивно: має місце щільний дерев'янистий безболісний інфільтрат діаметром біля 2 см в правій піднижньощелепній ділянці. В центрі інфільтрату тканини м'які, є нориця, з якої виділяється крихто-подібний гній в невеликій кількості. Відкривання рота 4,5 см, безболісне. Слизова оболонка порожнини рота і зуби інтактні. Поставте попередній діагноз.

- A. Актиномікоз шкіри.
- B. Туберкульоз шкіри.
- C. Первинний сифіліс.
- D. Підшкірна гранульома обличчя.
- E. Аденоабсцес.

(Відповідь: A)

4.3. Хворий, 47 років, скаржиться на наявність нориць в правій привушно-жувальній ділянці, обмежене відкривання рота. Три місяці тому видалений 48 з приводу хронічного періодонтиту. Об'єктивно: обличчя асиметричне за рахунок припухлості м'яких тканин обличчя. На рівні кута нижньої щелепи – нориці з мізерним, кров'янисто-гнійним виділенням. Шкіра в цій області синьо-багрового кольору. Пальпаторно визначається інфільтрат дерев'янистої щільності, помірно болісний. У окремих місцях осередки розм'якшення. Рот відкривається до 1-1,2см між центральними різцями. Лунка 48 повністю зажила. 47, 46 інтактні. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Одонтогенна гранульома обличчя.
- B. Хронічний одонтогенний остеомиєліт нижньої щелепи.
- C. Актиномікоз правої привушно-жувальної області.
- D. Хронічний паротит.
- E. Хронічний лімфаденіт правої привушно-жувальної області.

(Відповідь: С)

4.6. Перелік індивідуальних завдань (якщо їх виконання при вивченні даного модуля передбачено робочою навчальною програмою з дисципліни).

Не передбачено.

4.8. Перелік теоретичних питань до підсумкового модульного контролю (з типової навчальної програми).

- 8. Актиномікоз щелепно-лицевої ділянки: клініка, диференціальна діагностика, лікування.
- 9. Сифіліс щелепно-лицевої ділянки: клініка, диференціальна діагностика, лікування.
- 10. Туберкульоз щелепно-лицевої ділянки: клініка, диференційна діагностика, лікування.

4.9. Перелік практичних завдань та робіт до підсумкового модульного контролю (з типової навчальної програми).

- 19. Провести опитування хворого та на його основі зробити запис в історії хвороби.
- 20. Провести обстеження амбулаторного хірургічного стоматологічного хворого та зробити про це запис в історії хвороби.
- 21. Провести обстеження периферійних лімфатичних вузлів щелепно-лицевої ділянки, шиї та слинних залоз.
- 22. Встановити попередній діагноз на основі опитування хворого та його обстеження (хворого з періодонтитом, періоститом, остеомиєлітом щелеп та флегмоною щелепно-лицевої ділянки).
- 23. Знати схему та вміти доповісти про хворого викладачеві; обґрунтувати діагноз та скласти план лікування.
- 24. Підготувати набір інструментарію для обстеження хірургічного стоматологічного хворого.
- 25. Вміти прочитати та встановити попередній діагноз за рентгенограмами при такій патології:
 - а) періодонтит;
 - б) остеомиєліт кісток лицевого скелета, гайморит;
 - в) травматичні пошкодження зубів – вивих та перелом;
 - г) вивихи скронево-нижньощелепного суглоба;
 - д) пошкодження кісток лицевого скелета, (щелеп, виличної кістки, кісток носа);
 - ж) захворювання слинних залоз.
- 26. Вміти виконати будь-який вид місцевого знеболення в щелепно-лицевій ділянці.

10. ЛІТЕРАТУРА.

Основна література:

- 7. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2 т. – Т. 1 / В.О. Маланчук, О.С. Воловар, І.Ю. Гарляускайте та ін. – К. : ЛОГОС, 2011. С. 313–327.
- 8. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А. Тимофеев. – К. : Червона Рута-Турс, 2002. – С. 359–371.
- 9. Бернадський Ю.Й. Основи щелепно-лицевої хірургії і хірургічної стоматології / Ю.Й. Бернадський. – К.: Спалах, 2003. – С. 174–186.

Додаткова література:

- 7. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: В 2-х темах. – Т. 1. / Под ред. В.М. Безрукова, Т.Г. Робустовой. - Изд. 2-е, перераб. и доп. – М. : Медицина, 2000. – С. 265–312.
- 8. Хирургическая стоматология в схемах и таблицах: Учеб. пособие для студентов и врачей-интернов / Г.П. Рузин, А.А. Дмитриева. – Харьков : ХГМУ, 2001. – С. 46–57.
- 9. Хирургическая стоматология: Учебник / Под ред. Т.Г. Робустовой. – М. : Медицина, 1999. – С. 236–290.

8. Артрита, артрози, синдром больової дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба. Анкілози СНЩС. Пластика СНЩС. Контрактури і вивихи нижньої щелепи. Діагностика, хірургічне та фізіотерапевтичне лікування.

1. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 1.1. Дати визначення, що таке артрит, артрозо-артрит, артроз СНЩС.
- 1.2. Аналізувати етіологію і патогенез артритів, артрозо-артритів, артрозу СНЩС.
- 1.3. Запропонувати план обстеження хворого з гострим і хронічним артритом, артрозо-артритом, артрозом СНЩС.
- 1.4. Класифікувати артрити, артрозо-артрити, артроз СНЩС.
- 1.5. Перерахувати основні клінічні ознаки гострих артритів СНЩС.
- 1.6. Перерахувати основні клінічні ознаки хронічних артритів СНЩС.
- 1.7. Перерахувати основні клінічні ознаки артрозо-артритів СНЩС.
- 1.8. Перерахувати основні клінічні ознаки артрозу СНЩС.
- 1.9. Запропонувати схеми лікування хворих з артритом, артрозо-артритом, артрозом СНЩС.
- 1.10. Проаналізувати дані додаткових методів обстеження хворих з артритом, артрозо-артритом, артрозом СНЩС.

2. БАЗОВИЙ РІВЕНЬ ПІДГОТОВКИ.

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Етика і деонтологія	Встановити психологічний контакт з хворим
2. Нормальна анатомія	Знати анатомічну будову скронево-нижньощелепного суглобу
3. Нормальна фізіологія	Знати функціональні можливості скронево-нижньощелепного суглобу в нормі
4. Патоморфологія	Описувати морфо-функціональні зміни у скронево-нижньощелепному суглобі при різних видах його патології
5. Пропедевтика внутрішніх хвороб	Застосовувати методи обстеження хворого при різних видах патології скронево-нижньощелепного суглобу
6. Рентгенологія	Вміти описати рентгенологічні знімки скронево-нижньощелепного суглобу
7. Клінічна фармакологія	Знати дію, показання до застосування, протипоказання, дозування, схеми призначення медикаментозних препаратів вживаних при лікуванні патології скронево-нижньощелепного суглобу

3. ОРГАНІЗАЦІЯ ЗМІСТУ УЧБОВОГО МАТЕРІАЛУ.

Артрита. Залежно від етіології захворювання розрізняють інфекційні і травматичні артрити, а за характером течії — гострі і хронічні. Інфекційні артрити можуть бути неспецифічними і специфічними. Травматичні артрити є результатом механічного ушкодження.

Гострі артрити. Гострий артрит СНЩС травматичної етіології виникає в результаті сильної механічної дії: удару, забиття, надмірного відкривання рота і т. п.

Хворі пред'являють скарги на різкий біль в області суглоба у момент його ушкодження. При спробі відкривати рот виникають болі, підборіддя при цьому зміщується у бік пошкодженого суглоба. Розвивається набряк. Пальпація суглоба різко хвороблива. При рентгенографічному дослідженні, якщо немає перелому кісткових структур виросткового відростка, не визначаються відхилення від норми. Виняток становлять випадки, коли відбувається розрив зв'язкового апарату, що супроводжується крововиливом в суглоб; у таких випадках на рентгенограмі визначається розширення суглобової щілини.

Гострий артрит інфекційного походження розвивається зазвичай на тлі гострого тонзиліту, переохолодження, грипу і т. п. Ревматичні і ревматоїдні артрити є результатом гематогенного інфікування або поширення інфекції по продовженню при отиті, мастоїдиті, остеомієліті гілки щелепи, гнійному паротиті і т. п.

Початок захворювання — гострий. З'являються сильні болі в суглобі, що посилюються при спробі зробити рухи щелепою. Іноді болі можуть іррадіювати у вухо, мову, скроню, потилицю, по ходу вушно-височного, великого вушного, малого потиличного нервів, вушної гілочки блукаючого нерва, що має анастомоз з мовно-глотковим нервом. Проте, як правило, болі пульсуючі і локальні, що

відрізняють їх від болів при невралгії трійчастого нерва. Відкривання рота обмежене — на 3-5 мм. При огляді хворого визначається набряк м'яких тканин наперед від козелка вуха, при пальпації цієї області виникають болі, шкірні покриви гіперемовані.

Розвиток гнійного артрити супроводжується утворенням інфільтрату в області суглоба, гіперестезією шкіри, вона напружена, в складку не збирається, гіперемована. Зовнішній слуховий прохід звужений: хворі відмічають зниження гостроти слуху, запаморочення. При натисканні пальцем на підборіддя вперед і вгору болу посилюються. Температура тіла підвищена до 38°3, ШОЕ збільшена, реакція на С-реактивний білок позитивна. На рентгенограмі при випоті ексудату суглобова щілина розширена. При ревматичному артриті можливе ураження обох суглобів, хоча слід зазначити, що за останні роки воно зустрічається значно рідше. При обстеженні хворого зазвичай виявляють захворювання серця: вади, ревмокардит і т. п.

При ревматоїдному артриті вражається, як правило, один з СНЩС, але хворі відмічають болі і в інших суглобах: плечовому, тазостегновому або колінному. При цьому СНЩС об'єктивно дуже рідко вражається першим; частота його ураження при ревматоїдному артриті досягає, за даними ряду авторів, 50,7% [Каназирська Ц., Мажаров Д., 1978]. Видимих змін серця не виявляють. Для ревматоїдного артрити нехарактерна летючість болів.

Гострий артрит доводиться диференціювати від гострого отиту, невралгії трійчастого нерва, перикоронарити, а також від ряду інших захворювань, в клінічній картині яких прояви артропатії дуже виражені: дерматомиозита, подагри, гострих інфекційних артритів вірусної етіології, хвороби Бехтерева, синдрому Бехчета, інфекційно-алергічного поліартрити та ін.

Лікування гострого артрити будь-якої етіології розпочинають із забезпечення спокою суглобу. Цього досягають за допомогою прашевидної пов'язки, що індивідуально виготовляється, і міжзубний такою, що роз'єднує прикус пластинки або прокладення, яке накладають на стороні ураження строком на 2-3 дні. Їжа має бути рідкою.

Лікування при травматичному артриті проводять з метою зняти болі, досягти розсмоктування крові, що вилилася в суглоб, в можливо ранні терміни і добитися повного відновлення функції нижньої щелепи. Хворому призначають анальгетики (анальгін по 0,25 г 3 рази в день) і місцеву гіпотермію впродовж 2-3 днів.

В подальшому УВЧ-терапію по 10-15 мін щодня впродовж 6 днів, електрофорез калію йодиду і новокаїну (по черзі). Одночасно можуть бути рекомендовані компреси з ронідазою, парафіно — або озокеритотерапія, грязелікування. При тривалих болях слід призначати діадинамічні струми Бернара (2-3 сеанси).

Лікування ревматичних і ревматоїдних артритів проводять консервативними засобами і обов'язково спільно з ревматологом. У комплекс терапії, що призначається, входять протизапальні нестероїдні, антибактеріальні, стероїдні препарати. Дуже стриманий, але слід відноситися до рекомендацій застосовувати внутрішньосуглобове впровадження лікарських препаратів, не можна одночасно вводити в суглоб більше 1 мл розчину будь-якої речовини, оскільки це призводить до розтягування суглобової сумки. Завданнями стоматолога є санація порожнини рота хворого і раціональне протезування зубів для нормалізації висоти прикусу.

При гнійних артритих показано невідкладне оперативне лікування хворого: розтин і дренажування вогнища запалення, які роблять в стаціонарі.

На етапі долікування хворим призначають фізіотерапевтичне лікування: сухе тепло, УВЧ-терапію, електрофорез, діатермію, компреси.

При несвоєчасному і недостатньо повному лікуванні гострий гнійний і травматичний артрити можуть ускладнюватися анкілозом, особливо у дітей. Течія гострого ревматичного і ревматоїдного артрити може набути хронічної форми.

Хронічні артрити. Хронічний артрит характеризується, передусім, ниючими болями в суглобі, тугоподвижністю, хрускотом, скутістю вранці і після більш менш тривалого стану спокою. Болі мимовільні, постійні, такі, що посилюються при відновленні функції нижньої щелепи. Хворий в змозі відкрити рот на 2-2,5 см. Відкривання рота супроводжується помірним крепитируючим, а іноді сильним хрускотом, при цьому підборіддя зміщується у бік ураженого суглоба. Забарвлення прилеглих до нього шкірних покривів може бути не змінене, але пальпація суглоба завжди викликає посилення болів.

На рентгенограмі визначається звуження суглобової щілини — результат реактивних, а пізніше і деструктивних змін покривного хряща голівки нижньої щелепи і суглобової ямки.

Загальний стан хворого залишається задовільним, температура тіла нормальна. У крові не відзначається видимих змін, ШОЕ збільшена до 25— 35 мм/ч. При загостренні процесу клінічний перебіг набуває характеру гострого запалення.

Лікування хворих з ревматичним і ревматоїдним артритом здійснюють ревматологи. Під час переходу травматичних артритів в хронічну стадію призначають ультразвукову терапію, парафіно— і озокерито— терапію, масаж жувальних м'язів, електрофорез бджолиної отрути, медичної жовчі, препаратів йоду. Добрий результат дає міогімнастика [Рубінів І. С., 1965]: роблять дозоване відкривання рота без висунення нижньої щелепи. Для цього хворий сідає на випорожнення, притуливши потилицю до стіни, а кулаком натискає на підборіддя при відкриванні і закриванні рота. Такі вправи хворої робить самостійно щодня уранці і ще 2-3 рази впродовж дня по 3-5 мін упродовж 4-6 тижнів.

Модифікація викладеної методики міогімнастики запропонована Б.К.Костур і співавт. (1981). Автори рекомендують створювати дозований тиск на підборіддя не лише в напрямі від низу до верху і спереду назад, але і убік, протилежну до зміщення щелепи при відкриванні рота. Такі вправи повторюють 5— 10 разів, проводять 3-4 сеанси в день, стежачи за тим, щоб тиск на підборіддя не був надмірним і не викликав болів.

Дуже важливо, щоб в комплексі лікування була вироблена санація порожнини рота і носоглотки, а за наявності показань здійснено раціональне протезування зубів.

При ефективному лікуванні змін, що виникають в суглобі при ревматичному артриті, у відмінності від таких при ревматоїдному артриті, повністю зворотні.

Інфекційно-специфічні артрити. Інфекційно-специфічні артрити зустрічаються порівняно рідко. Розрізняють гонорейний, туберкульозний, актиномікотичні, сифілітичний артрити та ін. Вони виникають в результаті поширення інфекції по продовженню або при її проникненні в суглоб гематогенним (лімфогенним) шляхом.

Гонорейний артрит розвивається впродовж першого місяця захворювання, але при ускладненій формі течії гонореї, на тлі хронічного уретриту, може з'явитися і в пізніші терміни. Захворювання починається гостро з виникненням різких болів, набряку м'яких тканин навколо ураженого суглоба, звуження слухового проходу, що призводить до зниження гостроти слуху. Первинно виникаюча серозна форма запалення швидко переходить в гнійну. Утворюється інфільтрат. На рентгенограмі визначається розширення суглобової щілини. Захворювання характеризується раннім утворенням м'язової контрактури, ураженням хрящових покривів суглобових поверхонь і схильністю до анкілозуванню.

Зустрічаються три форми туберкульозного артриту : первинно-кістковий, первинно-сіновіальний і інфекційно-алергічний. Захворювання починається непомітно, розвивається в'яло, протікає тривало. При рентгенографії визначається поступова резорбція кісткових структур голівки щелепи. При туберкульозному артриті може розвинути фіброзний анкілоз.

Актиномікотичний артрит зазвичай є результатом поширення первинного вогнища на ті, що підлягають тканині. Патологічний процес, вражаючи суглобову капсулу, викликає розвиток нестійкої контрактури, що чергується з ремісіями. Загальний стан хворого змінюється мало: турбують слабкі болі в суглобі, що посилюються при спробі відкрити рот. В процесі лікування і після його завершення морфологічних змін в суглобі не виявляють.

Сифілітичний артрит характеризується в'ялою течією, мало вираженою хворобливістю. Захворювання зустрічається у край рідко.

Лікування хворих з інфекційно-специфічними артритами спрямоване на ліквідацію основного захворювання і здійснюється відповідними фахівцями.

Артроз. У основі етіології захворювання лежать процеси дистрофічного характеру, що розвиваються на тлі тривалого, в'яло перебігаючого запалення або хронічної мікротравми, серед яких значне місце займають часткова адентія, особливо при односторонніх кінцевих дефектах, зубощелепної деформації і неправильні взаємовідносини артикуляцій, що створюються при протезуванні зубів. В результаті одночасно протікаючих процесів запалення і дегенерації, що супроводжуються деструкцією і проліферацією хрящової і кісткової тканини, розвиваються явища остеосклерозу і остеопорозу анатомічних структур СНЩС, що призводить до їх деформації і порушення конгруентності. Залежно від міри виразності цих станів розрізняють склерозуючий і деформуючий артроз.

Хворі скаржаться на тупі болі, що посилюються при функціональному навантаженні суглоба. У виражених випадках з розвитком вторинного реактивного сіновііта вони стають постійними, що особливо проявляється в холодну сиру погоду, при перевантаженні, до вечора і при початкових рухах

після стану спокою. Аналогічними за своєю характеристикою є старечі болі. Вони також характеризуються відчуттями тяжкості і ломоти в кістках, але відрізняються короткочасністю і малою інтенсивністю. Хворі часто скаржаться, крім того, на болі в області ока і вуха на стороні ураження суглоба, головний біль, глосалгію, парестезію слизової оболонки порожнини рота, зниження гостроти слуху.

В результаті порушення конгруентності суглобових поверхонь, спазму м'язів, змін в суглобовій капсулі і в періартикулярних тканинах розвивається тугорухомість в суглобі. Хворі відмічають швидку стомлюваність, почуття скутості, але обмеження функції суглоба у них зазвичай помірно і обумовлено больовим симптомом або кістковими розростаннями. Фіброзних або кісткових анкілозів ніколи не буває.

У міру утворення на суглобових поверхнях нерівностей в результаті вапняних відкладень і склерозу з'являється грубий хрускіт при рухах голівки нижньої щелепи. Місцеві ознаки запалення відсутні: забарвлення шкіри не змінене, вона не набрякла, але чутливість у вушно-скроневої області може бути знижена, що пояснюється невритом вушно-скроневого нерва, що розвивається.

Загальний стан хворого залишається задовільним. У крові не відбувається виражених патологічних змін, але ШОЕ збільшена, а реакція на С-реактивний білок позитивна.

Клінічні прояви склерозуючого артрозу менш виражені, чим що деформує. На рентгенограмах при склерозуючому артрозі визначається склероз поверхневих і підлягаючих шарів губчастої речовини кістки анатомічних утворень суглоба з де якоюсь деформацією голівки нижньої щелепи. При деформуючому артрозі виникають кісткові розростання у вигляді екзостозів і остеофітів, що призводить до безповоротних структурних змін голівки нижньої щелепи і суглобового горбка. Суглобова щілина звужена. Хвороба протікає повільно.

Діагноз встановлюють на підставі оцінки результатів клінічних, рентгенографічних і лабораторних досліджень.

Лікування хворих комплексне: медикаментозне, фізіотерапевтичне, ортопедичне і, за наявності показань, оперативне. Медикаментозну терапію призначають ревматологи. Вона включає бруфен, вольтарен, вітаміни групи В, препарати стероїдного ряду. Проте потрібно мати на увазі, що внутрішньосуглобове введення стероїдних препаратів має лише допоміжне значення і є симптоматичною терапією. Цей метод не слід рекомендувати в пізніх стадіях захворювання при розвитку вторинного остеоартрозу і за наявності ознак остеопорозу, оскільки він сприяє їх прогресу. Застосування кортикостероїдів протипоказане при деформуючому артрозі.

У комплексі з медикаментозним лікуванням призначають фізіотерапію: електрофорез жовчі, бджолиної отрути, лідази, препаратів йоду. Можуть бути також рекомендовані: парафіно- і озокерітотерапія, грязелікування, інфрачервоне опромінення і лазерне випромінювання. Одночасно призначають масаж жувальних м'язів і лікувальну гімнастику. Важливою умовою досягнення сприятливого результату є здійснення раціонального протезування зубів. У важких випадках показано оперативне лікування: кондилектомія з одночасною артропластикою ортотропним алогенним остеотрансплантатом.

Контрактура нижньої щелепи (лат. *contrahere* - стягуватися, скорочуватися) - різке обмеження рухливості у скронево-нижньощелепному суглобі внаслідок патологічних змін м'яких тканин, що оточують його і функціонально пов'язаних з ним.

Нерідко контрактура нижньої щелепи поєднується з внутрішньосуглобовими спайками (т. е. з анкілозом).

Контрактура нижньої щелепи виникає в наслідок змін в шкірі, що оточує суглоб, підшкірній клітковині, в жувальних м'язах, у фасції (привушно-скроневої), в нервових волокнах травматичного або запального походження.

Грубі фіброзні і кісткові зрощення переднього краю гілки нижньої щелепи або її вінцевого відростка з вилицюватою дугою або горбом верхньої щелепи можуть виникнути після вогнепальних і невогнепальних ушкоджень. Також контрактура може виникнути після помилкової ін'єкції розчинів (спирту, формаліну, кислот, перекису водню і т. п.), що викликають некроз м'яких тканин навколо щелепи на місці ін'єкції. Після некрозу нормальні тканини заміщаються рубцевими тканинами.

Контрактури в наслідок тривалої динамії голівок нижньої щелепи при міжщелепному скріпленні відламків нижньої щелепи можуть доповнюватися утворенням рубців в товщі щік або губ, коли одночасно з переломом щелепи були пошкоджені м'які тканини хворого.

Неврогенна контрактура нижньої щелепи може розвинути в наслідок рефлексорно-больового скорочення жувальних м'язів (викликаного перикоронаритом, остеомиєлітом, травмою м'язів голкою під час проведення анестезії), спастичних паралічів і істерії.

Клініка контрактури нижньої щелепи

При контрактурі нижньої щелепи завжди відзначається більш менш виражене зведення щелеп. Якщо в основі його лежить гостре запалення жувальних м'язів (тризм на фоні міозиту), спроби насильницького розведення щелеп викликають біль.

При стійких рубцевих і кісткових зрощеннях зведення щелеп може бути особливо значним, але спроба розведення їх в цьому випадку не супроводжується гострими больовими відчуттями. Пальпаторно при цьому іноді можна визначити грубі рубцеві стяжіння в усьому передодні рота або в ретромолярній ділянці, в області виличної кістки, вінцевого відростка.

У випадках, коли травма або запальний процес виникли у дорослої людини, зовні помітної грубої асиметрії обличчя, а також змін форми гілки, виличного відростка, кута і тіла нижньої щелепи не відзначається. Якщо ж захворювання розвинулося ще в дитячому або юнацькому віці, то до моменту обстеження (у дорослого) лікар може виявити (клінічно і рентгенографічно) грубі анатомічні порушення: недорозвинення гілки і тіла щелепи, зміщення її відділу підборіддя в хвору сторону та ін.

Лікування контрактури нижньої щелепи

Лікування контрактур нижньої щелепи має бути патогенетичним. Якщо контрактура нижньої щелепи центрального походження, хворого направляють в неврологічне відділення лікарні для усунення основного етіологічного чинника (спастичний тризм, істерія).

У разі її запального походження спочатку усувають джерело запалення (видаляють причинний зуб, розтинають флегмону або абсцес), а потім проводять антибіотико-, фізіо- і механотерапію. Останню бажано здійснювати апаратами А. М. Никандрова і Р. А. Досталь (1984) або Д. В. Чернова (1991), в яких джерелом тиску на зубні дуги є повітря, тобто пневматичний привід, який в початковому стані має товщину в 2-3 мм. Д. В. Чернов рекомендує доводити робочий тиск в трубі, що вводиться в порожнину рота хворого, в межах 1.5-2 кг/см² як при консервативному лікуванні рубцево-м'язової контрактури, так і при запальній її етіології.

Контрактури нижньої щелепи, викликані кістковими або кістково-фіброзними спайками, зрощеннями вінцевого відростка, переднього краю гілки або щоки, усувають шляхом видалення, розтину цих спайок, а обумовлені наявністю вузьких рубцевих стяжінь в ретромолярній області - методом пластики зустрічними трикутними клаптями.

Після операції з метою попередження зморщування шкірного клаптя і рубцювання під ним треба, по-перше, залишати у роті лікувальну шину (разом із 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 рецидив контракттури і зміцнюючих функціональний ефект операції. До них відноситься активна і пасивна механотерапія, починаючи з 8-10-го днів після операції (бажано - під керівництвом методиста).

Для механотерапії можна використати стандартні апарати і індивідуальні пристосування, які виготовляють в зуботехнічній лабораторії.

Рекомендуються фізіотерапевтичні процедури (опромінення променями Букки, іоногальванізація, діатермія), сприяючі профілактиці утворення грубих післяопераційних рубців, а також ін'єкції лідази при тенденції до рубцевого стяжіння щелеп.

Після виписки із стаціонару необхідно продовжувати механотерапію впродовж 6 місяців - до остаточного формування сполучної тканини в області колишніх раневих поверхонь. Періодично паралельно з механотерапією треба проводити курс фізіотерапії.

При виписці необхідно забезпечити хворого простими пристосуваннями - засобами для пасивної механотерапії (пластмасові гвинти і клини, гумові розпірки та ін.).

Методики усунення контрактури нижньої щелепи.

Видалення фіброзних спайок, остеотомія і артропластика на рівні основи виросткового відростка із застосуванням дезепідермизованного шкірного клаптя.

Така ж операція на рівні нижнього краю виличоватої арки з видаленням кістково-рубцевого конгломерату і моделюванням голівки нижньої щелепи, інтерпозицією шкірного дезепідермизованного клаптя.

Розтин і видалення рубців м'яких тканин з боку порожнини рота; резекція вінцевого відростка, усунення кісткових зрощень (долотом, бормашиною, кусачками Люэра); епідермізація рани розщепленим шкірним клаптем.

Розтин і видалення рубцевих і кісткових зрощень через зовнішній доступ, резекція вінцевого відростка. За відсутності рубців на шкірі - операція через внутрішньоротовий доступ з обов'язковою пересадкою розщепленого шкірного клаптя.

Видалення усього конгломерату рубців і кісткових спайок через внутрішньоротовий доступ, щоб забезпечити широке відкриття рота; пересадка розщепленого шкірного клаптя. Перед операцією перев'язують зовнішню сонну артерію.

Розтин і видалення кісткових і фіброзних спайок щоки, щоб забезпечити широке відкриття рота і закриття дефекту, що утворився, заздалегідь пересадженим на щоку 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 відкриття рота складала до 2.8 см, а у 10.4% - тільки до 2 см В останньому випадку доводилося робити повторну операцію.

Причинами рецидивів контрактур нижньої щелепи є: недостатнє видалення рубців під час операції, застосування (для епідермизації рани) не розщепленого, а тонкого епідермального клаптя А. С. Яценко -Tiersh; некроз частини пересадженого клаптя шкіри; недостатньо активна механотерапія, ігнорування можливостей фізіотерапевтичної профілактики виникнення і лікування. Рубцевих стяжінь після операції.

Рецидиви контрактур нижньої щелепи частіше виникають у дітей, особливо у оперованих не під наркозом або потенційованим знеболенням, а під звичайною місцевою анестезією, коли хірурги не вдається виконати операцію за усіма правилами. Крім того, діти не виконують призначень по механо- і фізіотерапії. Тому у дітей особливо важливе правильне виконання самої операції і призначення після неї грубою пиши (сухарі, бублики, льодяники, яблука, морква, горіхи і т. п.).

Анкілоз скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС) - фіброзне або кісткове зрощення суглобових поверхонь, що обумовлює часткове або повне зникнення суглобової щілини.

За наявності у хворого разом з внутрішньосуглобовими (анкілозуючими) спайками ще і кісткових утворень позасуглобових (контрактурних) слід говорити про поєднання анкілозу СНЩС з контрактурою нижньої щелепи. Такий діагноз вимагає і відповідного плану хірургічного втручання.

На підставі класифікації хвороб кісток і суглобів у дітей Н. Н. Каспарова іменує стан фіброзної спайки суглобових поверхонь (т. е. фіброзний анкілоз СНЩС), що поєднується з грубою деформацією суглобового відростка (його укороченням і конгломератним розростанням), вторинним деформуючим остеоартрозом (ВДОА). На підставі цієї обставини ми ділимо фіброзні анкілози на дві підгрупи, що мають право на самостійність нозологічних форм: неускладнений фіброзний анкілоз і ускладнений (деформацією) фіброзний анкілоз, який можна назвати ще і вторинним деформуючим остеоартрозом або анкілозоконтрактурою.

Причиною внутрішньосуглобових зрощень можуть бути інфекційні остеоартрити і травми, у тому числі родові; у одиничних випадках відзначається туга рухомість в суглобі, що виникає ще до народження дитини. Прийнято ділити анкілози на придбані і природжені, запальні і травматичні.

У дітей анкілоз розвивається найчастіше в результаті гнійного отиту, що виник у зв'язку з яким-небудь інфекційним захворюванням (скарлатина, епідемічний паротит та ін.).

Розвиток анкілозу можливий також (як у дітей, так і у дорослих) у зв'язку з артритами будь-якої іншої етіології. За наявними даними, в мирний час близько 30% анкілозів виникає в наслідок ушкодження суглобового відростка нижньої щелепи і суглобової ямки скроневої кістки при падіннях, ударах в ділянку підборіддя і травмах під час пологів; 22% - внаслідок вторинного септичного ураження суглоба при гнійному отиті; 13% - із-за ураження голівки нижньої щелепи остеомиєлітом; гонорейні, ревматичні, деформуючі артрити бувають причиною анкілозів у 13% хворих. Травматичні анкілози зазвичай розвиваються після закритих переломів суглобового відростка нижньої щелепи. Після відкритих, особливо вогнепальних, ушкоджень анкілозування настає не так часто.

Іноді анкілоз розвивається внаслідок вивиху нижньої щелепи. У дітей грудного віку травматичний анкілоз може виникнути у зв'язку з ушкодженням суглоба при накладенні щипців під час пологів.

Механізм розвитку кісткового анкілозу після перелому шийки нижньої щелепи у дітей можна собі уявити таким чином: голівка нижньої щелепи, що змістилася, зберігає епіфізарні зони росту, що продовжують функціонувати - продукувати нову кісткову тканину, яка поступово заповнює нижньощелепну ямку, зростається з нею і призводить до анкілозу.

Ушкодженням зон росту пояснюється подальше недорозвинення відповідної гілки щелепи; якщо вона і не пошкоджена, то мікрогенія розвивається через те, що «енергія» зони росту йде на утворення кісткового конгломерату: чим він більший, масивніший, тим більше недорозвинена гілка щелепи по своїй висоті. Тому для профілактики посттравматичних анкілозів у дітей рекомендується ретельно зіставляти і надійно фіксувати відламки гілки щелепи.

Симптоми анкілозу СНЩС.

Природжені анкілози спостерігаються виключно рідко. Згідно з наявними даними, до 80% анкілозів СНЩС розвиваються у дітей у віці до 10-15 років. Проте багато хворих поступають до лікувальних установ значно пізніше.

Анкілози можуть бути повні і часткові, кісткові і фіброзні, одно- (близько 93%) і двосторонні (близько 7%).

Неодмінний симптом анкілозу - це стійке повне або часткове обмеження розкриття рота, т. е. обмеження опускання нижньої щелепи і повна відсутність ковзаючих рухів в ураженому суглобі по горизонталі. Можливість відкриття рота у хворих з кістковими анкілозами одні автори пояснюють еластичністю самої нижньої щелепи, а інші - наявністю в кістковому конгломераті, що замурував суглоб, більш менш значного шару фіброзної тканини.

Міра рухливості голівки нижньої щелепи визначається шляхом її пальпації попереду козелка вуха і через передню стінку зовнішнього слухового проходу. При фіброзному анкілозі лікар відчуває ледве помітну рухливість голівки нижньої щелепи, чого немає при синостозі. Проте, незважаючи на повний синостоз в ураженому суглобі, зберігається, хоча і незначна, рухливість голівки нижньої щелепи на здоровій стороні. Це виявляється можливим за рахунок еластичності усієї нижньощелепної кістки.

Іноді, у випадках рецидиву анкілозу, відзначається стійко фіксований відкритий прикус. Це зазвичай є наслідком рецидиву після оперативного втручання, при якому резеціює значний фрагмент гілки щелепи, або результатом неправильної фіксації нижньої щелепи після операції, а також механотерапії, що неправильно проводиться, коли хворий приділяє увагу тільки відкриттю рота.

При обстеженні дорослого хворого, у якого анкілоз розвинувся в дитячому віці, виявляють виражену затримку росту ураженої половини нижньої щелепи і усієї відповідної половини обличчя. Проте і у дітей з анкілозами помітна асиметрія особи внаслідок зміщення підборіддя і кінчика носа в хвору сторону, зменшення усіх розмірів ураженої половини тіла і гілки нижньої щелепи (одностороння мікрогенія або мандибулярна ретрогнатія). До того ж вушна раковина на хворій стороні може бути розташована нижче, ніж на здоровій. В результаті цього здорова половина обличчя виглядає такою, що запала і сплюсненою. Підборіддя зміщене в хвору сторону, яка, внаслідок розміщення нормального об'єму м'яких тканин в області зменшених в розмірах тіла і гілки нижньої щелепи, здається округлішою і створює враження здоровою. Тому бувають випадки, коли недосвідчений лікар приймає здорову сторону за хвору і навіть робить операцію на здоровому суглобі. У зв'язку з цим треба ретельно визначити основні розміри нижньої щелепи з обох боків.

Якщо в дитячому віці вражаються обидва суглоби, розвивається двостороння мікрогенія, така, що характеризується так званою пташиною особою, т. е. різким недорозвиненням усього нижнього відділу особи.

У разі розвитку анкілозу у дорослої людини, у якої вже закінчилося формування скелета, затримка в розвитку нижньої щелепи незначна або абсолютно відсутній.

В результаті тривалого анкілозування різко порушується функція жування і мови, особливо при двосторонніх фіброзних і кісткових анкілозах. У цих випадках внаслідок недостатнього розкриття рота повністю або майже повністю виключається їда нормальної консистенції. Хворі живляться рідкою або кашкоподібною їжею через вузьку щілину між зубними рядами, через щілину на місці відсутнього зуба або позадимоллярну щілину; хліб їм доводиться протирати пальцем крізь щілини між зубами.

За даними мастикаціографії, для анкілозів характерні роздавлюючий тип жування, зменшення частоти жувальних рухів (до 0.4-0.6 в 1 с), втрата жувальної ефективності коливається в межах 17-98%.

Біоелектрична активність жувальних м'язів (БАЖМ) на хворій і здоровою сторонах дуже різна і залежить від міри поширення рубцевих змін в суглобі і навколишніх тканинах; у тих випадках, коли кісткові або фіброзні спайки локалізуються в самому суглобі, БАЖМ на хворій стороні завжди вище, ніж на здоровій, а коли рубці поширилися на м'язи і м'які тканини, що оточували суглоб, БАЖМ на хворій стороні нижче, ніж на здоровій. При двосторонніх анкілозах БАЖМ майже однакова з обох боків.

Неможливість нормального прийому і розжовування їжі призводить до появи гінгівіту, патологічних ясенних кишень, до відкладення великої кількості зубного каменю, множинного ураження зубів каріозним процесом і віялоподібного зміщення зубів.

Такі хворі, як правило, ослаблені, виснажені і мають нездоровий колір обличчя; у більшості з них відзначається знижена або нульова кислотність шлункового соку із-за порушення секретії

шлунку. Проте в деяких випадках хворі добре адаптуються до таких умов їди і живлення їх при цьому майже не порушене. Мова хворих з анкілозом порушена і ускладнена.

Лікування і видалення зубів при повному зведенні щелеп або дуже ускладнено, або абсолютно неможливо.

У разі блювоти (при інтоксикації, сп'янінні) таким хворим загрожує аспірація і асфіксія.

Недорозвинення щелепи призводить до западання язика під час сну на спині, внаслідок чого спати в цьому положенні зовсім неможливо або ж сон супроводжується найсильнішим хропінням. Постійне недосипання призводить до виснаження нервової системи, хворий стає дратівливим, худне і втрачає працездатність.

Обов'язковими рентгенографічними ознаками у хворих з кістковим анкілозом є повна або часткова відсутність суглобової щілини, переходу структури однієї кістки в іншу і відсутність зображення контурів тих відділів кісток, які утворюють зчленування.

Якщо анкілоз розвинувся давно (у ранньому дитинстві), на рентгенограмі визначатиметься укорочення і потовщення суглобового відростка, «шпора» в області кута нижньої щелепи, наявність нижнього, що не прорізається, 7 або 8 зуба в області її гілки.

Диференціальна діагностика анкілозу СНЩС. Неускладнений кістковий анкілоз необхідно диференціювати з кістковою контрактурою нижньої щелепи, а також з механічними перешкодами до відкривання рота. Перешкоди можуть бути обумовлені пухлиною (остеоомою, одонтомою, саркомою і т. д.) в області гілки щелепи, горба верхньої щелепи або вилицюватої кістки. Тому для остаточного встановлення діагнозу слід зробити ретельне пальцеве дослідження (при цьому вказівний палець вводять між горбом верхньої щелепи і гілкою нижньої щелепи хворого, а також пальпують бічну стінку глотки) і рентгенографію.

При фіброзній, кістковій або кістково-фіброзній контрактурі нижньої щелепи, що не поєднується з анкілозом, обмеження її рухливості викликане позасуглобовими фіброзними або кістковими стяжіннями або розростаннями.

Діагноз анкілозу повинен ґрунтуватися на даних анамнезу (з'ясування етіологічного чинника і динаміки захворювання), клінічного і рентгенографічного обстеження, а саме: стійке повне або часткове обмеження рухів у СНЩС; деформація виросткового відростка; зміна розмірів і форми нижньої щелепи на ураженій стороні; наявність рентгенографічних ознак анкілозу.

Оглядаючи область суглобів, необхідно звертати увагу на наявність на шкірі рубців (слід поранення або запалення), післяопераційних шрамів позаду вушної раковини (з приводу мастоїдиту, отиту) і виділення гною із зовнішнього слухового проходу, а також на положення вушних раковин, відділу підборіддя нижньої щелепи і на рівень її нижнього краю на хворій і здоровою сторонах. Ці і інші дані проаналізовані при описі клінічних симптомів анкілозу.

Лікування таких хворих комплексне. Оперативне втручання має бути спрямоване на відновлення рухливості в суглобі і усунення супутній анкілозу деформації. Мета консервативного лікування у ортопеда — відновлення прикусу. При хірургічному лікуванні анкілозів слід не лише добитися рухливості щелепи шляхом створення неправдивого суглоба, але і одночасно з цим усунути супутні анкілозу деформацію щелепи і порушення прикусу.

Сприятливих результатів при хірургічному лікуванні анкілозів СНЩС можна добитися, якщо виконати наступні умови:

При виділенні зміненого суглобового кінця гілці щелепи мають бути забезпечені максимальне збереження і атравматичність жувальних м'язів під час операції і фіксація їх у фізіологічному натягненні. Для цього не слід відділяти від кістки сухожилля м'язів, а потрібно проводити кістково-м'язовий декорікат;

Проводити високу остеотомію гілки щелепи біля основи виросткового відростка з видаленням патологічно зміненого верхнього фрагмента і формувати суглобовий майданчик, за формою близький до природної і так само розташований;

Заміщення дефекту суглобового кінця щелепи бажано здійснювати ортотопічним алотрансплантатом з хрящовим покриттям суглобового кінця, а краще проводити пересадку нижнього напівсуглоба (разом з меніском) або блоку повного СНЩС з усіма його компонентами (гілка щелепи з суглобовою голівкою, міжсуглобовий диск, суглобовий майданчик скроневої кістки, міжсуглобові зв'язки і суглобова капсула);

Необхідно щільно припасувати трансплантат до кістки реципієнта і надійно фіксувати;

Рекомендувати ранні функціональні навантаження. Оперативне лікування анкілозів СНЩС є складним і травматичним хірургічним втручанням, тому операцію слід робити під ендотрахеальним наркозом з введенням інтубаційної трубки через ніс "наосліп". У тих випадках, коли назотрахеальний

наркоз провести не вдається (викривлення носової перегородки, атрезія, рубцеве зарощування або звуження носових ходів), доводиться прибїгати до трахеотомії.

Найбільш зручний доступ забезпечується напівовальним розрізом шкіри, який починається на 1,5-2 см нижче мочки вуха і огинає кут щелепи.

Далі розріз продовжують в підщелепну область приблизно до рівня бб. У підщелепній області розріз необхідно проводити на 3-4 см нижче краю щелепи з урахуванням укорочення і зведення гілки щелепи. Тканини розтинаються пошарово до кістки. Необхідно враховувати, що відновлення жувальної функції при анкілозі залежить не лише від створення штучного суглоба, але і від стану жувальних м'язів. У зв'язку з цим для забезпечення успіху операції дуже велике значення має збереження цілості жувальних м'язів і їх фіксація у фізіологічному положенні. Враховуючи це, сухожилля власне жувального м'яза треба не відсікати від кістки, а відділяти разом з кортикальною пластинкою гілки щелепи відповідно до місця їх прикріплення.

З цією метою лінійним розрізом по нижньовнутрішнього краю кута, тобто на межі прикріплення власне жувальною і медіальною крилоподібною м'язів, розтинають сухожильно-м'язові волокна і відділяють від нижнього краю кістки. Потім по нижньозадньому краю кута і передньому краю власне жувального м'яза за допомогою бормашини циркулярною пилкою і трепаном, ультразвуком або лазерним променем проводять розпилювання кортикального шару нижньої щелепи і відділяють воно разом з прикріпленим м'язом за допомогою тонкого широкого гострого долота. На іншій ділянці гілки щелепи із зовнішнього і внутрішнього боку на усьому протязі до вилицюватої дуги распатором субперіостально відділяють м'які тканини. Після цього приступають до створення сприймаючого ложа для трансплантата. Для цього із зовнішнього боку гілки фрезою рівним шаром знімають решту кортикальний шар до появи точок, що кровоточать.

Рівень перетину гілки щелепи визначається характером і поширеністю патологічних змін в кістці. Так, при фіброзному або кістковому зрощенні суглобової голівки з суглобовою западиною скроневої кістки проводять резекцію виросткового відростка. Розтинають кістку за допомогою трепана і бору в поперечному або пилою Джиглі в косому напрямі через півмісяцеву вирізку назад і вниз. Якщо після видалення виросткового відростка тяга скроневого м'яза перешкоджає зведенню гілки, то остеотомію проводять біля основи вінцевого відростка, який зберігають для проведення кісткової пластики і відновлення функції нижньої щелепи. При масивних кісткових розростаннях, коли суглобовий і вінцевий відростки утворюють єдиний кістковий конгломерат, проводять поперечну остеотомію у верхній її третині, як можна вище до суглоба.

Під час остеотомії щоб уникнути ушкодження судин асистент підводить зігнутий шпатель під внутрішню поверхню гілки на рівні передбачуваного перетину кістки. В цей час хірург спеціальним гострим довгим трепаном за допомогою бормашини робить ряд наскрізних отворів, які сполучають тригранною хірургічною фрезою або циліндричним бором. Після того, як отримана рухливість щелепи на місці остеотомії, хірург бере кісткові щипці (костотримач), захоплює ними щелепу за кут і зводить її. Не завжди вдається при цьому легко звести щелепу, оскільки на внутрішній поверхні гілки іноді залишаються рубцеві спайки з навколишніми тканинами. У такому разі поступають таким чином. Асистент гачками добре піднімає жувальний м'яз разом із слинною залозою і м'якими тканинами, а хірург в лінію остеотомії вводить роторозширювач і їм розсовує кісткові поверхні. Цей прийом завжди забезпечує цілком достатнє зведення щелепи. Якщо рубцева тканина спаювала гілку щелепи із слизовою оболонкою заднього відділу порожнини рота, то при насильницькому зведенні нижньої щелепи відбувається розрив слизової оболонки; при цьому може виникнути кровотеча і, крім того, операційна рана забруднюється слиною. Щоб можна було добре оглянути рану в глибині, роторозширювач з рани видаляють, а асистент однозубим гачком утримує щелепа в зведеному положенні.

Капілярна кровотеча з рубців у більшості випадків вдається зупинити тугою тампонадою марлею, змоченою гарячим ізотонічним розчином хлориду натрію, біологічним тампоном або гемостатичною губкою.

Але іноді при зведенні щелепи або при звільненні з рубців виросткового відростка ушкоджується щелепна артерія, яка відходить від зовнішньої сонної артерії і дуже близько розташовується до виросткового відростка, а при масивних рубцях або кістковому мозолі може розташовуватися в них. В цьому випадку слід спробувати перев'язати її в рані, але зробити перев'язку артерії в рані часто в подібних випадках не вдається. Не затаючи операцію багатократними безуспішними спробами перев'язати артерію в рані, слід рану туго затампонувати, і зробити перев'язку зовнішньої сонної артерії в типовому місці на шії. Для закриття рани слизової оболонки слід мобілізувати її краї і накласти кетгутуові шви. Якщо ж це не вдається, то залишається єдиний

вихід — тампонувати рану слизової оболонки з боку порожнини рота йодоформною турундою, яку поступово видаляють на 8-10-й день після операції. Після зведення щелепи і переміщення підборіддя в правильне положення необхідно кістковими кусачками згладити розітнуті поверхні кістки і особливо ретельно видалити усі гострі шпильки. Якщо при дослідженні пальцем внутрішньої поверхні гілки виявляються кісткові шпильки і розростання кісткової тканини, то їх необхідно видалити долотом, кусачками і гострою ложкою, оскільки шпильки, що залишилися, і кісткові вирости можуть дати надалі розростання нової кісткової тканини і рецидив анкілозу. Так само з внутрішньої поверхні гілки щелепи видаляють обривки окістя. Для остеопластики при дефектах нижньої щелепи найширше застосовують кістковий аутоотрансплантат, узятий з ребра і гребеня клубової кістки. Такий трансплантат являється найбільш близьким тканинам організму в генетичному плані. Проте при аутопластиці складно, а іноді неможливо добитися правильної форми нижньої щелепи, особливо при заміщенні її великих дефектів. Аутопластика пов'язана з додатковою травмою для хворого. При узятті трансплантата збільшується тривалість операції, внаслідок чого погіршується стан хворого. У разі використання аутоотрансплантатів при ушкодженнях виросткового відростка або їх наслідках неможливо провести первинну артропластику і здійснити реконструктивні операції на СНЩС. У останні десятиліття, як в нашій країні, так і за кордоном накопичений значний експериментальний і клінічний досвід використання кісткових алотрансплантатів, консервованих різними способами, при конструктивних і реконструктивних операціях в щелепно-лицьовій області. Найбільш цінним пластичним матеріалом є ортотопічний алотрансплантат, тобто трансплантат з нижньощелепної кістки, і СНЩС з його складеними компонентами. Ідентичність цього трансплантата по анатомічній і гістологічній будові нижньощелепної кістки реципієнта створює сприятливі умови для того, що його, що приживляє і перебудови з освітою органотипового регенерату, що дозволяє, особливо при первинній кістковій пластиці, отримати добрі результати.

Артропластика при анкілозі СНЩС (перший варіант)

При виконанні операції по першому варіанту, коли в якості трансплантата використовують ортотопічний алотрансплантат з консервованої нижньощелепної кістки разом з суглобовою голівкою, що сприймає суглобовий майданчик створюють таким чином. При формуванні суглобового майданчика щоб уникнути вивиху попереду неї створюють кістковий горбок, який обмежує зміщення суглобової голівки вперед. Це дозволяє їй здійснювати не лише шарнірні, але і якоюсь мірою поступальні рухи. Після цього при необхідності здійснюють зведення гілки і зміщення щелепи в здорову сторону. Підборіддя встановлюють в правильне положення по середній лінії. У дітей і підлітків, враховуючи ріст неураженої половини щелепи, прикус встановлюють з деякою гіперкорекцією. У цьому положенні щелепу фіксують за допомогою різних шин. Для кісткової пластики дефекту суглобового кінця нижньої щелепи, що утворився, після видалення верхнього фрагмента і переміщення щелепи використовують консервований методом ліофілізації або формалізації алотрансплантат з гілки нижньої щелепи разом з суглобовою голівкою, а в деяких випадках і з вінцевим відростком.

Кращі функціональні результати спостерігаються при пересадці напівсуглоба, тобто нижнього поверху суглоба — гілки щелепи з суглобовою голівкою, міжсуглобовим диском і відповідною ділянкою капсули. В цьому випадку сприймаючий суглобовий майданчик треба формувати за формою верхньої поверхні міжсуглобового диска зі збереженням по краях виступів, що перешкоджають зміщенню трансплантата. З внутрішньої поверхні трансплантата відповідно до сприймаючого ложа кістки реципієнта знімають кортикальний шар. Із зовнішнього боку його в області прикріплення кортикальної пластинки з жувальним м'язом також створюють сприймаюче ложе. Трансплантат гілки з нижньої щелепи слід брати з кутом і в усю її ширину, для того, щоб їм можна було одночасно подовжити гілку, створити кут щелепи, і відшкодувати бракуючу частину кістки по задньому краю гілки, що утворилася після переміщення щелепи вперед. Дефект суглобового кінця щелепи, що утворився, заміщають трансплантатом з таким розрахунком, щоб його суглобова голівка поміщалася на створеному суглобовому майданчику. Вінцевий відросток, що зберігся, сполучають з вінцевим відростком трансплантата. Другий кінець трансплантата сполучають з кінцем щелепи реципієнта унакладку і щільно зміцнюють двома дротяними швами. Вінцеві відростки скріплюють тонким танталовим дротом. Сухожилля медіального крилоподібного м'яза і власне жувальний м'яз з кортикальною пластинкою прикріплюють не до кута, а ззаду кута до заднього краю гілки щелепи, тобто, не змінюючи їх довжини, прагнучи відтворити фізіологічне натягнення м'язів. Збереження цілості і фізіологічного натягнення жувальних м'язів, поза сумнівом, позитивно позначається на жувальній функції.

Артропластика при анкілозі СНЩС (другий варіант)

Артропластика суглоба по другому варіанту полягає в тому, що в область дефекту виросткового відростка після його видалення при анкілозі пересаджують цілий блок консервованого алогенного суглоба. Показанням до його пересадки є наявність тільки кісткового і рецидивуючого анкілозу у поєднанні з недорозвиненням щелепи або без її деформації. Доступ до суглоба при операції по другому варіанту здійснюють також екстраоральним підходом. Після остеотомії і видалення кісткового конгломерату формують не суглобовий майданчик, як при першому варіанті операції, а сприймаюче кісткове ложе для трансплантата. Кісткове ложе має бути рівною горизонтальною площиною з двома — переднім і заднім — виступами, в яких роблять по одному отвору для фіксації трансплантата. Трансплантат містить блок суглоба, який складається з: ділянки скроневої кістки з суглобовим майданчиком; міжсуглобового диска; суглобової голівки; суглобової капсули; міжсуглобових зв'язок.

Під час тієї, що припасувала трансплантата його верхню поверхню на скроневої кістці вирівнюють. По краях передньої і задньої сторін її роблять по одному отвору відповідно до ділянок сприймаючого ложа, що виступають. Після введення трансплантата в створене ложе його фіксують двома швами з тонкого танталового дроту. Другий кінець трансплантата сполучають з гілкою щелепи реципієнта, як в першому варіанті. У рану вводять антибіотики і пошарово зашивають її. Для попередження утворення гематоми на 1-2 дні в рані залишають гумовий випускник.

Щільність трансплантата забезпечує надійну фіксацію його до щелепи реципієнта і міцне утримання щелепи в посагу положенні дротяними швами.

Нижню щелепу фіксують до верхньої тільки на період проведення кісткової пластики і на 7-10 днів післяопераційного періоду, до усунення набряку. Потім хворий поступово починає робити активні рухи щелепою, в подальшому йому призначають фізіо- і механотерапію. Застосування цих методів дозволяє відновити жувальну функцію, одночасно подовжити гілки щелепи, встановити прикус в нормальне положення і усунути деформацію нижньої щелепи. Крім того, при пересадці цілісного блоку суглоба, окрім функції відкривання рота, до певної міри відновлюються і бічні рухи, що має важливе значення для повноцінного розжовування їжі.

В. С. Иовчев (1963) описав спосіб "підвісної" артропластики при анкілозі без змін вінцевого відростка і навколишніх тканин. Він зробив поперечну остеотомію виросткового відростка по можливості ближче до голівки і під основу вінцевого відростка. Щелепу переміщав вниз і в неуражену сторону. Потім вільний кінець вінцевого відростка сполучав з куксою в області відокремленого виросткового відростка і скріплював їх кістковим швом. При цій методиці гілка щелепи не має упору в суглобі і залишається як би підвішеною на скроневому м'язі.

Для заповнення м'яких тканин до заднього краю зрушеної вперед гілки щелепи прикріплюють двома швами хрящовий алотрансплантат.

Г. П. Иоаннідіс (1970) при анкілозі СНЩС робив остеотомію у верхній третині гілки щелепи. Після видалення і відповідної обробки верхнього фрагмента підборіддя встановлюють по середній лінії. Дефект суглобового кінця щелепи заміщають ребровим кістково-хрящовим алотрансплантатом. Кістковий кінець трансплантата занурюють в створене поглиблення гілки або подовжньо розщеплюють і одну його частину поміщають в створений канал, а іншу — на зовнішню поверхню піднадкістя без додаткової фіксації. При цьому хрящовий кінець закругленої форми обернений у бік суглоба, який зазвичай розташовується нижче природного, що, на думку автора, лише трохи погіршує функцію нижньої щелепи.

Западіння в защелепному просторі, що виникає після переміщення щелепи вперед і в неуражену сторону, ліквідують шляхом додаткової підсадки алогенного хряща, який фіксують до заднього краю гілки кетгуттовими швами. При використанні цієї методики, як відмічає автор, значно зменшується мікрогенія і досягаються добрі функціональні результати.

П. З. Аржанцев (1971) при анкілозі СНЩС і мікрогенії після ретельного вивчення клінічних, рентгенологічних і функціональних даних, а також особливостей щелепно-лицьової деформації робив реконструктивні операції з метою усунення мікрогенії, кісткового анкілозу з одного боку і фіброзного — з іншою. Під ендотрахеальним наркозом (з інтубацією через трахеостому) виконують двосторонню високу остеотомію гілок нижньої щелепи. Видаляють кістковий конгломерат в області виросткового відростка на стороні кісткового зрощення. Виниклий дефект відшкодовує імплантатом з органічного скла або пластмаси. Суглобову западину формують хірургічним шляхом. У області підборіддя накладають затиск апарату Рудько для скелетного витягнення нижньої щелепи. Через 5-7 днів після встановлення зубів в прикус скелетне витягнення замінюють міжщелепною гумовою тягою. Через 3 тижні під ендотрахеальним наркозом через раніше накладену трахеостому вичленюють малорухомий виростковий відросток на стороні фіброзного

зрощення. Імплантат, встановлений для формування сприймаючого кісткового ложа (на попередній операції), видаляють. Після цього здійснюють двосторонню артропластику СНЩС ліофілізованими алогенними суглобовими відростками.

Лікування двосторонніх анкілозів СНЩС складніше. Необхідно сказати, що іноді в передопераційному періоді помилково ставлять діагноз "двосторонній анкілоз", приймаючи односторонній анкілоз за двосторонній і, навпаки, двосторонній — за односторонній. Тому перед операцією потрібне дуже ретельне рентгенологічне дослідження обох суглобів. Нині уточненню діагнозу допомагає томографія. При двосторонньому анкілозі після зробленої остеотомії на одній стороні звести гілку щелепи не вдається навіть роторозширювачем. Особливо форсувати ці рухи не слід. У таких випадках тампують рану марлевими серветками, змоченими антибіотиками. Не можна тампувати рану марлевими кульками, оскільки кульки, промоклі кров'ю, стають малопомітними в глибині рани і їх можна легко залишити в рані при закінченні операції. Після того, як рану затампували, краї шкірної рани поверх серветок зближують 2-3 тимчасовими швами і повертають голову хворого в інший бік (обережно, щоб не порушити систему ендотрахеального наркозу). Обробивши операційне поле, роблять таку ж операцію на іншій стороні. Необхідно мати на увазі, що після операції з приводу двостороннього анкілозу СНЩС в післяопераційному періоді може настати западанні язика, тому у кінці операції слід прошити мову і прив'язати лігатуру на 2-3 дні до пов'язки. У цьому періоді хворі потребують особливо ретельного спостереження персоналу в нічний час. Надалі хворі пристосовуються самостійно утримувати мову. Для утримання нижньої щелепи у виправленому положенні в післяопераційному періоді впродовж 10-14 днів застосовують витягнення за відділ підборіддя щелепи за допомогою накісткового затиску, гачка або дротяної петлі, шнуром через блок з вантажем в 500-800 р.

Застосування деєпідермізованого Філатівського стебла при усуненні анкілозу СНЩС

Усі автори, що займаються вивченням віддалених результатів лікування анкілозів СНЩС, відмічають велике число рецидивів захворювання. Рецидиви частіше розвиваються впродовж першого року після операції, але описані випадки їх розвитку і через декілька років після операції. А. А. Лимберг для попередження розвитку рецидиву анкілозу нижньої щелепи в 1948 р. застосував для міжкісткового прокладення деєпідермізоване Філатовське стебло. Операція багатоетапна, тому метод рекомендується тільки для усунення рецидивів анкілозу. Філатівське стебло формують зазвичай на животі. Через 3 тижні ніжку стебла пересаджують на кисть або передпліччя. Ще через 3 тижні роблять основну операцію усунення анкілозу. Описаним вище методом оголяють область анкілозу і як завжди обробляють кістку. Потім відсікають ніжку стебла від живота і скальпелем видаляють упродовж 7-8 см епідермальний шар шкіри, залишивши на стеблі лише сітчастий шар так, щоб жирова клітковина була покрита дермою. Деєпідермізовану ділянку стебла вводять між кістковими поверхнями і зміцнюють його матрацним швом через усю товщу щоки і 2-3 швами до навколишніх тканин з таким розрахунком, щоб він не міг зміститися. Потім повертають на своє місце жувальний м'яз і м'які тканини, накладають погрузаючі кетгутові шви, шкірну рану зашивають. Частину стебла ретельно пришивають до шкіри так, щоб рана була закрита наглухо. Між швами вводять гумовий випускник на 48 ч. Усе подальше ведення хворого таке ж, як було описано вище. На наступному етапі, через 2-3 тижні, відсікають надлишок стебла у нижнього краю щелепи або, якщо є ще мікрогенія, стебло відсікають від руки, деєпідермізують його, розпластують і вводять під шкіру для корекції асиметрії особи. Таким чином, цей метод дозволяє усунути не лише анкілоз СНЩС, але і асиметрію обличчя, викликану западінням тканин в області гілки щелепи, і мікрогенією. Усунення двосторонніх анкілозів СНЩС за допомогою прокладення з Філатівського стебла роблять таким чином. Після того, як стебло однією ніжкою прирощене до руки, відсікають другу ніжку від живота і пересаджують її в область кута нижньої щелепи. Через 3-4 тижні відсікають ніжку стебла від руки і пересаджують її на симетричне місце з іншого боку. Таким чином, стебло розташовується під підборіддям у вигляді стремена. Ще через 3-4 тижні роблять одномоментно усунення анкілозу з обох боків. Розгинають стебло упоперек на 2 рівних частини, роблять двосторонню остеотомію, зводять щелепу. Деєпідермізують обидві ніжки стебла повністю і кожну вводять між кістковими поверхнями на своїй стороні. Надалі операцію роблять так, як це було описано раніше. Між корінними зубами з обох боків вводять гумові прокладення, а підборіддя підтягують "пращей", іноді накладають міжщелепне витягнення. Живлення хворому в післяопераційному періоді на 15-20 днів призначають через зонд. Рухи щелепи дозволяють з 10-15-го дня.

Операції при анкілозі СНЩС

Артропластика СНЩС способом Медведева, 1953

За допомогою спеціальних щипців-кусачок роблять ступінчасту остеотомію в області верхньої третини гілки нижньої щелепи, зводять її до правильного положення. Моделюють і поміщають в щілину між фрагментами вкладиш з біопластмаси, що відповідає за формою і величині простору між фрагментами. Вкладиш фіксують кетгуттовими швами до навколишніх тканин, вставляють прокладення між корінними зубами і здійснюють позаротове витягнення щелепи впродовж 14-16 днів.

Артропластика СНЩС способом Великанової, 1956

Роблять косу остеотомію по Рауеру, кінці розпилювання кістки припікають димлячою азотною кислотою впродовж 1-2 хвилин. Кислоту наносять за допомогою вати на паличці, навколишні тканини ізолюють марлею, змоченою насиченим розчином натрію гідрокарбонату для нейтралізації кислоти. Здійснюють витягнення щелепи впродовж 10-13 днів.

Артропластика СНЩС способом Бернадського - Михайлик, 1974

Роблять остеотомію нижньої щелепи ближче до рівня суглоба. Нижній фрагмент відводять вниз і вперед, фіксують щелепу назубними шинами. Куску нижнього фрагмента гілки покривають ковпачком з білкової оболонки яєчка (бика). Ковпачок фіксують кетгуттовим швом, що обвиває кут щелепи.

Артропластика СНЩС способом Максудова - Драновського, 1981

Розрізами по Рауеру або Львову оголяють кут і тіло нижньої щелепи. Відшаровують жувальний м'яз від гілки і скелетують його до суглобового і вінцевого відростків. Отсепаровують внутрішній крилоподібний м'яз з внутрішньої сторони гілки. Роблять остеотомію ближче до ураженого суглоба. Нижній фрагмент зміщують донизу, щелепу зіставляють в правильному положенні. На краї нижнього фрагмента щелепи насаджують ковпачок з срібно-паладієвого сплаву.

Артропластика СНЩС способом Михайлик - Бернадського, 1978

Остеотомію здійснюють біля основи вінцевого відростка. Видаляють надлишок конгломерату кістки в області півмісяцевої вирізки і суглобового відростка. Нижню щелепу зміщують донизу і наперед. Вінцевий відросток переміщують і фіксують до верхньозадньому краю гілки кістковими швами.

Артропластика СНЩС способом Міхельсона, 1948

Здійснюють косу остеотомію гілки по Рауеру. У щілину, що утворилася, після розведення фрагментів вставляють ковпачок з пластмаси, який надівають на рухливий відрізок кістки. Ковпачок фіксується до окістя гілки.

Артропластика СНЩС способом Плотнікова - Ткаченко, 1966

Після оголення гілки нижньої щелепи роблять її остеотомію, видаляють кістковий масив, формують суглобову западину в скроневій кістці. Нижню щелепу переміщують в правильне положення. Дефект гілки, що утворився, заміщають кістковим ліофізілірованим алотрансплантатом з нижньої щелепи з суглобовим кінцем, який фіксують кістковим швом.

Артропластика СНЩС способом В. Ф. Рудько - Каспаровой, 1956

Скелетують усю гілку нижньої щелепи, аж до кісткового зрощення. Роблять горизонтальну остеотомію гілки у верхній її третині. На нижньому фрагменті гілки моделюють суглобову голівку і шийку шляхом видалення ділянки кістки. Розводять фрагменти не менше чим на 10 мм і надівають ковпачок з ЭГМАСС-12, до якого приварена "вежа" з АКР-7. Ковпачок повинен туго охоплювати кістку і міцно на ній сидіти.

Усунення анкілозу СНЩС способом Бернадського, 1956

Через розріз, нижче мочки вуха, кут нижньої щелепи, що облямовує, і що триває в піднижньощелепній області, оголяють гілку, скелетують її від жувальної і медіальної крилоподібної м'язів і окістя. Здійснюють остеотомію по методу Рауеру. Розводять фрагменти і між ними вставляють Деєпідермізований, позбавлений жиру клапоть шкіри, який фіксують кетгуттовими швами до залишків жувальної і медіальної крилоподібної м'язів у краю кута щелепи.

Усунення анкілозу СНЩС способом Бернадського -- Михайлик, 1978

Екстраорально оголяють гілку нижньої щелепи, роблять її остеотомію на межі верхньої і середньої третини, моделюють суглобову голівку з нижнього фрагмента гілки, що резеціює, і покривають її ковпачком з ксеногенної склерокорнеальної оболонки, який фіксують швами до жувального м'яза. Рану пошарово зашивають. При необхідності зміщують підборіддя до симетричного положення і здійснюють витягнення його через блок.

Усунення СНЩС з мікрогенією у дітей способом Лімберга, 1955

Розрізом, що огинає кут нижньої щелепи, оголяють і звільняють його від окістя, жувального м'яза. Скелетують усю гілку аж до півмісяцевої вирізки. Внутрішню поверхню гілки звільняють від

окістя і медіального крилоподібного м'яза. Роблять остеотомію вінцевого відростка і суглобового відростка в області шийки або основи (при кісткових зрощеннях). Зводять гілку щелепи вниз і вперед до встановлення підборіддя в правильне положення. Здійснюють витягнення щелепи за допомогою накісткового затиску, накладеного на кут щелепи.

Усунення анкілозу СНЩС способом Львова, 1936

Розрізом під кутом нижньої щелепи оголяють її гілку. Перетинають прикріплення жувальною, медіальною крилоподібною м'язів. Отсепаровують разом з окістям м'яза на внутрішній і зовнішній поверхнях і скелетують усю гілку. Здійснюють косу остеотомію гілки в зоні верхньої її третини (по Рауеру). Січуть передню ділянку гілки у вигляді клину. Кінець нижнього відрізка кістки закругляють і моделюють голівку і шийку.

Усунення анкілозу СНЩС способом Рауеру, 1928

Розрізом по нижньому краю вилицюватої дуги, відступивши від слухового проходу на 1,5 см наперед і далі вниз, починаючи від заднього кінця першого вилицюватою розрізу, оголяють гілку нижньої щелепи. Відділяють окістя по зовнішній поверхні гілки і по її передньому і задньому краям. Здійснюють косу лінійну остеотомію по лінії основи суглобового відростка. При існуванні одночасно кісткового зрощення між вінцевим відростком і вилицюватою кісткою додатково роблять косу лінійну остеотомію вінцевого відростка біля його основи. У щілину, що утворилася, після розведення фрагментів поміщають клапоть з широкої фасції стегна з жиром так, щоб фасція покривала нижній відрізок гілки, а жир заповнював простір і на внутрішній стороні гілки.

Усунення анкілозу СНЩС способом Роше, 1898

Оголяють нижню щелепу розрізом, що огинає її кут. Викроюють клапоть на живлячій ніжці з жувального м'яза. Скелетують гілку нижньої щелепи до суглобового і вінцевого відростків, як із зовнішньою, так і внутрішньою сторін. Роблять остеотомію трапецієвидної форми в області нижньої половини гілки. Нижній фрагмент гілки зводять і в дефект, що утворився, укладають м'язовий клапоть, який пришивають до зовнішньої поверхні крилоподібного м'яза.

Усунення анкілозу СНЩС способом Роше в модифікації Сміту, 1899

Операцію здійснюють по методу Роше лише з тією різницею, що остеотомію роблять в середній третині гілки нижньої щелепи.

Усунення анкілозу СНЩС способом Роше - Сміту в модифікації Березовського, 1901

Роблять остеотомію від заднього краю гілки в область верхньої половини у напрямку до краю півмісяцевої вирізки. У простір між фрагментами укладають клапоть жувального м'яза, який прикріплюють до окістя внутрішньої поверхні нижнього фрагмента.

Усунення анкілозу СНЩС способом Савицького, 1968

Звільняють гілку нижньої щелепи від рубців, роблять її остеотомію, зводять до правильного положення. До гілки підшивають відрізок ауторебра з хрящовою частиною, який моделюють за формою суглобової голівки. Застосовується у дітей.

Усунення фіброзного анкілозу СНЩС

Розрізом по Рауеру розтинають капсулу суглоба, видаляють рубцево-змінений диск і рубці. При необхідності, для досягнення достатньої міри розкриття рота вставляють в суглобову щілину остеотом і обертальними рухами розривають спайки, що утворилися на внутрішній поверхні. Між молярами на хворій стороні вставляють розпірку.

Усунення фіброзного анкілозу СНЩС способом Семенченка, 1951

Між премолярами на здоровій стороні вводять плоске долото або шпатель і поступово розширюють щілину між зубними рядами настільки, щоб можна було застосувати роторозширювач Гейстера. Вставляють роторозширювач між різцями і повільно відкривають рот на 1-1,5 см Вводять другий розширювач на стороні анкілозу між премолярами і повільно розкривають порожнину рота до 3,5-4 см Між корінними зубами вставляють пластмасову або металеву розпірку.

4. ПЛАН І ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА УЧБОВОГО ЗАНЯТТЯ ПО ДИСЦИПЛІНІ.

№	Етапи заняття	Розподіл часу	Види контролю	Засоби навчання
1.	Підготовчий етап.	15 хв.	Усне опитування за переліком питань. Письмове тестування.	Комп'ютер (ноутбук). Мультимедійні методичні розробки. Анатомічні муляжі. Відео і
1.1	Організаційні питання.			
1.2	Формування мотивації.			
1.3	Контроль початкового рівня підготовки (стандартизовані засоби контролю).			

2.	Основний етап (вказати усі види робіт, які виконують студенти під час цього етапу).	60 хв.	Практичний тренінг. Рішення клінічних завдань. Створення алгоритмів лікарських дій, професійний тренінг.	фотоматеріали. Електронні довідники.
3.	Завершальний етап.	15 хв.	Тестування. Практичні завдання. Ситуаційні і нетипові завдання. Усне опитування.	
3.1	Контроль кінцевого рівня підготовки.			
3.2	Загальна оцінка учбової діяльності студента.			
3.3	Інформування студентів про тему наступного заняття.			

4.5. Види самостійної роботи студентів.

1. Вивчити такі питання ($\alpha=I$):

- 1.1. Етіологія і патогенез артритів, артрозо-артритів, артрозу СНЩС.
- 1.2. План обстеження хворого з гострим і хронічним артритом, артрозо-артритом, артрозом ВНЧС.
- 1.3. Класифікації артритів, артрозо-артритів, артрозу СНЩС.
- 1.4. Клінічні ознаки і методи лікування гострих артритів СНЩС.
- 1.5. Клінічні ознаки і методи лікування хронічних артритів СНЩС.
- 1.6. Клінічні ознаки і методи лікування артрозо-артрита СНЩС.
- 1.7. Клінічні ознаки і методи лікування артрозу СНЩС.
- 1.8. Схеми лікування хворих з артритом, артрозо-артритом, артрозом СНЩС.

2. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю ($\alpha=II$):

2.1. За патогенетичними ознаками артроз СНЩС буває:

- A. Первинний і вторинний.
- B. Склерозуючий і деформуючий.
- C. Серозний і гнійний.
- D. Гострий і хронічний.
- E. Гіпертрофічний і атрофічний.

(Правильна відповідь: A)

2.2. Для етіопатогенезу первинного артрозу характерно:

- A. Розвиток дегенеративного процесу на здоровому суглобовому хрящі.
- B. Розвиток дегенеративного процесу на зміненому суглобовому хрящі в результаті травми.
- C. Розвиток дегенеративного процесу на здоровій суглобовій голівці.
- D. Розвиток дегенеративного процесу в суглобовій ямці.
- E. Розвиток дегенеративного процесу в суглобі в результаті соматичних у загальних рисах порушень.

(Правильна відповідь: A)

2.3. Скільки рентгенологічних стадій вторинного деформуючого артрозу виділяють?

- A. 4 стадії.
- B. 3 стадії.
- C. 5 стадій.
- D. 6 стадій.
- E. По стадіями не розрізняють.

(Правильна відповідь: A)

3. Тестові завдання з множинним вибором відповіді:

3.1. По етіології артрити СНЩС бувають:

- A. Загальносоматичні.
- B. Обмінно-дистрофічні.
- C. Специфічні.
- D. Неспецифічні.
- E. Посттравматичні.

(Правильні відповіді: B, C, D, E)

3.2. Рентгенологічні зміни у СНЩС при його патології:

А. Іноді відзначається розширення суглобової щілини.

В. Суглобова щілина відсутня.

С. Рідко відзначається звуження суглобової щілини.

Д. Початкові явища репарації.

Е. Межі нижньощелепної ямки і суглобового відростка згладжуються, наближаючись до прямої лінії.

(Правильні відповіді: В, С, D, E)

3.3. Клінічною ознакою гострого артрити СНЩС є:

А. «Тугоподвижность» суглоба уранці.

В. Біль постійний, зменшується в стані спокою нижньої щелепи.

С. Різка, ірадіююча біль.

Д. Набряклість і інфільтрація м'яких тканин попереду козелка вуха.

Е. Серозний або гнійний ексудат в порожнині суглоба.

(Правильні відповіді: В, С, D, E)

4. Завдання для самоконтролю:

4.1. Хворий Н., 35 років з діагнозом хронічного артрити лівого СНЩС скаржиться на обмеження у відкриванні рота. Обмеження відкривання рота в період загострення хронічного артрити спостерігається?:

Відповідь: В період загострення захворювання.

4.2. У хворої ж., 39 років діагноз ревматоїдний артрит правого і лівого СНЩС. Що є характерною ознакою ревматоїдного артрити СНЩС?

Відповідь: Ураження обох СНЩС.

4.6. Перелік індивідуальних завдань.

1. Уміти обстежувати хворого із запально-дистрофічними захворюваннями СНЩС.

2. Уміти провести диференціальну діагностику між різними видами захворювань СНЩС.

3. Прочитати ці рентгенографії, КТ, МРТ при патології СНЩС.

4. Уміти скласти план лікування хворого із запально-дистрофічними захворюваннями СНЩС.

4.8. Перелік теоретичних питань до підсумкового модульного контролю:

1. Етіологія і патогенез артритів, артрозо-артритів, артрозу СНЩС.

2. Класифікації запально-дистрофічних захворювань СНЩС.

3. Клінічна картина і лікування гострих артритів СНЩС.

4. Клінічна картина і лікування хронічних артритів СНЩС.

5. Клінічна картина і лікування артрозо-артрита СНЩС.

6. Клінічна картина і лікування артрозу СНЩС.

7. Запропонувати схеми лікування хворих з артритом, артрозо-артритом, артрозом СНЩС.

8. Проаналізувати дані додаткових методів обстеження хворих з артритом, артрозо-артритом, артрозом СНЩС.

4.9. Перелік практичних завдань та робіт до підсумкового модульного контролю.

1. Обстежувати хворого із запально-дистрофічними захворюваннями СНЩС.

2. Описати історію хвороби або амбулаторну картку хворого із запально-дистрофічними захворюваннями СНЩС.

3. Призначити план обстеження хворого із запально-дистрофічними захворюваннями СНЩС.

4. Скласти план лікування хворого із запально-дистрофічними захворюваннями СНЩС.

6. ЛІТЕРАТУРА.

Основна література:

1. Безруков В.М. Руководство по хирургической стоматологии челюстно-лицевой хирургии: 2 том / В.М.Безруков, Т.Г. Робустова. - М., Медицина, 2000. - 488 с.

2. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области / Ю.И. Бернадский. - М.: Медицинская литература, 1999. - 456 с.

Додаткова література:

1. Ибрагимов З.И. Рентгенологические проявления контрактур височно-нижнечелюстного сустава / З.И. Ибрагимов, Н.А. Рабухина, В.А. Семкин // Вестник рентгенологии и радиологии. - М. - 2005.- №4.- С.21-23.

2. Петросов Ю.А. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава / Ю.А. Петросов, О.Ю. Калпакьянц, Н.Ю. Сеферян. Краснодар, 1996. - 349 с.

3. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология / Т.Г. Робустова. - М., 2003. - С.68-88.

4. Диагностика и лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава / В.А. Семкин: Дис. д. мед. – М., 1997. - 204 с.
5. Семкин В.А. Клиника, диагностика и лечение постинъекционных контрактур нижней челюсти / В.А. Семкин, Н.А. Рабухина, Н.В. Букатина // Стоматология. - 1998. - №5. - С.30-31.

**№ 9. Гострий і хронічний неспецифічний сіалоаденіт (некалькульозний і калькульозний).
Діагностика та комплексне лікування сіалоаденітів. Сіалози.**

1. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 1.1. Аналізувати розповсюдженість запальних та дистрофічних уражень слинних залоз.
- 1.2. Пояснювати причини виникнення запальних та дистрофічних уражень слинних залоз.
- 1.3. Запропонувати нові підходи в діагностиці запальних та дистрофічних уражень слинних залоз.
- 1.4. Класифікувати запальні та дистрофічні ураження слинних залоз.
- 1.5. Тракувати дані рентгенологічних та патоморфологічних досліджень при запальних та дистрофічних уражень слинних залоз.
- 1.6. Малювати схеми обстеження пацієнтів з різними формами запальних та дистрофічних уражень слинних залоз.
- 1.7. Проаналізувати ускладнення, наслідки та прогноз при різних формах запальних та дистрофічних уражень слинних залоз.
- 1.8. Скласти план обстеження та лікування хворих із патологією слинних залоз різного генезу.

11. БАЗОВИЙ РІВЕНЬ ПІДГОТОВКИ

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Анатомія людини.	Знати анатомію щелепно-лицевої ділянки, кровопостачання та іннервацію м'язів голови та шиї. Визначити локалізацію великих слинних залоз людини.
2. Патоморфологія з секційним курсом.	Знати гістологічну будову та морфологічну структура патологічно-змінених тканин. Розпізнавати патологічно змінені тканини. Вміти взяти матеріал для цитологічного та патоморфологічного дослідження уражених слинних залоз.
3. Патофізіологія	Знати етіологію та патогенез захворювань, обмін речовин в патологічно змінених тканинах. Вміти логічно представити етіопатогенетичний ланцюг розвитку патологічних процесів у слинних залозах.
4. Внутрішня медицина.	Знати взаємозв'язок патологічних процесів в слинних залозах із захворюваннями різних органів та систем людини. Вміти правильно визначитися із залученням суміжних спеціалістів під час планування комплексного лікування хворих з патологією слинних залоз.

3. ОРГАНІЗАЦІЯ ЗМІСТУ НАВЧАЛЬНОГО МАТЕРІАЛУ (описується навчальний матеріал, наводяться структурно-логічні схеми, таблиці, малюнки, що відображають зміст основних питань теми заняття).

ГОСТРЕ ЗАПАЛЕННЯ СЛИННИХ ЗАЛОЗ

Епідемічний паротит (свинка, заушниця) – гостре інфекційне вірусне захворювання, що характеризується запаленням великих слинних залоз. Зазвичай вражаються привушні, рідко – піднижньощелепні і під'язикові слинні залози. В основному хворіють діти, але іноді і дорослі, частіше жінки. В даний час епідемічний паротит спостерігається як у вигляді спорадичних захворювань, так і у вигляді рідкісних епідемічних спалахів в закритих і дитячих колективах.

Етіологія і патогенез. Збудник хвороби – вірус, що фільтрується. Зараження відбувається шляхом безпосередньої передачі його від хворого здоровому крапельно-повітрям шляхом, але можлива також передача при користуванні предметами, з якими стикалися хворі.

Клінічна картина. Інкубаційний період епідемічного паротиту складає в середньому 2-3 тиж. Залежно від тяжкості захворювання можуть бути виділені три форми клінічної течії: 1) легка, 2) середня, 3) важка. Іноді виділяють ще неускладнений і ускладнений перебіг процесу.

При легкій формі паротиту клінічні ознаки виражені слабо, температура тіла не підвищується. Припухання привушних залоз майже безболісно, з їх проток в помірній кількості виділяється прозора слина. Нерідко вражається лише одна привушна залоза. Припухлість і біль зникають впродовж тижня.

При середньому ступені тяжкості захворювання після короткого (протягом 2-3 днів) продромального періоду, що проявляється нездужанням, поганим апетитом, періодичним ознобом, головним болем, біллю в області шиї, суглобів і м'язів кінцівок, іноді невеликим підвищенням температури тіла і сухістю в порожнині рота, виникає болісне припухання привушної залози. В більшості випадків через 1-2 дні припухає також інша привушна залоза. Спостерігається подальше підвищення температури тіла, зазвичай в межах 37,5-38 °С. Припухлість швидко збільшується. При цьому майже завжди одна сторона буває змінена більше іншої. У деяких хворих спостерігається гіперемія слизистої оболонки рота і вістя привушної протоки. Салівація зазвичай знижена. Через 3-4 дні запальні явища починають стихати.

При важкій формі спочатку після виражених продромальних явищ припухає привушна залоза, часто обидві. При цьому припухлість, що локалізувалася спочатку по зовнішній поверхні гілки нижньої щелепи, розповсюджується вгору до рівня очних ямок, назад доходить до сосковидних відростків і спускається нижче за кути щелепи, іноді до ключиць. Шкіра над припухлістю має нормальне забарвлення, але напружена. При залученні до процесу піднижньощелепних і під'язикових залоз припухлість розповсюджується на шию. Збільшена в розмірах, болісна при пальпації привушна залоза відтісняє назовні мочку вуха, здавлює і іноді значно звужує зовнішній слуховий прохід. Іноді спостерігається утруднене відкриття рота. Часто розвивається катаральний стоматит, спостерігається почервоніння слизистої оболонки зіву, області вістя привушної протоки. Протока пальпується у вигляді тяжа. Спостерігається різке зменшення або навіть припинення слиновиділення із залози, що припухнула. У окремих випадках, особливо в початковому періоді захворювання, салівація буває підвищена. При гнійно-некротичному процесі з протоки виділяється гній. Температура тіла може досягати 39-40 °С. На 5-6-й день температура тіла поступово падає, після чого колатеральний набряк і запальний процес в області залози піддаються зворотному розвитку. Але може наступити абсцедування.

При ускладненій формі епідемічного паротиту спостерігається ураження нервової системи – менінгіт, енцефаліт, іноді з паралічем черепних і спинномозкових нервів, змінами зорового, окорухового, відвідного, лицьового і присінно-кохлеарного нервів, а також психічним розладом. Нерідким ускладненням є орхіт. При епідемічному паротиті можуть спостерігатися мастит, панкреатит, нефрит. Епідемічний паротит у більшості хворих закінчується одужанням. Проте спостерігалися летальні наслідки при розвитку гнійно-некротичного процесу в залозі, ураженні нервової системи.

Д і а г н о з. Епідемічний паротит діагностується при первинному ураженні слинної залози, а не при ускладненні якого-небудь іншого інфекційного захворювання. При епідемічному паротиті в крові звичайна нормальна кількість лейкоцитів або лейкопенія, помірний моноцитоз і лімфоцитоз, ШОЕ в межах норми. Спостерігається зміна вмісту цукру і кількості діастази в крові і сечі. Діагноз підтверджується виділенням вірусу епідемічного паротиту, реакцією скріплення комплекменту, реакцією гальмування гемаглютинації, шкірною алергічною реакцією і ін. Допомогає встановленню діагнозу епідеміологічний анамнез.

Обов'язкова ізоляція хворих епідемічним паротитом на період 9 днів від початку захворювання.

З метою попередження розповсюдження епідемічного паротиту застосовують активну імунізацію дітей, відвідуючих дитячі дошкільні установи, живою вакциною проти паротиту.

Л і к у в а н н я. Терапія епідемічного паротиту в основному симптоматична і полягає у догляді за хворим і попередженні ускладнень. Необхідний постільний режим на період підвищеної температури, тобто впродовж 7-10 днів, особливо для дорослих. Призначають на область привушних (при показаннях і піднижньощелепних) залоз зігріваючі компреси, різні мазеві пов'язки, фізіотерапевтичні процедури: світло тепловікування за допомогою солюкс-лампи, УВЧ, ультрафіолетове опромінювання. Необхідно забезпечити регулярний догляд за порожниною рота (полоскання, іригація). Відмічено, що застосування інтерферону у вигляді зрошування порожнини рота 5- разів в день значно покращує стан хворого, особливо у випадках раннього застосування його – на 1-2-й день. При значному зниженні функції слинних залоз в їх протоки вводять по 0,5 мл розчину антибіотиків (по 50 000-100 000 ЕД пеніциліну і стрептоміцину в 1 мл 0,5% розчину новокаїну), а також проводять новокаїнову блокаду з пеніциліном або стрептоміцином. При прогресі гнійного запального процесу і виявленні осередків розм'якшення необхідне оперативне втручання в

умовах стаціонару. При виникненні ускладнень загального характеру лікування слід проводити у контакті із загальними фахівцями.

Профілактичні заходи включають проведення вологої дезінфекції приміщення і речей хворого, кип'ятіння столового посуду, провітрювання приміщення.

Грипозний сіаладеніт. В період епідемії грипу до стоматологічних закладів нерідко звертаються хворі з ознаками гострого сіаладеніту однієї з слинних залоз або декількох великих і малих слинних залоз.

Гострий сіаладеніт частіше починається в одній залозі, але дуже швидко до процесу залучається парна залоза. Запальні явища нарастають швидко, впродовж одного – двох днів наступає гнійне розплавлення залози, потім послідовно можуть некротизуватися одна за одною великі і малі слинні залози.

У більшості хворих сіаладеніт при грипозній інфекції виникає в привушній залозі, рідше – в піднижньощелепній, під'язиковій і малих слинних залозах. Часто вражаються обидві парні слинні залози, іноді спостерігається одночасне ураження привушних і піднижньощелепних залоз.

При ураженні привушних залоз характерною суб'єктивною ознакою є біль при відкритті рота і повороті голови убік. Набряк розповсюджується на щічну, піднижньощелепну, позадушепну області і верхній відділ шиї. При пальпації болісний щільний інфільтрат визначається в межах анатомічних меж привушної залози, поверхня інфільтрату гладка. При гнійному розплавленні привушної залози інфільтрат розповсюджується на тканини, що оточують залозу, і визначається в сусідніх областях.

При локалізації процесу в піднижньощелепній залозі хворих турбує біль при ковтанні; припухлість займає піднижньощелепну і під'язикові області, розповсюджується на область підборіддя і верхній відділ шиї. Найвиразніше локалізація процесу в піднижньощелепній залозі визначається при бімануальній пальпації в дистальному відділі щелепно-язичного жолобка і піднижньощелепного трикутника. У цій області визначається щільна, рухома, болісна, з гладкою поверхнею піднижньощелепна залоза.

Хворі гострим сіаладенітом під'язикових залоз скаржаться на біль при рухах язика, збільшення під'язикових складок. При огляді слизова оболонка над залозою стає сіруватого кольору, швидко руйнується, відторгаються гній і некротизована тканина залози.

Малі слинні залози залучаються до запального процесу частіше при множинному ураженні великих слинних залоз.

Лікування. У ранній період захворювання застосовують інтерферон у вигляді зрошування порожнини рота 4-5 разів на день. При симптомах вторинного інфікування в протоки слинних залоз вводять антибіотики. За наявності запального інфільтрату добрі результати дає новокаїнова блокада залози, при гнійно-некротичному процесі – ранній розріз капсули залози, що обмежує розміри її некрозу. Слід проводити комплекс заходів щодо догляду, харчування, режиму, симптоматичну терапію з приводу грипозної інфекції. Результат, як правило, сприятливий. Ускладнення виникають у зв'язку з рубцевою деформацією проток, їх зарощуванням. Можливе зниження секреції при некрозі частини залози або припинення саливації при некрозі всієї залози.

Постінфекційний і післяопераційний сіаладеніт (гострий бактеріальний сіаладеніт). Гострий сіаладеніт у цієї групи хворих спостерігається частіше в області привушних слинних залоз. Значно рідше залучаються до запального процесу піднижньощелепні, під'язикові і малі слинні залози.

Етіологія і патогенез. Гострий сіаладеніт (частіше паротит) може розвинутися при будь-якому важкому захворюванні, найчастіше він виникає при тифах. Існують стоматогенний, гематогенний і лімфогенний шляхи розповсюдження інфекції. У протоках залози зазвичай виявляється змішана мікрофлора: стафілококи, пневмококи, стрептококи, кишкова паличка і ін.

Інфекція частіше проникає через вістя вивідної протоки залози. Явища гіпосаливації рефлексорного характеру, що спостерігаються при цих захворюваннях і в післяопераційному періоді при хірургічних втручаннях на черевній порожнині, сприяють інфекційному запаленню.

Клінічна картина. Гострий сіаладеніт відрізняється швидким наростанням запальних явищ, особливо при гангренозному паротиті. Впродовж 1-2 днів може відбутися некроз залози. Некротизовані ділянки залози поступово відторгаються і тривало виходять через розплавлені шкірні покриви. Іноді наступає омертвіння майже всієї залози. У тих випадках, коли цей процес виникає на тлі загальних дистрофічних захворювань, запальні зміни можуть наростати поволі і мляво. При сприятливій течії серозного і гнійного паротитів високої температурної реакції може не бути.

Іноді постінфекційний і післяопераційні паротити бувають двосторонніми. У цих випадках процес раніше починається в одній залозі, а потім (через 2-3 дні) вражається і друга залоза. Ступінь і

характер запальних змін справа і зліва можуть бути різними, іноді в процес залучаються і піднижньощелепні залози.

Гострий паротит, що розвивається на тлі загальних захворювань, іноді ускладнюється розповсюдженням гнійного процесу в навколوجلотковий простір, на бічну поверхню шиї і клітковину, що оточує загальну сонну артерію і внутрішню яремну вену, середостіння, гній може прорватися в зовнішній слуховий прохід. В окремих випадках під впливом гнійного процесу відбувається розплавлення стінок крупних судин і виникає кровотеча, що закінчується летально. Спостерігається тромбоз яремних вен і синусів мозкової оболонки.

До пізніх ускладнень гнійного паротиту відносяться утворення слинних свищів і явища привушного гіпергідрозу.

Діагноз підтверджують цитологічним дослідженням відокремлюваного з протоки, при якому визначаються значні скупчення нейтрофілів, серед яких розташовуються нечисленні лімфоцити, ретикулярні клітки, макрофаги. З елементів епітеліального вистилання проток в невеликій кількості виявляються клітини циліндрового і плоского епітелію, одиничні клітини кубічного епітелію. Сіалографію для діагностики не проводять.

Лімфогенний сіаладеніт. При лімфогенному розповсюдженні інфекції нерідко відмічається ураження лімфоїдного апарату привушної залози. Джерелом інфекції може бути запальний процес в зіві, носоглотці, язичі, нижній щелепі і зубах. Клінічно процес починається з болісного ущільнення якої-небудь ділянки привушної залози. Потім при легкій формі процесу ущільнення збільшується поступово впродовж 2-3 тиж, з'являється обмежена припухлість в області привушної залози відповідно ущільненню за рахунок набряку тканин. У цей період захворювання можна відзначити невелике зниження слиновиділення, при цьому секрет каламутний, підвищеної в'язкості. Загальний стан у більшості хворих не порушується.

При цитологічному дослідженні секрету залози визначаються клітини запального ряду (нейтрофіли, лімфоцити, гістіоцити, макрофаги, плазматичні клітки), спостерігається підвищене злизування клітин плоского і циліндрового епітелію, поява клітин кубічного епітелію.

При середній тяжкості гострого лімфогенного паротиту температура тіла у хворого підвищується. В області виниклого ущільнення залози з'являється значний набряк, біль посилюється, стає пульсуючою. Шкіра, що покриває залозу, червоніє, поступово спаюється з інфільтратом, і може наступити мимовільне розкриття гнійника. Після виділення гною запалення починає стихати. Іноді гнійник розкривається в протоки залози, і гній виділяється через вістя привушної протоки.

Розсмоктування запального інфільтрату йде дуже поволі, щільний вузол в області залози може залишатися впродовж декількох тижнів. При цьому з протоки виділяється макроскопічно не змінена слина. Цитологічно можна виявити ознаки гострого запалення.

При важкому перебігу лімфогенного паротиту після перших проявів хвороби у вигляді обмеженого ущільнення в привушній слинній залозі запальні явища починають швидко наростати. Часто настає абсцедування в залозі або розвивається флегмона.

Контактний сіаладеніт. Це захворювання виникає при розповсюдженні запального процесу при флегмонах привушно-жувальної, піднижньощелепної, під'язиковою областей. Після стихання запального процесу в клітковинному просторі і розтину флегмони розвивається запалення в слинних залозах, частіше одностороннє. У більшості хворих контактний сіаладеніт протікає в легкій формі, рідше – середньо-важкій, проявляється припуханням залози, зниженням її функції. Наявність сіаладеніту підтверджується цитологічним дослідженням секрету слинної залози.

Доцільно звертати увагу на функцію слинної залози, розташованої в сусідстві з флегмонозним процесом, що дозволить своєчасно розширити комплекс лікувальних заходів і попередити ускладнення у вигляді контактного сіаладеніту.

Сіаладеніт, викликаний впровадженням чужорідних тіл у вивідні протоки залоз. Після попадання чужорідного тіла в протоку залози хворі звертаються до лікаря в різні терміни, тому скарги їх не бувають однакові. У одних випадках їх турбує періодично виникаюче збільшення залози; іноді може розвинутися абсцес або (рідко) флегмона навколо залози або її протоки. Майже у всіх випадках хворі добре запам'ятовують відчуття, що виникають у них при попаданні чужорідного тіла в протоку залози і передуючі початку запального процесу. Протягом деякого часу чужорідне тіло, що потрапило в протоку залози, може викликати лише затримку виділення – ретенцію – слини і тимчасове припухання привушної або піднижньощелепної залози. Така залоза безболісна, має звичайну консистенцію, може бути лише трохи збільшеною, потім виникає запальна реакція, відповідає картині гострого сіаладеніту. Гнійно-запальний процес в залозі часто супроводжується розплавленням капсули залози і переходом процесу на прилеглі тканини привушної і

піднижньощелепної областей. При мимовільному розкритті гнійника нерідко виділяється чужорідне тіло. У тих випадках, коли чужорідне тіло знаходиться в протоці залози тривалий час і періодично виникає загострення запального процесу, клінічна картина захворювання схожа із слинокам'ною хворобою. Іноді чужорідне тіло може стати центром утворення слинного каменя.

Діагноз підтверджується виявленням чужорідного тіла при сіалографії по дефекту заповнення протоки або ретенції контрастної речовини.

Лікування полягає в хірургічному втручанні – видаленні чужорідного тіла з протоки або при розташуванні чужорідного тіла в одній з дрібних проток піднижньощелепної залози, екстирпації слинної залози.

ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ І ПРОФІЛАКТИКА ГОСТРОГО СІАЛАДЕНІТУ

Лікування хворих гострим сіаладенітом залежно від тяжкості процесу включає комплекс заходів, загальний для різних за походженням гострих сіаладенітів. При серйозному запаленні лікувальні заходи повинні бути направлені на припинення запальних явищ і на відновлення слиновиділення. Застосовують всередину 3-4 рази на день по 5-6 крапель 1 % розчину пілокарпіну гідрохлориду. У запалену слинну залозу через її протоку слід щодня вводити По 50 000 ЕД пеніциліну і 100 000 ЕД стрептоміцину в 1 мл 0,5 % розчину новокаїну. Останніми роками при лікуванні запальних захворювань застосовують ДМСО (диметилсульфоксид, димексид) у вигляді компресу на область осередку запалення. ДМСО покращує мікроциркуляцію в тканинах, має анальгезуючу, протизапальну, протинабрякту, бактеріостатичну і бактерицидну дію. Компрес з 30% розчином димексиду слід помістити на область запаленої залози на 20-30 хв. один раз в день і повторювати цю процедуру щодня протягом 5-10 днів до настання ефекту. Крім того, призначають фізіотерапевтичні процедури: грілки, флюктуоризацію, УВЧ-терапію, масляні компреси.

У тих випадках, коли запальні явища продовжують наростати, при перебігу процесу середньої тяжкості слід доповнити лікування 3-4 новокаїновими блокадами з антибіотиками в області залози, підшкірним введенням 50-60 мл 0,5 % розчину новокаїну, призначенням внутрішньом'язових ін'єкцій пеніциліну, стрептоміцину або інших антибіотиків за даними антибіотикограми, а також сульфаніламідних, десенсибілізуючих препаратів. В умовах стаціонару добрі результати дає внутрішньовенне введення трасилолу або контрикалу.

При гангренозному сіаладеніті і важкій формі перебігу показано термінове хірургічне втручання – розкриття капсули залози; при цьому при операції на привушній залозі краще користуватися розрізом по Р. П. Ковтуновичу.

При лікуванні хворих гострим сіаладенітом повинні бути враховані всі принципи, передбачені при лікуванні гострих запальних захворювань.

Профілактика гострого сіаладеніту полягає в догляді за порожниною рота – іригації 0,5-1% розчином натрію гідрокарбонату і протиранні ватними або марлевими кульками слизової оболонки рота. З метою посилення саливації порожнину рота обробляють 0,5-1% розчином лимонної кислоти. У дієту включають продукти, що підвищують слиновиділення.

ХРОНІЧНЕ ЗАПАЛЕННЯ СЛИННИХ ЗАЛОЗ

Хронічним сіаладенітом є запальне захворювання слинних залоз з нев'ясною етіологією і маловивченим патогенезом. В даний час виділяють три форми сіаладеніту по переважному ураженні різних анатомічних відділів слинної залози: інтерстиції – інтерстиціальний сіаладеніт, паренхіми – паренхіматозний сіаладеніт і системи вивідних проток – сіалодохит. Відзначають різні стадії захворювання залежно від ступеня вираженості патологічних симптомів: початкову, клінічно виражену і пізню. На підставі показників клінічної течії і лабораторних даних виділяють активний і неактивний перебіг хронічного сіаладеніту.

Хронічний сіаладеніт виникає в привушних залозах, рідше – в піднижньощелепних, під'язикових і малих слинних залозах слизової оболонки порожнини рота. Частота ураження різних слинних залоз залежить від форми сіаладеніту: інтерстиціальної, паренхіматозною, сіалодохита (дуктулярний сіаладеніт).

Інтерстиціальний сіаладеніт. Синоніми: хронічний продуктивний сіаладеніт, хронічний склерозуючий паротит, запальна пухлина Кютнера, безболісне припухання привушних залоз, хронічний атрофічний сіаладеніт, фібропродуктивний сіаладеніт, симптоматична сіалопатія, ендокринна гіпертрофія, гормональний сіалоз, повторно інфікований сіалоз.

Етіологія і патогенез. Етіологія інтерстиціального сіаладеніту невідома. Існує припущення, що порушення в слинних залозах виникає на фоні загальних захворювань організму. З перенесених і супутніх захворювань відмічається гіпертонічна хвороба, атеросклероз, деформуючий спондиліоз, хронічний гастрит, холецистит і інші захворювання.

Клінічна картина. Інтерстиціальним паротитом частіше страждають жінки, особливо в літньому віці. Характерною ознакою цього захворювання є рівномірне припухання слинних залоз. По ступеню вираженості змін слинних залоз при інтерстиціальному сіаладеніті виділяються початкова, клінічно виражена і пізня стадії процесу.

У початковій стадії хворі відзначають неприємні відчуття в області однієї або обох привушних залоз, іноді біль в потилиці, відчуття незручності, що періодично з'являється, у вухах. Як правило, захворювання виявляється випадково, по наявності м'якої безболісної припухлості в межах анатомічних кордонів залози. Шкіра, що покриває привушні залози, не змінена, відкриття рота вільне, слизиста оболонка блідо-рожевого кольору, добре зволожена. Вістя вивідних проток не змінені, слина виділяється вільно. Цитологічне дослідження секрету дозволяє виявити бідність мазків клітинними елементами; виявляються одиничні нейтрофіли і клітини циліндрового епітелію, келихоподібні клітини і «голі» ядра. При сіалографії і пантомосіалографії на сіалограмах відзначають деяку нерівномірність зображення паренхіми залози і звуження проток III, IV і V порядків.

При клінічно вираженій стадії припухлість в області уражених залоз постійна, безболісна. Збільшені залози мають гладку, рівну поверхню, з оточуючими тканинами не спаяні, консистенція їх тістоподібна. З вивідних проток слинних залоз при масажуванні зазвичай виділяється прозора слина в помірній кількості.

При сіалометрії секретія слинних залоз не змінюється або знижується до нижніх меж норми, в період загострення секретія зменшується. Цитологічне дослідження секрету дозволяє встановити збільшення клітинних елементів в мазках. При сіалографії розміри залози збільшені, щільність паренхіми залози зменшена, різко звужені протоки II-IV порядків, контури проток залишаються рівними і чіткими.

У пізній стадії хворі скаржаться на слабкість, зниження працездатності, іноді відзначають зниження слуху. Часом виникає сухість в порожнині рота. У всіх хворих спостерігається постійне безболісне або малоболісне припухання в області уражених залоз. Слинні залози значно збільшені. При цьому спостерігається осередкове ущільнення. Слизиста оболонка порожнини рота блідо-рожевого кольору, слини небагато, з вивідних проток слинних залоз при масажуванні слина виділяється в зменшеній кількості.

При сіалометрії відмічається зниження функції слинних залоз. При цитологічному дослідженні мазків секрету можна виявити нейтрофіли в стані дегенерації, гістіоїдні елементи, «голі» ядра, пласти клітин плоского і циліндрового епітелію на фоні ділянок білкового субстрату. На сіало- і пантомосіалограмах паренхіма залози не визначається; всі протоки залози і привушна протока звужені, в окремих ділянках переривисті, мають нерівні контури.

Інтерстиціальний сіаладеніт характеризується загостреннями, частіше в холодний осінньо-весняний період часу. Захворювання починається з нездужання, щільного припухання залоз. У окремих хворих загострення виникають часто, кілька разів на рік, супроводжуються болями в залозі, її значним ущільненням, підвищенням температури тіла.

Діагноз. Характерна, клінічна картина повинна підтверджуватися даними сіалографії – наростаючим звуженням вивідних проток, що тривалий час зберігають чіткі і рівні контури, цитологічно – блідістю мазків секрету залози клітинними елементами, відсутністю клітин інтерстиціальної тканини.

Інтерстиціальний сіаладеніт слід диференціювати від хронічного паренхіматозного сіаладеніту, сіалодохиту, пухлини, епідемічного паротиту на підставі характерних епідеміологічних, клінічних, цитологічних і сіалографічних ознак цих захворювань.

Прогноз при інтерстиціальному сіаладеніті сприятливий. Хворих слід спостерігати протягом багатьох років, зокрема спільно із загальними фахівцями, ендокринологами.

Паренхіматозний сіаладеніт. Синоніми: хронічний рецидивуючий паротит, хронічний зворотний паротит, хронічний сіалектатичний паротит, інтермітуючий зворотний гнійний паротит, кістозний паротит, кістозна дисплазія, повторно-інфікований сіалоз, дуктулярний паротит, зворотний бактеріальний паротит.

Етіологія і патогенез. Етіологія паренхіматозного сіаладеніту невідома. Мікрофлора, що знаходиться в протоках привушних залоз, в етіології паротиту грає другорядну роль.

Багато авторів припускають, що паренхіматозний паротит є наслідком природжених змін системи проток залози і дисплазії її тканини з утворенням «кістозних» порожнин. Природжені кістоподібні порожнини приводять до ретенції слини, порушенню її відтоку, що сприяє вторинному проникненню інфекції порожнини рота через привушну протоку і розвитку сіаладеніту.

Клінічна картина. У початковій стадії захворювання характеризується безсимптомним перебігом. Паротит виявляється випадково, при обстеженні хворого або при загостренні процесу. При обстеженні змін в області привушних залоз не буває, рот відкривається добре, слизова оболонка порожнини рота волога, нормального забарвлення; з проток привушних залоз виділяється звичайна кількість прозорого секрету.

При сіалометрії порушення секреції слинної залози не відмічено. При цитологічному дослідженні встановлена наявність ділянок слизу, нечисленних, частково дегенерованих нейтрофілів, лімфоцитів, іноді невелика кількість ретикулярних клітин, гістіоцитів і макрофагів.

Епітеліальні клітини зустрічаються в невеликій кількості і представлені клітинами плоского і циліндрового епітелію, помірною кількістю запально змінених клітин; зустрічаються нечисленні келихоподібні клітини. На сіалограмі визначаються округлі порожнини на фоні незміненої паренхіми і проток залози. В області залози визначаються одиничні дрібні порожнини (діаметром 1-2 мм), паренхіма залози виявляється нечітко. Протоки в окремих ділянках переривисті, контури їх чіткі, рівні; привушна протока не змінена. При пантомосіалографії можна виявити приховано протікаючий процес в іншій парній залозі.

У клінічно вираженій стадії хворих при масажуванні залози турбує солонувате виділення з проток, відчуття тяжкості в області залози. Іноді залози збільшені, при цьому припухлість має пружно-еластичну консистенцію; у окремих ділянках промацується безболісне ущільнення. Рот відкривається вільно, слизова оболонка порожнини рота має рожеве забарвлення, добре зволожена. З проток виділяється слина з домішкою слизистих грудочок, іноді гнійних включень, або ж вона буває прозорою, помірно в'язкою.

При сіалометрії не визначається грубих порушень функції. Цитологічне дослідження секрету в період ремісії процесу дозволяє виявити ділянки слизу, помірну кількість нейтрофілів, клітини кубічного епітелію, келихоподібні клітини, епітеліальні клітини із зміненою морфологічною картиною. У разі загострення визначається значне збільшення числа елементів запального ексудату. На сіалограмах і пантомосіалограмах в області паренхіми визначається велика кількість порожнин діаметром 2-3 мм. Паренхіма і протоки залози III, IV і V порядків не визначаються або переривисті. Протоки I порядку переривисті; привушна протока не змінена, а іноді спостерігаються звужені і розширені ділянки з чіткими контурами

У пізній стадії захворювання хворих турбує припухлість в області ураженої залози, відчуття тяжкості або незначна біль в привушних областях, виділення неприємної гнійної слини, іноді відчуття сухості в порожнині рота. Припухлість буває горбистою, безболісною і може розташовуватися в межах анатомічних кордонів привушної залози. Шкіра, що покриває припухлість, іноді стоншена і може мати рубці від раніше проведених розрізів з приводу абсцедування паротиту. У деяких хворих, не дивлячись на пізню стадію, залоза в період ремісії процесу залишається не збільшеною.

При сіалометрії виявляється зниження функції залози. При цитологічному дослідженні в мазках секрету є багато слизу; нейтрофіли визначаються в переважаючій кількості і знаходяться більшою мірою дегенерації, чим в попередніх стадіях. Визначається скупчення лімфоїдних елементів і келихоподібних клітин.

Сіалографічно встановлено, що порожнини в залозі досягають значних (5-10 мм в діаметрі) розмірів; паренхіма залози і її протоки не визначаються або видно фрагменти деформованих проток в окремих ділянках. Привушна протока може рівномірно розширюватися або мати звужені і розширені ділянки з деформованими контурами.

Загострення хронічного паренхіматозного паротиту протікає бурхливо у всіх стадіях процесу, але ступінь клінічного прояву його симптомів і частота загострення визначаються зниженням неспецифічної резистентності: чим нижче її показники, тим активніше клінічний перебіг загострення. Нерідко процес протікає неактивно.

Діагноз хронічного паренхіматозного паротиту підтверджується цитологічно і сіалографічно. Застосування інших методів дослідження дозволяє встановити стадію і активність процесу. Паренхіматозний паротит слід диференціювати від інтерстиціального сіаладеніту, сіалодохіту і епідемічного паротиту, пухлини.

Прогноз. При паренхіматозному паротиті у одних хворих захворювання має тенденцію до позитивної динаміки і наступає клінічне одужання. У більшості хворих перебіг захворювання тривалий, у окремих хворих розвиваються всі ознаки синдрому або хвороби Шегрена.

Хронічний сіалодохіт. Синоніми: фіброзний сіалодохіт, хронічний сіалодохіт Куссмауля, ідіопатична дилатація проток.

Етіологія і патогенез. Етіологія хронічного сіалодохіту до теперішнього часу невідома. Існує думка, що захворювання є одним з варіантів перебігу паренхіматозного паротиту. Ряд авторів причину розширення вивідних проток убачає в здавленні їх в області гирла або на протязі різними патологічними процесами: пухлиною, лімфатичним вузлом при лімфаденіті, стриктурою протоки при її травмі, запаленням гирла протоки при афтозному стоматиті і ін. Інші автори вважають його проявом вікової патології.

Клінічна картина. Хронічним сіалодохітом страждають частіше особи літнього віку (77,4%), у жінок він зустрічається не на багато частіше (56,8%).

У початковій стадії хворі скаржаться на періодично виникаюче припухання при прийомі гострої їжі в привушно-жувальній області, зв'язане з ретенцією слини в розширених дрібних протоках залози, таке, що супроводжується неприємним, розпираючого характеру відчуттям або нерізким болем. Іноді відмічається виділення великої кількості слини в порожнину рота, що характерно для розширення привушної протоки. Процес може протікати безсимптомно і виявляється при обстеженні хворих після загострення. При огляді змін в області привушних залоз не визначається, слизова оболонка рота має нормальний рожевий колір, добре зволожена. З проток виділяється прозорий секрет, іноді в нім виявляються грудочки слизу.

Функція слинних залоз в межах норми. При цитологічному дослідженні секрету зустрічаються одиничні нейтрофіли і клітини епітеліального вистилання проток. На сіало- і пантомосіалограмах визначається нерівномірне розширення головної вивідної протоки і гілок I, II порядків або розширення гілок II, III, IV порядків (при цьому головна вивідна протока у ряді випадків залишається незміненою), або розширення всіх проток залози і головної вивідної протоки. Характерним є чергування розширених і незмінених ділянок проток залози. Вони мають чіткі контури, що виявляється і на повторних сіалограмах. Паренхіма визначається добре, чітко виявляються дольки.

У клінічно вираженій стадії хворі скаржаться на постійне мимовільне виділення з проток в порожнину рота солонуватого секрету з домішками грудочок слизу. Під час їжі з'являються припухлість і поколювання в області слинної залози, які після їжі проходять. Іноді з'являється розпираючий біль, що буває при сіалодохіті дрібних проток.

При огляді по ходу привушної протоки виявляється безболісне, м'яке припухання ділянки залози у вигляді валика. При натисканні на нього в порожнину рота виділяється солонуватий застійний секрет залози, при цьому припухлість зникає. Слизова оболонка рота волога, колір її не змінюється. Вістя проток зіяють, з них рясно виділяється слизистий секрет з фібринозними, ниткоподібною форми включеннями – зліпками проток.

При сіалометрії кількість слини залишається в межах норми. При цитологічному дослідженні слини виявляються клітини циліндрового епітелію, серед яких знаходять крупніші, іноді двоядерні екземпляри, а також нечисленні пласти епітеліальних клітин з явищами запальної метаплазії. Постійно в невеликій кількості визначаються келихоподібні клітини. На сіалограмах і пантомосіалограмах розширення проток досягає великих розмірів, контури їх стають нерівними, але залишаються чіткими, з'являються звужені ділянки.

У пізній стадії хронічного сіалодохіту хворі скаржаться на часте загострення процесу, гнійне або слизово-гнійне виділення з проток, припухлість в області слинної залози.

Припухлість запальної залози буває невеликих розмірів, вона помірно і нерівномірно ущільнена; іноді припухлості не спостерігається. Слизова оболонка порожнини рота в кольорі не змінюється, зволожена добре. З привушних проток рясно виділяється в'язкий слизистий секрет з гнійними і фібринозними включеннями.

У пізній стадії хронічного сіалодохіту визначається невелике зниження секреції слини. При цитологічному дослідженні секрету відмічається його згущування, в нім знаходиться велика кількість гнійних тяжів. Разом з нейтрофілами в препаратах зустрічаються скупчення еозинофілів. Ретикуло-ендотеліальних клітин небагато, їх похідні (гістіоцити, макрофаги) відсутні. Характерна наявність крупних і двоядерних циліндрових клітин, а також пластів запально-метаплазованого епітелію; є епітеліальні комплекси, що морфологічно нагадують кінцеві відділи слинної залози. На сіалограмі можна виявити, окрім розширених ділянок, значні звуження; привушна протока набуває намистоподібні форми, а іноді хід проток прослідкувати важко.

Загострення хронічного сіалодохіту протікає бурхливо, супроводжується сильним болем, підвищенням температури тіла, клінічна картина схожа із загостренням запального процесу при паренхіматозному сіаладеніті.

Хронічний сіалодохіт слід диференціювати від паренхіматозного, інтерстиціального і епідемічного паротитів, слинокам'яної хвороби, кісти слинної залози, пухлини слинної залози на

підставі клінічної картини, сіалометрії цитології секрету, рентгено- і сіалографії, діагностичної пункції, пункції і ексцизійної біопсії.

Прогноз. В результаті лікування настає тривала ремісія. У окремих хворих відмічено утворення слинного каменя в одній з проток залози.

ЛІКУВАННЯ І ПРОФІЛАКТИКА ХРОНІЧНОГО СІАЛАДЕНІТУ

Лікування хворих хронічним сіаладенітом незалежно від форми (інтерстиціальна, паренхіматозна, сіалодохит) в період загострення процесу не представляє великих труднощів. Застосування комплексу лікувальних процедур, використовуваного при лікуванні хворих гострим сіаладенітом, приводить до швидкого купірування процесу.

Лікування хворих в хронічному періоді процесу має на меті підвищити захисні сили організму – його неспецифічну резистентність, поліпшити функцію залози, попередити повторне загострення сіаладеніту, поліпшити трофіку тканин залози, припинити наростання склерозування стромі і дегенеративних змін в паренхімі, усунути застійні явища секрету в залозі. Хворих хронічним сіаладенітом ставлять на диспансерний облік. Комплексну лікарську терапію слід проводити спільно з фахівцями відповідного профілю.

У комплексне лікування слід включити призначення нуклеінату натрію по 0,2 г 3 рази на день протягом 14 днів (цей курс необхідно повторювати 1-3 рази на рік), йодиду калію – 2-10% розчин по 1 столовій ложці 3 рази на день протягом 2-3 міс з урахуванням чутливості організму до йоду. Проводять новокаїнову блокаду через 2-3 дні, всього 10-12 разів. Вводять пірогенал внутрішньом'язовий через 2-3 дні (25 ін'єкцій на курс), галантамін у вигляді підшкірних ін'єкцій по 1 мл 0,5% водного розчину (30 ін'єкцій на курс).

Іноді доцільне лікування аутовакциною у вигляді підшкірного введення по 0,1-0,3 мл через два дні на третій (на курс 20 ін'єкцій). У пізній стадії паренхіматозного паротиту і сіалодохиту лікування слід починати з введення антибіотиків. Після масажування залози і звільнення всіх проток від їх вмісту слід спеціальною канюлею або ін'єкційною голкою вводити 2 мл розчину антибіотиків (50 000 ЕД пеніциліну і 100 000 ЕД стрептоміцину в 2 мл 0,5% розчину новокаїну) і, масажуючи залозу, знову звільнити протоки від вмісту. Введення розчину антибіотиків в протоки повторюють кілька разів, до тих пір, доки не будуть відмиті всі слизово-гнійні маси; потім вводять більш концентрований розчин антибіотиків (1000 000 ЕД пеніциліну і 250 000 ЕД стрептоміцину в 1 мл 0,5 % розчину новокаїну) і залишають його в залозі. Таке лікування повторюється щодня до повного припинення гнійних виділень з проток.

У хворих із звуженими ділянками проток слід застосовувати протеолітичні ферменти (трипсин, хімотрипсин). У комплекс лікування слід включати ін'єкції рибонуклеази – 7-10 міліграм внутрішньом'язового і електрофорез з дезоксирибонуклеазою (7-10 сеансів по 20 хв.).

Хороший ефект дає введення йодоліполу в протоки залози. Йодоліпол слід вводити через 3-4 мес, при настанні лікувального ефекту - 1-2 рази на рік. Методика введення така ж, як і при сіалографії.

Гальванізацію області слинних залоз при лікуванні хронічного сіаладеніту проводять щодня протягом 30 днів, а також здійснюють рентгенотерапію сумарно від 5 до 10 Гр.

Хірургічні методи лікування застосовують рідко і проводять при неефективності консервативної терапії, частих загостреннях запального процесу (6-10 разів на рік), що супроводжуються нагноєнням залози, значному порушенні функції слинної залози, наявності стриктури і атрезії привушної або піднижньощелепної протоки. Залежно від патологічного процесу застосовують різні хірургічні методи: бужування привушної або піднижньощелепної протоки, при неефективності бужування – тотальну пластику в області вистя або тотальну резекцію привушної залози із збереженням гілок лицьового нерва, перев'язку привушної протоки.

З профілактичною метою доцільно проводити контрольний диспансерний огляд хворих з початковою стадією захворювання один раз на рік навесні, з клінічно вираженою і пізньою стадіями захворювання – двічі на рік – восени і весною.

СИСТЕМНІ, РЕАКТИВНО-ДИСТРОФІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ СЛИННИХ ЗАЛОЗ (СІАЛОЗИ)

Слинні залози людини виконують багато функцій, своєрідно реагують на різні чинники зовнішньої дії і внутрішньоорганні фізіологічні (вікові, гормонального характеру, під час вагітності, пологів, вигодовування дитини і т. п.) та патологічні процеси (при захворюваннях шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної системи, залоз внутрішньої секреції, нервової системи, сполучної тканини, порушеннях харчування та вітамінозах).

При цьому системний характер порушень у слинних залозах супроводжується дистрофічними змінами у всіх структурних компонентах залози — стромі, паренхімі, протокової системі. Незапальний генез дистрофічних змін у слинних залозах, які спричинені загальними порушеннями в

організмі людини, став підставою дати їм назву “сіалоз” (Rauch, 1956). До дистрофічного процесу в залозі на пізній стадії часто вторинно приєднується запальний процес.

Дистрофічні захворювання слинних залоз мають хронічний характер з клінічними проявами їх збільшення, змінами структури та порушенням функції.

До лімфоепітеліальних уражень належать синдроми Шегрена, хвороба Мікуліча, синдроми Геєрфорда, Кюттнера, в основі яких лежить аутоімунне запалення.

СИНДРОМ (ХВОРОБА) ШЕГРЕНА

Синоніми: ксеродерматоз, сухий синдром, синдром С'єгрена, хвороба (синдром) Шегрена, синдром Предтеченського-Гужеро-Шегрена. У наш час розглядається як захворювання з рисами аутоімунних і неопластичних порушень. З'ясовано генетичний маркер хвороби — дефектний ген на довгому плечі I хромосоми групи A.

Захворювання, назване за прізвищем шведського офтальмолога H.S. Sjog- Jren (1933), який описав цей симптомокомплекс, а Гужеро (H. Gougerot) описав його у хворих із сухим кератокон'юнктивітом. Прийнято визначати хворобу Шегрена (первинний синдром Шегрена) як системне хронічне аутоімунне захворювання, що характеризується хронічним запаленням екзокринних залоз (насамперед слинних і слъзових), з поступовим розвитком їхньої секреторної недостатності.

За наявності проявів іншого системного захворювання разом з хворобою виділяють синдром Шегрена (вторинний синдром Шегрена), як вторинне ураження слъзових і слинних залоз з розвитком сухого кератокон'юнктивіту. Захворювання проявляється розвитком хронічного сіалоаденіту і ксеростомії при аутоімунних захворюваннях: ревматоїдному артриті, системному червоному вовчаку, системній склеродермії, хронічному активному гепатиті, первинному біліарному цирозі печінки, аутоімунному тиреоїдиті, поліміозиті, тиреоїдиту Гашимото та ін.

Хвороба і синдром Шегрена зустрічаються в жінок у 20-25 разів частіше, ніж у чоловіків, переважно у віці 20-50 років.

Етіологія захворювання невідома. До ймовірних етіологічних факторів відносять хронічну вірусну інфекцію. Обговорюється роль вірусу Епштейна-Барр, цитомегаловірусу, ретровірусів та ін. Вірусна гіпотеза базується на подібному характері імунологічних порушень, що виявляються при хронічній вірусній інфекції і хворобі Шегрена. Передбачається роль спадкового фактора. Відзначено генетичну детермінованість захворювання, на що вказують сімейні випадки хвороби Шегрена та однойцевих близнюків.

Велике значення у розвитку патологічного процесу надають стресу. Відомо, що емоційний стрес зумовлює значні порушення в гормональній системі.

У зв'язку з цим стає зрозумілим, чому синдром виникає у жінок середнього та літнього віку (кліматеричний період). Порушення функції ендокринних залоз призводить до зниження компенсаторних, адаптивних можливостей організму. Навіть незначні стреси спричинюють запорогове подразнення, порушення обміну, внаслідок чого і розвивається захворювання.

Основним патогенетичним фактором є розвиток аутоімунних реакцій з появою антитіл до тканини проток слинних, слъзових та інших ендокринних органів.

Класифікація хвороби Шегрена

Перебіг: підгострий; хронічний.

Стадії розвитку: початкова; виражена; пізня.

Ступінь активності: мінімальна (I); помірна (II); висока (III).

Клінічна картина хвороби Шегрена залежить від варіанта перебігу. При хронічному перебігу превалюють ознаки ураження ендокринних залоз, при підгострому — додатково в процес утягуються нирки, легені, розвиваються некротичний васкуліт, ураження нервової системи.

У початковій стадії хворі скаржаться на сухість у роті, що з'являється при фізичному навантаженні, хвилюванні, відчуття різі, печіння, “стороннього предмета” і “піску” в очах. Характерні ознаки, пов'язані з ураженням слинних і слъзових залоз (ксеростомія, ксерофтальмія, кератокон'юнктивіт, збільшення залоз, їх хронічне запалення в пізній стадії), і ознаки, що виникають задовго до клінічних проявів процесу в слинних та слъзових залозах (множинний карієс, сухість червоної облямівки губ, стоматит, збільшення регіонарних лімфатичних вузлів, артрит). Тому обстежувати пацієнта слід за участю імунолога, окуліста, терапевта, гінеколога.

На пізньому етапі сухість рота стає постійною. При виражених проявах синдрому Шегрена хворі скаржаться на потребу запивати суху їжу, значне збільшення слинних залоз, підвищення температури тіла, погіршення загального стану. Збільшені залози нерідко можуть бути горбистими, після загострення процесу не повністю зменшуються в об'ємі. У третини хворих збільшення привушних залоз розвивається поступово, а в 50 % має рецидивний характер, прогресує карієс, нерідко в одному

зубі є 3-4 пломби, посилюється ламкість емалі, у хворих молодого віку спостерігається вторинна адентія. У порожнині рота вільної слини мало, вона піниста або в'язка, а в пізній стадії може бути відсутня. Слизова оболонка порожнини рота яскраво гіперемована, язик на погляд сухий, складчастий, сосочки язика атрофічні, губи вкриті скоринками. Спостерігаються явища ангулярного стоматиту, глоситу.

Відзначають світлобоязнь, стовщення і гіперемію країв повік та набряклість кон'юнктиви, скупчення виділень з очей у вигляді грудочок або слизуватих ниток у кутах очей та порожнині кон'юнктиви. До загальних проявів хвороби Шегрена відносять інтерстиціальний пневмоніт, що перебігає субклінічно і має доброякісний перебіг, шкірний васкуліт. У 5-8 % випадків у хворих розвиваються В-клітинні лімфопроліферативні захворювання: псевдолімфома, В-клітинна лімфома, макроглобулінемія Вальденстрема. Лімфоми частіше локалізуються в привушних залозах, легенях, шийних лімфатичних вузлах, рідше — у порожнині рота, слизовій оболонці шлунка, шкірі і сльозових залозах. Вони є причиною смерті 2/3 хворих молодого віку.

Діагностика. Передбачає участь імунолога, окуліста, ендокринолога, гінеколога. Застосовують методи діагностики хронічного паренхіматозного сіалоаденіту, визначення ступеню слиновиділення (сіалографія, сіалометрія, УЗД, КТ, МРТ). У разі сіалометрії можна отримати невелику кількість секрету. На сіалограмах відзначаються зміни, які відповідають змінам при паренхіматозному паротиті, а іноді можуть бути поєднані із сіалодохітом.

Для оцінювання секреторної активності сльозових залоз при хворобі Шегрена проводять тести Ширмера (основний і рефлекторний), фарбування епітелію кон'юнктиви та рогівки бенгальським рожевим або флюоресцеїном з біомікроскопією, що дає змогу оцінити ступінь дистрофії епітелію кон'юнктиви і рогівки та виявити порушення цілості прерогівкової сльозової плівки. Вивчають також матеріал кон'юнктивального зіскрібка, проводять імпресійну цитологію кон'юнктиви, лактоферинний тест, дослідження осмолярності слизової рідини, біопсію сльозової залози, мікроаналіз кількості секретів і біатогічних рідин методом рідинної хроматографії.

На сіалограмах при хворобі Шегрена виявляють дифузійні сіалоектази точкового характеру у вигляді порожнин або вогнищ деструкції без обструкції великих проток, нечіткість заповнення проток залози і контурів порожнин, іноді паренхіма залози не визначається, протоки залози звужені, в окремих ділянках переривчасті, мають нерівний контур.

На КТ відзначають збільшення площі слинних залоз, методом сіалосцинтиграфії з ^{99}Tc встановлюють рівень зниження швидкості виділення слини і рівня радіоактивності над залозою.

У разі вираженої і пізньої стадії захворювання при УЗД привушних слинних залоз відзначають негомогенність (неоднорідність) паренхіматозного малюнка та зниження ехогенності залози, акустично щільна тканина в середньому становить 67 % паренхіми залози.

Біопсія малих слинних залоз слизової оболонки нижньої губи дає змогу виявити лімфоцитарно-плазмоцитарну інфільтрацію вогнищево-дифузного або дифузного характеру. Для проведення дослідження використовують біоптат 5-10 малих слинних залоз. Оцінюють ступінь лімфоїдної інфільтрації. Фокус лімфоїдної інфільтрації ("focus score") визначається як скупчення мінімум 50 мононуклеарних клітин на площі в 4 мм^2 .

При цитологічному дослідженні мазків секрету можна виявити нейтрофіли в стані дегенерації, гістіодні елементи, голі ядра, шари кліток плаского і циліндричного епітелію на тлі ділянок білкового субстрату.

Термографічно (контактна або дистанційна термографія) при будь-якому термотипі обличчя визначається зниження температури над ураженими слинними залозами. Гіпотермія в ділянці збільшених залоз відображає атрофічні протоки в органі.

Діагностику системних проявів здійснюють із залученням вузьких фахівців з урахуванням локалізації і передбачуваного характеру ураження.

Лікування проводять у ревматологічному відділенні залежно від перебігу аутоімунного процесу (хронічний, підгострий), активності (висока, помірна, низька) та стадії процесу (початкова, виразних клінічних проявів та пізня). Загальна терапія полягає у призначенні преднізолону та хлорбутину в невеликих дозах під контролем аналізу крові.

Однак у разі тяжких проявів захворювання (генералізована лімфаденопатія, виразково-некротичний васкуліт, цереброваскуліт) показане інтенсивне лікування з використанням пульс-терапії преднізолоном у поєднанні преднізолону з цитостатиками, а також екстракорпоральна терапія.

Базисна терапія хвороби Шегрена і синдрому Шегрена направлена на нормалізацію основних патогенетичних порушень імунного статусу, наслідком яких є всі клінічні прояви хвороби.

Прогноз при синдромі Шегрена у разі своєчасного лікування сприятливий. Якщо лікування розпочинають пізно, швидко розвиваються тяжкі офтальмологічні, стоматологічні, системні прояви захворювання, а в подальшому інвалідизація і можлива смерть хворого. Причиною смерті може бути розвиток зовнішньо- або внутрішньозалозистої злоякісної лімфоми.

ХВОРОБА МІКУЛІЧА

Синоніми: синдром Мікуліча, симптомокомплекс Мікуліча, алергійний ретикулоепітеліальний сіалоз Мікуліча, лімфомієлоїдний сіалоз, лімфоцитарна пухлина.

У 1888 р. Дж. Мікуліч (Johann Mikulicz) спостерігав випадок з безболісним двобічним збільшенням слизових і слинних залоз. Він видалив і патологоанатомічно дослідив ці залози.

На розрізі тканина залози була м'якої консистенції, блідо-червоно-жовтого кольору, бідною на судини, із сальною прозорою поверхнею. Мікроскопічно незмінні ацинуси були розсунуті тканиною, круглі клітини якої відзначалися різними розмірами. Подібна картина спостерігалася в слизових залозах. Збільшення всіх слинних і слізних залоз перебігало без ознак запалення.

Етіологія і патогенез хвороби залишаються невідомими. Найімовірнішою причиною захворювання вважають нейротрофічні й ендокринні автоімунні розлади.

Мікроскопічне дослідження дозволило встановити, що збільшення розмірів залоз зумовлено масивною дрібноклітинною інфільтрацією лімфаденоїдною тканиною їх інтерстиціальної сполучної тканини.

Клінічна картина. Характерні безболісні, щільні припухлі залози. Шкіра у кольорі не змінена. Зменшення кількості слини в порожнині рота іноді відзначається в пізній стадії. При цьому перебіг хвороби може ускладнитися запальним процесом. Сіалоз може переходити у сіалоаденіт, що за клінічним перебігом нагадує пізню стадію хронічного інтерстиціального сіалоаденіту.

У деяких випадках захворювання перебігає з ураженням усього лімфатичного апарату, селезінки і печінки, у тому числі слинних і слизових залоз, за типом алейкемічного (рідше лейкомічного) лімфоматозу. Діагноз хвороби Мікуліча встановлюють на основі системного збільшення слизових і всіх слинних залоз.

На сіалограмі у ранній стадії захворювання не визначається збільшення розмірів залози, при цьому в структурі протоки і тіні паренхіми відхилень від норми не виявляють. У міру наростання процесу на сіалограмі з'являється нечіткість тіні паренхіми залози і проток (ознаки атрофії) внаслідок їх стиснення лімфоїдною тканиною. Протоки дуже вузькі, мають рівні контури.

Зазначені ознаки прогресують і згодом **тінь паренхіми залози по периферії не визначається**, оскільки залозисті зони **не заповнюються контрастною речовиною**. Контури проток залози при цьому **залишаються рівними, однак просвіт їх настільки вузький, що на сіалограмі їхній хід можна простежити лише за допомогою лупи**.

Лікування. Лікування хвороби Мікуліча є досить складним. Застосовують препарат "Дуплекс" (водний 0,1 % розчин стрихніну нітрату і 1 % розчин натрію арсенату), який справляє аналептичну і загальнотонізуючу дію. Його вводять підшкірно один раз на день щоденно, починаючи і 0,2 мл з поступовим підвищенням дози до 1 мл. Курс лікування — 20-40 днів. Призначають цитостатичні засоби — мієлосан і 6-меркаптопурин.

За відсутності ефекту від мієлосану призначають мієлобромол (5-6 разів на місяць по 250 мг — усього близько 10 г на курс), допан (по 10 мг на добу 1 раз на 7 днів).

Необхідною є раціональна дієта з включенням достатньої кількості білків, вітамінів, а також загальнозміцнювальна терапія.

Лікування кортикостероїдними препаратами дають добрий, але не стійкий результат; часто настає рецидив. Рекомендують курс новокаїнових блокад та застосування галантаміну. Призначають також рентгенотерапію (опромінювання ділянки слинних залоз), препарати радіоактивного фосфору,

Прогноз несприятливий. У віддалений період часто діагностують захворювання крові. Можливий розвиток злоякісної лімфоми. При диспансеризації хворих і комплексному лікуванні захворювання не прогресує та може наступити ремісія.

КСЕРОСТОМІЯ

Ксеростомія (гр. ξηρος — сухий і stoma — рот, отвір) — сухість у роті, сухість слизової оболонки порожнини рота. Розвиток симптому пов'язаний із зменшенням виділення слини і слизу із слинних і слизових залоз порожнини рота.

Найчастішою причиною появи сухості в роті, особливо в людей літнього віку, стає вживання ліків, які часто зумовлюють зниження слиновиділення за рахунок блокування холинєргічної активності - трини класу антидепресантів, антипсихотичні засоби, гіпотензивні засоби центральної дії (клофелдин, дифенгідрамін), алкалоїди беладони (атропін, скополамін і гіосціамін).

Деякі захворювання впливають на функціональний стан слинних залоз (синдром Шегрена, ВІЛ/СНІД, діабет, хвороба Паркінсона, дисфункції щитоподібної залози, гіпертонічна хвороба, бронхіальна астма). До розпитку ксеростомії часто призводить променева терапія і хіміотерапія при лікуванні онкозахворювань.

При нормальному функціонуванні слинних залоз сухість у роті з'являється у разі утруднення носового дихання унаслідок поліпів носа, викривлення носової перегородки, коли хворі вимушені дихати ротом; у людей літнього віку під час сну з відкритим ротом (унаслідок зниження тонуусу м'язів — підіймачів нижньої щелепи). Ксеростомія може виникати і посилюватися при частих необгрунтованих полосканнях порожнини рота.

Патогенез. Розвиток захворювання або симптому з пригніченням слиновиділення спостерігається при променевої хворобі, деяких ендокринних розладах (цукровий діабет, тиреотоксикоз та ін.), порушеннях центрального механізму слиновиділення (неврогенна ксеростомія при спинній сухотці, травмах головного мозку, токсико-інфекційних ураженнях нервової системи), а також імунними порушеннями при склеродермії.

Клінічна картина. При ксеростомії пацієнти скаржаться на: відчуття стянутості і сухості в роті, проблеми з жуванням, ковтанням, смаковими відчуттями або мовою, неприємний запах з рота, відчуття печіння в роті, тріщини губ, сухий подразнений язик, виразки, ранки в роті, порушення сну із-за відчуття спраги, запалення ясен або інфекційні захворювання порожнини рота, утруднення при користуванні зубними протезами.

З позаротових симптомів відзначають: сухість у горлі, у носі, порушення сприйняття запахів, печіння, суху шкіру, часті грибові захворювання, парестезію язика. Слизова оболонка порожнини рота суха, запалена, яскраво-червоного кольору. Слина густа, піниста. Збільшується кількість зубного нальоту, активізується мікрофлора в роті. Захворювання може ускладнитися ушкодженням слизової оболонки (запалення, тріщини, ерозія).

За клінічною вираженістю і ступенем порушення функції слинних залоз виділяють три стадії ксеростомії: початкову, стадію виражених ознак і пізню. Ступінь порушення функції слинних залоз встановлюють за допомогою об'єктивних методів дослідження слиновиділення.

При порушенні функції слинних залоз I ступеня в початковій стадії (стан компенсації функції слинних залоз) кількість слини, яка виділяється, знаходиться в межах норми (0,9-5 мл для привушної і 0,9-6,8 мл для підщелепної залози). У хворих у початковій стадії ксеростомії відчуття сухості в роті не відзначають або воно з'являється при тривалій розмові, перевтомі. Слизова оболонка ротової порожнини помірно зволожена, слина піниста.

При порушенні функції слинних залоз II ступеня у стадії виражених ознак ксеростомії спостерігається стан декомпенсації функції слинних залоз, яке виявляється постійною сухістю в роті, що утрудняє мовлення та вживання їжі (хворі вимушені запивати суху їжу водою). Слизова оболонка ротової порожнини зволожена слабо, блищить.

При порушенні функції слинних залоз III ступеня в пізній стадії ксеростомії (функція слинних залоз повністю пригнічена), хворих турбують різка сухість у роті, біль під час. Визначається катаральний глосит, стоматит, слизова оболонка ротової порожнини суха, гіперемована, нерідко з тріщинами, ерозіями. Губи сухі, лущаться, вкриті кірками. Ксеростомія, зумовлена дисфункцією слинних залоз, часто супроводжується множинним карієсом зубів.

Лікування спрямоване на усунення причини виникнення сухості в роті і стимуляцію слиновиділення. Призначають розчини калію йодиду (3 % розчин по 1 ст. л. 2 рази на день), пілокарпіну (1 % розчин по 4—5 крапель увечері), галантаміну (щоденні підшкірні ін'єкції в дозі 1 мл 0,5 % розчину), прозерину, концентрат вітаміну А. Також показані новокаїнові блокади ділянки привушної і підщелепної залоз та фізіотерапевтичні процедури: гальванотерапія слинних залоз, електрофорез з калію йодидом або галантаміном, вібраційний масаж.

Рекомендують обробку слизової оболонки порожнини рота олією (персикова, соняшникова олія), сумішшю бури і гліцерину, полоскання настоями лікарських трав (мати-й-мачуха, дивосил, термопсис). Необхідні санація і гігієна порожнини рота.

Для полоскання порожнини рота призначають 1,5—2 % водного розчину природної солі "Ахіллес".

Набуло поширення застосування препарату "Salix" і "Amifostine" (R. Nagler, Y. Marmary, 1998) як потужної протективної речовини проти радіаційно-індукованих пошкоджень клітин епітелію слинних залоз.

Із засобів симптоматичної (замісної) терапії А. VI Солнцев, В.С. Колесов, Н.А. Колесова (1991) пропонують ліки, що заповнюють дефіцит слини. Призначають вживання рідин, що підкислюють слину, часті зрошування порожнини рота, жувальну гумку, смоктання кислих льодяників, полоскання

порожнини рота розчинами з гліцерином та желатином, змазування порожнини рота та губ вазеліном, бурою з гліцерином, риб'ячим жиром, каротоліном, обліпихою, персиковою та іншими оліями, застосування розчинів, що містять анестетики.

У 1981 р. І.Ф. Ромачевою та співавт. був створений препарат штучної слини бенсилол, до складу якого входять калію хлорид, натрію хлорид, магнію сульфат, диметилдодецилбензиламонію хлорид, метилцелюлоза, тримекаїн і фосфатний буфер.

Також запропоновано використання глюкокортикостероїдів (Н.Н. Потехина, Е.М. Міканба, 1967), цитостатичних препаратів (Cummings at al., 1971), амінохінолінових похідних (Malkin, Hirsh, 1968), антилімфоцитарного гамаглобуліну (Albegger, Tilz, 1972), левамізолу (Symoens at al., 1979).

Прогноз визначається характером основного захворювання і ступенем порушення функції слинних залоз: у початковій стадії ксеростомії повне одужання можливе, в інших стадіях можна досягти значного поліпшення стану, проте розраховувати на значне поліпшення важко.

8. ПЛАН І ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА НАВЧАЛЬНОГО ЗАНЯТТЯ З ДИСЦИПЛІНИ

№ з/п	Етапи заняття	Розподіл часу	Види контролю	Засоби навчання
1.	Підготовчий етап	30 хв.	Усне опитування за переліком питань. Письмове тестування.	Комп'ютер (ноутбук). Мультимедійні методичні розробки. Анатомічні муляжі. Відео- та фотоматеріали. Електронні довідники. Рентгенограми, ортопантограми, томограми. Набір інструментарію. Результати лабораторних, цитологічних та гістологічних досліджень.
1.1	Організаційні питання			
1.2	Формування мотивації			
1.3	Контроль початкового рівня підготовки (стандартизовані засоби контролю)			
2.	Основний етап (вказати всі види робіт, які виконують студенти під час цього етапу).	60 хв.	Практичний тренінг. Вирішення клінічних задач. Створення алгоритмів лікарських дій, професійний тренінг.	
3.	Заключний етап	45 хв.	Тестування. Практичні завдання. Ситуаційні та нетипові задачі. Усне опитування.	
3.1	Контроль кінцевого рівня підготовки			
3.2	Загальна оцінка навчальної діяльності студента			
3.3	Інформування студентів про тему наступного заняття			

4.5. Види самостійної роботи студентів.

1. Вивчити такі питання ($\alpha = I$):

1.1. Етіологія та патогенез гострих та хронічних сіалоаденітів.

1.2. Етіологія та патогенез сіалозів.

1.3. Класифікація гострих і хронічних сіалоаденітів та сіалозів.

1.4. Клінічна картина гострих та хронічних сіалоаденітів.

1.5. Клінічна картина сіалозів.

1.6. Діагностика та диференційна діагностика захворювань слинних залоз запального та дистрофічного характеру.

1.7. Комплексне лікування патології слинних залоз різної етіології.

2. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю ($\alpha = II$):

2.1. У здорових людей протягом однієї години піднижньощелепна залоза в середньому виробляє:

A. Близько 1 мл не стимульованої слини.

B. Близько 6 мл не стимульованої слини.

C. Близько 12 мл не стимульованої слини.

D. Близько 24 мл не стимульованої слини.

E. Понад 39 мл не стимульованої слини.

(Правильна відповідь: C)

2.2. Стеновою протокою раніше називали:

- A. Протоку привушної залози.
- B. Протоку піднижньощелепної залози.
- C. Загальну протоку під'язикової залози;
- D. Малі протоки під'язикової залози.
- E. Протоки всіх слинних залоз.

(Правильна відповідь: A)

2.3. Вірус епідемічного паротиту був уперше виділений яким ученим?

- A. Мечніковим.
- B. Джонсоном і Гудпасчером.
- C. Пироговим.
- D. Сінельниковим.
- E. Мюллером.

(Правильна відповідь: B)

12. Тестові завдання з множинним вибором:

3.1. Де може знаходитися вірус епідемічного паротиту при цьому захворюванні?

- A. В слині.
- B. У слинних залозах.
- C. У кістках.
- D. У підшлунковій залозі.
- E. У яечках і їх придатках.

(Правильна відповідь: A, B, D, E)

3.2. Через яку слизову оболонку вірус епідемічного паротиту може проникнути в організм людини?

- A. Носа.
- B. Порожнини рота.
- C. Піднебінних мигдалин.
- D. Шлунку.
- E. Кон'юнктиву ока.

(Правильна відповідь: A, B, C, E)

3.3. Які клінічні ознаки є загальними для усіх форм хронічних сіаладенітів?:

- A. Непомітний початок захворювання.
- B. Гострий початок захворювання.
- C. Рецидивуючий перебіг.
- D. Прогресуючий перебіг.
- E. Стійкість до консервативної терапії.

(Правильна відповідь: A, C, D, E)

4. Задачі для самоконтролю:

4.1. Хворий скаржиться на біль та припухлість у піднижньощелепній ділянці ліворуч, біль під час їжі. При огляді встановлено: рот відкриває вільно у повному обсязі, слизова оболонка під'язикового валика зліва гіперемована, з вивідної протоки піднижньощелепної слинної залози виділяється гній. На рентгенограмі зліва в піднижньощелепній ділянці виявляється тінь овальної форми. Встановіть попередній діагноз.

- A. Калькульозний сіалоаденіт.
- B. Хронічний інтерстиціальний паротит.
- C. Остеома нижньої щелепи.
- D. Пухлина піднижньощелепної залози.
- E. Гострий піднижньощелепний сіалоаденіт.

(Відповідь: A)

4.2. Пацієнта, 21 року, турбує головна біль, сухість в роті, температура тіла 38,4°C, збільшені привушні ділянки. Хворіє 4-5 днів, відмітив почергове збільшення цих ділянок. Об'єктивно: асиметрія обличчя за рахунок запальної болісної припухлості привушно-жувальних ділянок. З проток привушних слинних залоз слина практично не виділяється. Біль посилюється при відкриванні рота, ковтанні і розмові: іррадіює у вуха, шию, корінь язика. Мочки вушних раковин підняті. Поставте найбільш вірогідний діагноз.

- A. Епідемічний паротит.
- B. Гострий серозний паротит.
- C. Хвороба Мікуліча.

Д. Псевдопаротит Герценберга.

Е. Хронічний паротит.

(Відповідь: А)

4.3. Хворий, 43 років, скаржиться на нездужання, головний біль, асиметрію обличчя, підвищену температуру тіла. Хворіє протягом 5 днів. Температура тіла 38,2°C. Об'єктивно: обличчя асиметричне, за рахунок припухлості тканин лівої привушної області. Привушна слинна залоза щільна, різко болісна без чітких меж. Набряк поширюється на скроневу, защеlepну, піднижньощелепну області. Шкіра над залозою гіперемована набрякла. При масажі з вустя протоки слина не виділяється. Встановити найбільш вірогідний діагноз?

А. Синдром Шегрена.

В. Епідемічний паротит.

С. Гострий гнійний паротит.

Д. Калькульозний сіалoadеніт.

Е. Паротит Герценберга.

(Відповідь: С)

4.6. Перелік індивідуальних завдань (якщо їх виконання при вивченні даного модуля передбачено робочою навчальною програмою з дисципліни).

Не передбачено.

4.8. Перелік теоретичних питань до підсумкового модульного контролю (з типової навчальної програми).

3. Гостре запалення слинних залоз: класифікація, клінічний перебіг, лікування.

4. Слиннокам'яна хвороба: етіологія, клініка, ускладнення і лікування.

5. Псевдопаротит Герценберга та паротит.

6. Хронічне запалення слинних залоз: класифікація, клінічний перебіг, лікування.

7. Системні захворювання слинних залоз: хвороба Мікуліча, синдром Шегрена

4.9. Перелік практичних завдань та робіт до підсумкового модульного контролю (з типової навчальної програми).

27.Провести опитування хворого та на його основі зробити запис в історії хвороби.

28.Провести обстеження амбулаторного хірургічного стоматологічного хворого та зробити про це запис в історії хвороби.

29.Провести обстеження периферійних лімфатичних вузлів щелепно-лицевої ділянки, шиї та слинних залоз.

30.Знати схему та вміти доповісти про хворого викладачеві; обґрунтувати діагноз та скласти план лікування.

31.Підготувати набір інструментарію для обстеження хірургічного стоматологічного хворого.

32.Вміти прочитати та встановити попередній діагноз за рентгенограмами при такій патології:

а) періодонтит;

б) остеомієліт кісток лицевого скелета, гайморит;

в) травматичні пошкодження зубів – вивих та перелом;

г) вивихи скронево-нижньощелепного суглоба;

д) пошкодження кісток лицевого скелета, (щелеп, виличної кістки, кісток носа);

ж) захворювання слинних залоз.

33.Вміти виконати будь-який вид місцевого знеболення в щелепно-лицевій ділянці.

34.Вміти провести обстеження, поставити діагноз при захворюванні слинних залоз.

35.Вміти провести бужування проток слинних залоз.

13. ЛІТЕРАТУРА.

Основна література:

10. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2 т. – Т. 1 / В.О. Маланчук, О.С. Воловар, І.Ю. Гарляускайте та ін. – К. : ЛОГОС, 2011. – С. 329–363.

11. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А. Тимофеев. – К. : Червона Рута-Турс, 2002. – С. 579–612.

12. Бернадський Ю.Й. Основи щелепно-лицевої хірургії і хірургічної стоматології / Ю.Й. Бернадський. – К. : Спалах, 2003. – С. 194–217.

Додаткова література:

10. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: В 2-х темах. / Под ред. В.М. Безрукова, Т.Г. Робустовой. - Изд. 2-е, перераб. и доп. – М. : Медицина, 2000. Т. 1. – С. 435–515.

11. Хирургическая стоматология в схемах и таблицах: Учеб. пособие для студентов и врачей-интернов / Г.П. Рузин, А.А. Дмитриева. – Харьков : ХГМУ, 2001. – С. 63–78.
12. Хирургическая стоматология: Учебник / Под ред.Т.Г. Робустовой. – М. : Медицина, 1999. – С. 475–508.

№ 10. Загальна характеристика запальних процесів щелепно-лищевої ділянки. Лімфаденіти, аденофлегмони. Абсцеси обличчя, піднебіння, щелепно-язикового жолобка, під'язикової ділянки. Фізіотерапія в лікуванні запальних процесів ЩЛД.

1.КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 1.1.Аналізувати знати статистику, класифікації, особливості етіології та патогенезу, клінічні ознаки запальних процесів щелепно-лищевої ділянки.
- 1.2.Пояснювати методи діагностики поверхневих одонтогенних запальних процесів щелепно-лищевої ділянки.
- 1.3.Запропонувати обстежити хворого з поверхневими одонтогенними запальними процесами щелепно-лищевої ділянки
- 1.4.Класифікувати поверхневі одонтогенні запальні процеси підщелепної ділянки.
- 1.5.Трактувати теоретичні та клінічні дослідження проблемних питань одонтогенних аденофлегмон підщелепної.
- 1.6. Малювати схеми, графіки
- 1.7.Проаналізувати план лікування з одонтогенними аденофлегмонами підщелепної ділянки.
- 1.8.Скласти план обстеження та лікування хворих з одонтогенними аденофлегмонами підщелепної ділянки.

14. БАЗОВИЙ РІВЕНЬ ПІДГОТОВКИ.

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1.Топографічна анатомія та оперативна хірургія	Анатомо-топографічну будову ЩЛД, анатомію зубів молочних та постійних.
2.Фармакологія	Лікарські засоби, які використовуються при лікуванні зубів та захворюваннях ротової порожнини.
3. Дисципліни, що забезпечуються	Причини виникнення, профілактика та лікування захворювань органів порожнини рота та зв'язок із загальним станом здоров'я хворого.
4. Внутрішньопредметна інтеграція	Про необхідність санації порожнини рота у лікарів-стоматологів.

15. ОРГАНІЗАЦІЯ ЗМІСТУ НАВЧАЛЬНОГО МАТЕРІАЛУ

Гострий серозний лімфаденіт характеризується появою болі і припухання лімфатичного вузла або декількох вузлів, іноді значного. Загальний стан задовільний, у окремих хворих спостерігається субфібрильна температура тіла, погіршення загального стану. Пальпується збільшений, болісний вузол, зазвичай округлої або овальної форми. Шкіра над ним не спаяна, в кольорі не змінена. При ліквідації або стиханні патологічного процесу, що послужив джерелом інфекції в лімфатичному вузлі, він зменшується в розмірах, м'який, зникає його болісність. Змін в крові, сечі не спостерігається, у окремих хворих може бути підвищене число лейкоцитів в крові ($9-10 \times 10^9/\text{л}$).

Гострий гнійний лімфаденіт виникає в результаті переходу серозного процесу в гнійний або загострення хронічного. Захворювання характеризується появою болу в ураженому лімфатичному вузлі, іноді значного. Загальне самопочуття погіршується, температура тіла підвищується до $37,5-38^\circ\text{C}$. При обстеженні визначається припухлість тканин відповідно ураженому лімфатичному вузлу. Пальпаторно визначається болісний, обмежений, округлої форми інфільтрат; шкіра над ним гіперемована, набрякла, поступово спаюється з лімфатичним вузлом. Унаслідок локалізації запального процесу в заглоткових, привушних лімфатичних вузлах ковтання болісне, відкриття рота обмежене. У окремих хворих абсцедування відбувається поволі і поступово, іноді протягом 1-2 тиж., не супроводжуючись виразними загальними і місцевими змінами. Наростання запальних явищ приводить до вираженого періаденіту. Інфільтрат збільшується в розмірі, шкіра спаюється на більшому протязі з прилеглими тканинами, стає багровою, в центрі спостерігається

осередок розм'якшення (гнійний обмежений періаденіт). Гострий гнійний лімфаденіт і гнійний обмежений періаденіт диференціюють від специфічних захворювань лімфатичних вузлів, головним чином від актиномікозу. Для актиномікозу лімфатичних вузлів характерний повільніший і млявіший перебіг захворювання. Допомагає встановленню діагнозу дослідження гною.

Аденофлегмона. Аденофлегмони розвиваються у результаті гнійного розплавлення лімфатичних вузлів. При розплавленні капсули лімфатичного вузла гній проникає в клітковину, що оточує його. При аденофлегмоні виникає розлите гнійне запалення лімфатичного вузла і клітковини, що оточує його. Хворі пред'являють скарги на мимовільні, іноді інтенсивні болі в ураженій області, погіршення загального самопочуття. З анамнезу можна виявити наявність характерних для серозного, гнійного або хронічного лімфаденіту симптомів – поява хворобливої «кульки» або «горошини», що поступово збільшуються. Аденофлегмона відрізняється різким наростанням запальних явищ: порушується загальне самопочуття, температура тіла підвищується до 38-38,5 °С і вище, з'являються озноб і інші симптоми інтоксикації. У окремих хворих аденофлегмони розвиваються поволі, температура тіла не перевищує 37,5-38 °С. Клінічна картина аденофлегмони залежить від локалізації і відповідає місцевим клінічним симптомам флегмон піднижньощелепного, підпідборідного трикутників, областей шиї і ін. При аденофлегмоні спостерігаються зміни крові: збільшення кількості лейкоцитів до 12-15x10⁹/л, нейтрофільних лейкоцитів. ШОЕ збільшується до 35-40 мм/год. Аденофлегмону слід диференціювати від актиномікозу і туберкульозу. Останні розвиваються повільніше, млявіше, загальні і місцеві симптоми виражені не так яскраво, як при аденофлегмоні. При розтині гнійних осередків при актиномікозі відокремлюване крихтоподібної консистенції, при туберкульозі воно має характер сирнистого розпаду.

Хронічний лімфаденіт. Хронічний лімфаденіт є результатом гострого процесу в лімфатичному вузлі. Бувають випадки хронічного лімфаденіту з невираженою гострою стадією. Багато авторів пов'язують це з особливостями мікрофлори, її слабкою вірулентністю. Клінічно розрізняють хронічний гіперпластичний і хронічний лімфаденіт, що загострився (гнійний). Захворювання розвивається поволі, іноді протягом 1-2 міс. і більше. Спершу з'являються хвороблива кулька або горошина, які поступово збільшуються і ущільнюються. Пальпаторно визначається лімфатичний вузол округлої або овальної форми, з чіткими контурами, рухомий і не спаяний з прилеглими тканинами. Хворі скаржаться на наявність освіти, іноді слабкість, нездужання. При хронічному гіперпластичному лімфаденіті загальний стан задовільний. Лише у окремих хворих спостерігається підвищення температури тіла до 37-37,5 °С, особливо до вечора, порушення загального самопочуття. В окремих випадках в результаті хронічного запалення лімфатичного вузла відбувається значне розростання грануляційної тканини, яка заміщає лімфоїдну тканину, розповсюджується за межі вузла і проростає до шкіри, стоншуючи її. При прориві стоншеної ділянки утворюється свищевий хід з вибуханням грануляцій. Хронічний гіперпластичний лімфаденіт може загострюватися. У таких випадках клінічні симптоми відповідають гострому гнійному лімфаденіту. При великій тривалості захворювання спостерігається зниження числа лейкоцитів (4-5x10⁹/л), незначне збільшення кількості лімфоцитів і моноцитів, збільшення ШОЕ до 25-30 мм/год. Часто змін в крові немає. Хронічний гіперпластичний лімфаденіт слід диференціювати від природжених кіст і свищів обличчя і шиї, ряду пухлин. Природжені кісти обличчя і шиї локалізуються відповідно першій і другій зябровим щілинам і дугам, щитовидно-язиковій протоці. Вони збільшуються поволі, протягом декількох років. При пальпації утворення має еластичну консистенцію, безболісне. Пункція і цитологічне дослідження допомагають діагностиці. Достатньо складний диференціальний діагноз хронічного лімфаденіту і хронічного гранулюючого періодонтиту. При обох захворюваннях на шкірі обличчя може залишитися свищевий хід. При лімфаденіті він веде до залишків вузла, що напіврозпався, при періодонтиті – до ділянки кістки відповідно періапикальному осередку. Допомагають диференціальній діагностиці рентгенографія зубів, морфологічні дослідження. Диференціальна діагностика хронічного гіперпластичного лімфаденіту і ряду пухлин, гемобластозів, метастатичного ураження ґрунтується на цитологічному дослідженні пунктату, даних патоморфологічного дослідження матеріалу біопсії. Лікування. При гострому лімфаденіті перш за все необхідне відповідне втручання в області одонтогенного джерела інфекції (видалення зуба або розкриття верхівкового отвору при періодонтиті, обробка зубної альвеоли видаленого зуба при альвеоліті і ін.), щоб запобігти подальшому надходженню мікроорганізмів в лімфатичні вузли. Тільки при серозному лімфаденіті лікування може бути консервативним. Показані фізіотерапевтичні процедури. Хороший лікувальний ефект дають зігріваючі пов'язки з маззю з йодидом калію, а також пов'язка по Дубровіну. Добрі результати спостерігаються при пункції вузла під інфільтраційною анестезією, з тримекаїновою або лідокаїновою блокадою, коли тканини, що оточують осередок

запалення, інфільтрують розчином тримекаїну або лідокаїну, іноді з додаванням антибіотика, фурациліну, ферментів. При гострому гнійному або хронічному із загостренням лімфаденіті проводять хірургічне лікування – первинну хірургічну обробку гнійної рани: розріз відповідно локалізації процесу (розтин гнійника), вискоблювання некротизованих тканин, медикаментозний вплив на осередок запалення. Схема комплексного лікування залежить від стану реактивності організму і місцевих симптомів гострого або загострення хронічного лімфаденіту. Призначають загальнозміцнююче, стимулююче, десенсибілізуюче лікування, імунотерапію. У ослаблених хворих, осіб старшої вікової групи проводять курс лікування антибіотиками і сульфаніламидами. Роблять перев'язки, дренують рану, проводять місцеве її лікування із застосуванням препаратів фуранового типу, ферментів, антистафілококової плазми і ін., накладають пов'язки з лікарськими речовинами. Лікування аденофлегмони проводиться по правилах лікування флегмони. Лікування хронічного лімфаденіту починають з ліквідації одонтогенного джерела інфекції. Для прискорення розсмоктування збільшеного лімфатичного вузла доцільно чергувати блокади тримекаїном або лідокаїном з фурациліном, ферментами, з накладенням мазевих пов'язок. Фізіотерапевтичні процедури (електрофорез з йодидом калію, ферментами, димексидом) призначають після пункції і цитологічного підтвердження діагнозу лімфаденіту. У випадках тривалого перебігу хронічного лімфаденіту, значного розвитку грануляції у осередку проростання їх до шкіри з утворенням свищового ходу проводять видалення лімфатичного вузла разом зі свищевим ходом (некротомія) і тканини ушивають пошарово. У складення спостерігаються при аденофлегмонах, головним чином шиї, коли розвиваються поширені запальні захворювання. Прогноз при запаленні лімфатичних вузлів сприятливий. Тільки локалізація аденофлегмони на шиї може представляти небезпеку розповсюдження інфекції на клітковину навколо судинно-нервового пучка і подальшого переходу запального процесу на середостіння. Профілактика полягає в санації порожнини рота, ЛОР-органів, а також в підвищенні протиінфекційної резистентності організму. АБСЦЕС (abscesses) – гостре гнійне обмежене запалення клітковини. Абсцеси твердого піднебіння (abscessus palati duri). При абсцесах твердого піднебіння розріз його слизової оболонки роблять до кістки паралельно альвеолярному краю для відвернення поранення піднебінної і різцевої артерій. Абсцеси щелепно-язикового жолобка під'язикового простору (abscessus sulci mandibulolingualis spatii sublingualis). Цей простір знаходиться на рівні другого і третього молярів нижньої щелепи між боковою поверхнею кореня язика і внутрішньою поверхнею тіла нижньої щелепи. Зверху він прикритий слизовою оболонкою. Щоб не пошкодити язиковий нерв і судини, проводиться розріз слизової оболонки і підслизового шару на рівні середньої лінії жолобка і внутрішньої поверхні тіла нижньої щелепи. По ходу операції рану розширюють і поглиблюють тупим інструментом до появи гною. Абсцеси ділянки під'язикового валика локалізуються у клітковині, яка оточує під'язикову слинну залозу. Розріз при таких абсцесах проводиться у проміжку між краєм нижньої щелепи і під'язиковою слинною залозою, в окремих випадках - над нею.

9. ПЛАН І ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА НАВЧАЛЬНОГО ЗАНЯТТЯ З ДИСЦИПЛІНИ.

№ з/п	Етапи заняття	Розподіл часу	Види контролю	Засоби навчання
1.	Підготовчий етап	15 хв.	Усне опитування за переліком питань. Письмове тестування.	Комп'ютер (ноутбук). Мультимедійні методичні розробки. Анатомічні муляжі. Відео- та фотоматеріали. Електронні довідники.
1.1	Організаційні питання			
1.2	Формування мотивації			
1.3	Контроль початкового рівня підготовки (стандартизовані засоби контролю)	60 хв.	Практичний тренінг. Вирішення клінічних задач. Створення алгоритмів лікарських дій, професійний тренінг.	Рентгенограми, ортопантограми, томограми. Набір інструментарію. Результати лабораторних, цитологічних та гістологічних досліджень.
2.	Основний етап (вказати всі види робіт, які виконують студенти під час цього етапу).			
3.	Заключний етап	15 хв.	Тестування. Практичні завдання. Ситуаційні та нетипові задачі.	
3.1	Контроль кінцевого рівня підготовки			
3.2	Загальна оцінка навчальної			

	діяльності студента		Усне опитування.	
3.3	Інформування студентів про тему наступного заняття			

4.5. Види самостійної роботи студентів.

1. Вивчити такі питання ($\alpha = I$):

- 1.1. Анатомічні простори щелепно лицеві ділянки.
 - 1.2. Шляхи розповсюдження інфекції в щелепно лицевій ділянці.
2. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю ($\alpha = II$):

Абсцес це:

- A. розлите гнійне запалення клітковини;
- B. запалення лімфатичних вузлів;
- C. обмежене гнійне запалення клітковини;
- D. гостре запалення м'язів;
- E. травматичний набряк тканин.

(Правильна відповідь: C)

2.2. Аденофлегмона це

- A. розлите гнійне запалення клітковини з розплавленням лімфатичного вузла;
- B. запалення лімфатичного вузла;
- C. обмежене гнійне запалення клітковини;
- D. гостре запалення м'язів;
- E. травматичний набряк тканин.

(Правильна відповідь: A)

2.3. Аденофлегмони лікуються

- A. тільки консервативним шляхом
- B. тільки хірургічним
- C. хірургічним та медикаментозним
- D. фізіотерапевтичним шляхом
- E. згодом вона сама проходить без лікування

(Правильна відповідь: C)

16. Тестові завдання з множинним вибором:

3.1. Піднижньощелепний простір обмежений слідуючими анатомічними утвореннями:

- A. внутрішньою поверхнею тіла нижньої щелепи;
- B. внутрішньою поверхнею гілки нижньої щелепи;
- C. переднім та заднім черевцями двочеревцевого м'яза;
- D. глибоким та поверхневим листками власної фасції ший;
- E. щелепно-під'язиковим м'язом.

(Правильна відповідь: A.B.C.)

3.2. Основні клінічні ознаки аденофлегмони підщелепної ділянки:

- A. наявність причинного зуба;
- B. асиметрія обличчя в підщелепній ділянці;
- C. гіперемія в підщелепній ділянці;
- D. біль при ковтанні;
- E. обмеження руху язика

(Правильна відповідь: A.B.C.)

3.3. Для протизапальної терапії застосовують слідуючи фармакологічні препарати:

- A. сульфаніламідні;
- B. антибіотики;
- C. ацетилсаліцилова кислота;
- D. бутадіон, амідопірін;
- E. індометацин.

(Правильна відповідь: C.D.E.)

4. Задачі для самоконтролю:

4.1. Хворий 33 років скаржиться на утворення в правій підщелепній ділянці, яке виникло місяць тому після перенесеної ангіни. Хворому проводилась протизапальна терапія, але новоутворення не зменшилось. В правій підщелепній ділянці при пальпації виявляється слабо болоче кулеподібне утворення щільно-еластичної консистенції з рівними контурами, неспаяне зі шкірою. З протоку

підщелепної залози виділяється прозора слина. Під'язиковий валик незмінений. Якому захворюванню відповідає описана клінічна картина?

(Відповідь: Хронічний підщелепний лімфаденіт справа)

4.2 Хворий С., 62 р., звернулась до хірурга-стоматолога зі скаргами на

сильний постійний, пульсуючий біль під язиком зліва, який поширюється на вухо і скроню, біль при прийманні їжі, затруднен відкривання роту, на загальний незадовільний стан. Хворіс тиждень, коли з'явився біль у зубі на нижній щелепі зліва. Через 2 доби температура тіла підвищилась до 38,9°C, погіршав загальний стан. Об'єктивно: Коронка 37 зруйнована на 2/3, рухомість зуба II ступеня, перкусія його безболісна. В зоні щелепно-язичного жолоба на рівні 36, 37 визначається інфільтрат, слизова оболонка над ним гіперемована, набрякла; при пальпації - флюктуація. Гіперемія слизової оболонки поширюється на область передньої піднебінної дужки. Зів не змінен. Сформулюйте клінічний діагноз.

(Відповідь: Абсцес щелепно-язичного жолоба зліва)

4.3. Жінка, 40 років, звернулась зі скаргами на припухлість лівої підщелепної ділянки, яка з'явилась 3 дні тому, на підвищення температури тіла 37,4°C. Об'єктивно : в лівій підщелепній ділянці спостерігається набряк м'яких тканин, шкіра в кольорі не змінена. Пальпаторно відмічається вузол щільно-еластичної консистенції, малоболісний, рухливий, круглої форми с гладкою поверхнею, розмірами 2,0x1,5 см. Відкривання рота вільне, слизова оболонка порожнини рота без видимих змін, коронка 36 зуба зруйнована на 2/3 частини, перкусія болісна. Поставте діагноз:

(Відповідь: Одонтогенний гострий серозний лімфаденіт підщелепної ділянки)

4.6. Перелік індивідуальних завдань (якщо їх виконання при вивченні даного модуля передбачено робочою навчальною програмою з дисципліни).

1. Вміти проводити диференційну діагностику слиннокам'яної хвороби з аденофлегмоною підщелепної ділянки.

2. Вміти проводити огляд під'язикової ділянки та щелепно-язикового жолобка.

9.3. Перелік теоретичних питань до підсумкового модульного контролю (з типової навчальної програми).

1. Знати анатомію щелепно лицевого відділу.

2. Знати анатомію підщелепного трикутника.

3. Знати розташування підщелепних лімфатичних вузлів.

4.9. Перелік практичних завдань та робіт до підсумкового модульного контролю (з типової навчальної програми).

1. Вміти пальпувати підщелепні та шийні лімфатичні вузли

2. Вміти пальпувати підщелепні слинні залози.

3. Вміти проводити бужування протоків підщелепних слинних залоз.

4. Вміти приводити пальпацію під'язикової ділянки при запальних процесах

6. ЛІТЕРАТУРА.

Основна література:

1. Бернадский Ю. И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Витебск: Белмедкнига, 1998.– 416 с.

2. Евдокимов А.И., Васильев Г.А. Хирургическая стоматология. – М., Медицина, 1964.

3. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия: Руководство для врачей /Под ред. проф. В.Н. Балина и Н.М. Александрова. 3-е изд.–СПб: "Специальная Литература", 1998.– 592 с.

4. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. – М.: Медицина, 1990.– 616 с.

5. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Киев: "ООО Червона Рута – Турс", т. I, 1997. – 356 с.

Додаткова література:

1. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи: Руководство для врачей/под ред. проф. А.Г. Шаргородского. – М.: Медицина, 1985.– 352 с.

2. Лукьяненко В. И. Остеомиелиты челюстей. – Ленинград: Медицина, 1986. – 184 с.

3. Лурье Т.М. Врачебно-трудовая экспертиза в стоматологии. – М.: Медицина, 1984.– 144 с.

4. Муковозов И.Н. Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний челюстно-лицевой области. – М.: "МЕДпресс", 2001.– 224 с.

5. Овруцкий Г.Д. Хронический одонтогенный очаг. – М.: Медицина.– 1993.– 144 с.

6. Основы организации стоматологической помощи населению /Под ред. Г.Н. Пахомова. – М.: Медицина, 1983.

7. Рузин Г.П., Бурых М.П. Основы технологии операций в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – Харьков, 2000. – 292 с.
8. Солнцев А. М., Тимофеев А. А. Одонтогенные воспалительные заболевания. – Киев: Здоров'я. – 1989.– 231 с.

в) методична:

1. Рибалов О.В., Саяпіна Л.М. Медична документація у практиці хірурга-стоматолога та її оформлення //Навчально-методичний посібник для студентів стоматол.ф-ту, субординаторів, лікарів-інтернів, клінічних ординаторів.– Полтава, "АСМІ", 2004. – 119 с.
2. Рибалов О.В., Саяпіна Л.М., Розколупа О.О., Яценко І.В. Виробнича лікарська практика з хірургічної стоматології //Методичний посібник для студентів стоматологічних ф-тів медВУЗів III-IV рівнів акредитації.– Полтава, 2006. – 87 с.
3. Рибалов О.В., Саяпіна Л.М., Розколупа О.О., Яценко І.В. Практично-орієнтований державний іспит з хірургічної стоматології //Навчально-методичний посібник для студентів стоматологічного ф-ту для підготовки до випускного державного іспиту.– Полтава, УМСА, 2006. – 148 с.
4. Рыбалов О.В., Саяпина Л.М., Чайка Е.Н. Клиническая физиотерапия воспалительных процессов челюстно-лицевой локализации. – Полтава, 1998.– 118 с.

11. Флегмони підщелепної, підпідборідної ділянки, крилоподібно-щелепної ділянки. Флегмона орбіти. Флегмони виличної, жувальної, привушної ділянки. Флегмони крило-піднебінного простору, підскроневої та скроневої ямки.

1.КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 1.1.Аналізувати знати статистику, класифікації, особливості етіології та патогенезу, клінічні ознаки запальних процесів щелепно-лицевої ділянки;
- 1.2.Пояснювати методи діагностики поверхневих та глибоких одонтогенних флегмон щелепно-лицевої ділянки
- 1.3.Запропонувати обстежити хворого з поверхневими та глибокими одонтогенними флегмонами щелепно-лицевої ділянки
- 1.4.Класифікувати поверхневі та глибокі одонтогенні флегмони щелепно-лицевої ділянки
- 1.5.Трактувати теоретичні та клінічні дослідження проблемних питань одонтогенних флегмон щелепно-лицевої ділянки
- 1.6. Малювати схеми, графіки
- 1.7.Проаналізувати план лікування з одонтогенними флегмонами щелепно-лицевої ділянки
- 1.8.Скласти план обстеження та лікування хворих з одонтогенними флегмонами щелепно-лицевої ділянки

17. БАЗОВИЙ РІВЕНЬ ПІДГОТОВКИ.

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Попередні (забезпечуючі) дисципліни Топографічна анатомія та оперативна хірургія	Анатомо-топографічну будову ЩЛД, анатомію зубів молочних та постійних.
Фармакологія	Лікарські засоби, які використовуються при лікуванні зубів та захворюваннях ротової порожнини.
2. Дисципліни, що забезпечуються	Причини виникнення, профілактику та лікування захворювань органів порожнини рота та зв'язок із загальним станом здоров'я хворого.
3. Внутрішньопредметна інтеграція	Про необхідність санації порожнини рота у лікарів-стоматологів.
2. Попередні (забезпечуючі) дисципліни Топографічна анатомія та оперативна хірургія	Анатомо-топографічну будову ЩЛД, анатомію зубів молочних та постійних.
Фармакологія	Лікарські засоби, які використовуються при лікуванні зубів та захворюваннях ротової порожнини.

2. Дисципліни, що забезпечуються	Причини виникнення, профілактику та лікування захворювань органів порожнини рота та зв'язок із загальним станом здоров'я хворого.
----------------------------------	---

3. ОРГАНІЗАЦІЯ ЗМІСТУ НАВЧАЛЬНОГО МАТЕРІАЛУ

Флегмона – гостре, гнійно розлите запалення клітковини (підшкірної, міжм'язової, міжфасціальної, яке має тенденцію подальшого розповсюдження. З трактувань хірургічної анатомії флегмони розпізнають: 1) флегмони обличчя; 2) білящелепні флегмони; 3) флегмони дна порожнини рота; 4) біля глотковий флегмони; 5) флегмони язика; 6) флегмони шиї). Бувають первинні та вторинні флегмони. Первинні зустрічаються у щелепно-лицевій ділянці рідко і їх причини неможливо пояснити. Вторинні які розвиваються на фоні остеомієліту називаються остеофлегмонами. Як ускладненням гнійного лімфоаденіту називаються аденофлегмони. Аденофлегмони розвиваються в результаті гнійного розплавлення лімфатичних вузлів. Флегмона підщелепної ділянки (*phlegmonae regionis submaxillaris*) найчастіше виникає внаслідок утрудненого прорізування нижнього зуба мудрості, а також як ускладнення періоститу, остеомієліту, лімфаденіту. Топографоанатомічна анатомія. В центрі підщелепного трикутника знаходиться підщелепна слинна залоза з прилеглими до неї лімфатичними вузлами, щелепною артерією яка проходить, та передня вена обличчя. Зовнішня межа підщелепного трикутника це нижній край тіла нижньої щелепи. Дві інші сторони обмежені переднім та заднім черевцем *m. digastricus*. По нижньому краю: шкіра, підшкірна клітковина з *m. platysma*, та поверхневий листок власної фасції шиї. Клініка. Біль при ковтанні больовий набряк, шкіра в складку не береться. При пальпації відмічається щільний больовий інфільтрат. Відкривання рота обмежене може відмічатись тризм II-III ступенів. В порожнині рота незначна гіперемія слизової оболонки в ділянці інфільтрата.

Флегмони підпідборідної ділянки (*phlegmonae regionis submentalis*) перебігають в вигляді аденіта, аденофлегмони, або флегмони. Топографічна анатомія. Трикутне поле в межах переднього правого та лівого черевця *m. digastricus*. Верхівки даного трикутника доходять до середньої лінії підборідної частини. Зверху зі сторони порожнини рота підборідний прості покритий *m. milohioideus*. Клінічна картина. Перебіг флегмони не тяжкий. Підвищення температури, інфільтрат який має вигляд розповсюдженого в сторону підщелепного трикутника та шиї.

Флегмони крилоподібно -щелепного простору (*phlegmonae spatii pterygoideomandibularis*) можуть виникати у проміжку між внутрішньою поверхнею гілки нижньої щелепи та зовнішньою поверхнею медіального крилоподібного м'яза (*m. pterygoideus medialis*). Крилощелепний простір межує з скроневою та крилопіднебінною ямками, біляглотковим простором та за щелепним простором. Клініка. тризм II-III ступенів, біль при ковтанні. При пальпації під кутом щільний больовий інфільтрат. Лікування з боку порожнини рота роблять розріз довжиною 2 см дещо зовні і паралельно крило-щелепній складці (*plica pterygomandibularis*) у бік гілки нижньої щелепи. Зразу ж після розрізу слизової оболонки тупо проникають за допомогою корнцанга між гілкою нижньої щелепи і внутрішнім крилоподібним м'язом у крилощелепний простір, де і локалізується гнійник. У тих випадках, коли розріз внутрішньоротовим шляхом провести неможливо (стійкий тризм жувальних м'язів, наявність інфільтрату під кутом нижньої щелепи), роблять позаротовий розріз. Починають його за кутом нижньої щелепи, облямовують і доводять до переднього краю жувального м'яза. Розрізають шкіру, підшкірну клітковину, фасції, за допомогою тупих інструментів заходять за гілку нижньої щелепи, відшаровують внутрішній крилоподібний м'яз і проникають у крилощелепний простір.

Флегмона очноямкової ділянки (*phlegmone regionis orbitalis*) локалізується в клітковині очної ямки. Клініка екзофтальм очного яблука та обмеження його. Цьому сприяє набряк перехідного рубця кон'юнктиви (хемоз). Повіки набряклі. Лікування. Розріз шкіри при ній виконується по нижньо-зовнішньому краю очної ямки. В глибину очної впадини підходять тупо по нижньобоківій поверхні очної ямки.

Флегмона виличної ділянки (*phlegmone regionis zygomatici*). По нижньому краю виличної кістки, паралельно виличній дузі, шляхом розрізу шкіри підходять до запальних процесів цієї ділянки. При цьому орієнтуються на місце найбільшої флюктуації, враховуючи топографію гілок лицевого нерва. Клініка. Скарги на біль який ірадіює в скроню та підочну ділянку, можливе обмежене відкривання рота.

Під масетеріальна (піджувальна) флегмона (*phlegmone submasseterica*) можуть виникати у клітковині під жувальним м'язом.

Клініка. Набряк нижнього відділу білявухово- жувальної ділянки. Центральна частина цього набряку

візуалізується над вуглом нижньої щелепи. На місці прикріплення жувального м'яза.

Лікування. Розрізом довжиною 5-7 см, який облямовує кут нижньої щелепи у вигляді дуги, розсікають м'які тканини до кістки. В зоні прикріплення жувального м'яза до кута нижнього краю гілки нижньої щелепи його частково підрізають і тупим шляхом відшаровують цей м'яз, увесь час притримуючись зовнішньої поверхні гілки нижньої щелепи, доходять до гнійника або попередньо розшаровують м'яз по ходу м'язових волокон до появи гною.

Флегмона привушної ділянки (phlegmone regionis parotidae). Запальний процес розповсюджується з вогнищ в 48, та 38 зубах. По лімфогенним шляхам з ділянки верхніх молярів. Клініка. Скарги на біль в білявушно - жувальному просторі який посилюється при відкриванні рота. Обличчя асиметричне за рахунок набряку тканин в білявушно - жувальній ділянці. Лікування. Відступивши на 1,5-2 см назовні від кута нижньої щелепи, оточуючим розрізом навколо нього розсікають шкіру з підшкірною клітковиною, фасцію між грудинно-ключично-соскоподібним м'язом і заднім краєм гілки нижньої щелепи. Щоб не пошкодити привушну залозу, вглиб проникають тупо, розшаровуючи тканини.

Флегмони підскроневої і крилопіднебінної ямок (phlegmonae fossarum infratemporalis et pterygopalatini)

Локалізація цих флегмон проектується всередину від підскроневої ямки. В межах верхнього склепіння переддвер'я порожнини рота на рівні останніх двох молярів верхньої щелепи розрізають слизову оболонку до кістки. Після цього распаратором або зондом Кохера вздовж горба верхньої щелепи проникають усередину до вискової ямки в напрямку спереду назад і вгору.

Флегмони скроневої ділянки (phlegmonae regionis temporalis). Флегмони цієї ділянки можуть бути: поверхневі, які залягають між шкірою і висковим апоневрозом; серединні — між апоневрозом і висковим м'язом;

- глибокі - під висковим м'язом;

- розлиті, які поширюються на всі згадані вище шари.

По передньому краю вискового м'яза розрізають шкіру, підшкірну клітковину, апоневроз м'яза, а в тих випадках, коли цього потребують умови, пальцем у рукавичці проходять під висковий м'яз і розкривають гнійник. Якщо виявлена розлита флегмона, то доцільно зробити півколовний розріз у місці прикріплення вискового м'яза та його апоневроза (linea temporalis). При наявності глибоких гнійників вискової ділянки розріз роблять у радіальному напрямку по ходу м'язових волокон з урахуванням топографії крупних артеріальних судин ділянки. Для більш надійного відтоку гною нерідко за допомогою додаткових розрізів роблять контрапертури (протиотвори).

10. ПЛАН І ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА НАВЧАЛЬНОГО ЗАНЯТТЯ З ДИСЦИПЛІНИ.

№ з/п	Етапи заняття	Розподіл часу	Види контролю	Засоби навчання
1.	Підготовчий етап	15 хв.	Усне опитування за переліком питань. Письмове тестування.	Комп'ютер (ноутбук). Мультимедійні методичні розробки. Анатомічні муляжі. Відео- та фотоматеріали. Електронні довідники. Рентгенограми, ортопантомограми, томограми. Набір інструментарію. Результати лабораторних, цитологічних та гістологічних досліджень.
1.1	Організаційні питання			
1.2	Формування мотивації			
1.3	Контроль початкового рівня підготовки (стандартизовані засоби контролю)			
2.	Основний етап (вказати всі види робіт, які виконують студенти під час цього етапу).	60 хв.	Практичний тренінг. Вирішення клінічних задач. Створення алгоритмів лікарських дій, професійний тренінг.	
3.	Заключний етап	15 хв.	Тестування. Практичні завдання. Ситуаційні та нетипові задачі. Усне опитування.	
3.1	Контроль кінцевого рівня підготовки			
3.2	Загальна оцінка навчальної діяльності студента			
3.3	Інформування студентів про тему наступного заняття			

4.5. Види самостійної роботи студентів.

1. Вивчити такі питання ($\alpha = I$):

- 1.1. Анатомічні простори щелепно лицеві ділянки.
1.2. Шляхи розповсюдження інфекції в щелепно лицевій ділянці.
2. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю ($\alpha = \Pi$):

2.1. Абсцес це:

- A. розлите гнійне запалення клітковини;
- B. запалення лімфатичних вузлів;
- C. обмежене гнійне запалення клітковини;
- D. гостре запалення м'язів;
- E. травматичний набряк тканин.

(Правильна відповідь: C)

2.2. Флегмона це

- A. розлите гнійне запалення клітковини;
- B. запалення лімфатичних вузлів;
- C. обмежене гнійне запалення клітковини;
- D. гостре запалення м'язів;
- E. травматичний набряк тканин.

(Правильна відповідь: A)

2.3. Флегмони лікуються

- A. тільки консервативним шляхом
- B. тільки хірургічним
- C. хірургічним та медикаментозним
- D. фізіотерапевтичним шляхом
- E. згодом вона сама проходить без лікування

(Правильна відповідь: C)

18. Тестові завдання з множинним вибором:

3.1. Піднижньощелепний простір обмежений слідуючими анатомічними утвореннями:

- A. внутрішньою поверхнею тіла нижньої щелепи;
- B. внутрішньою поверхнею гілки нижньої щелепи;
- C. переднім та заднім черевцями двочервцевого м'яза;
- D. глибоким та поверхневим листками власної фасції шиї;
- E. щелепно-під'язиковим м'язом.

(Правильна відповідь: A.B.C.)

3.2. Основні клінічні ознаки флегмони скроневої ділянки:

- A. наявність причинного зуба;
- B. асиметрія обличчя;
- C. запальна контрактура нижньої щелепи;
- D. біль при ковтанні;
- E. обмеження руху язика

(Правильна відповідь: A.B.C.)

3.3. Для протизапальної терапії застосовують слідуючі фармакологічні препарати:

- A. сульфаніламідні;
- B. антибіотики;
- C. ацетилсаліцилова кислота;
- D. бутадіон, амідопірін;
- E. індометацин.

(Правильна відповідь: C.D.E.)

4. Задачі для самоконтролю:

4.1. У хворого під час огляду виявлене різко болючий запальний інфільтрат в лівій скроневої ділянці, який займає передні 2/3 частки цієї ділянки. Шкіра над ним гіперемована, в складку не береться. В передньо-нижніх відділах інфільтрату визначається симптом флюктуації. Відкривання рота та бокові рухи щелепи відокремлені, різко болючі. Порожнина рота не санована. Поставте діагноз.

(Відповідь: Флегмона скроневої ділянки зліва.)

4.2. Через 2 доби після видалення 18 зуба з приводу загострення хронічного періодонтиту, хворий 32 років, звернувся зі скаргами на обмежене відкривання рота, припухлість виличної, скроневої ділянок, підвищення температури тіла до 38,°C, слабкість, головну біль, нездужання. Об'єктивно: рот відкривається на 1см, шкіра скроневої ділянки у кольорі не змінена, набрякла, у складку не береться.

Пальпація скроневої ділянки болісна. Перехідна складка в ділянці 17, 18 набрякла, згладжена, гіперемована, різко болісна при пальпації. Яке ускладнення розвилось в хворого?

(Відповідь: Флегмона підскроневої і крилопіднебінної ямок справа)

4.3. У хворого 54 років при обстеженні виявилось, що шкірні покрови обличчя бліді із сіруватим відтінком, температура тіла підвищена до 40°C, біль при рухах язиком, утруднене дихання, неможливість проковтнути слину, мова утруднена, через біль. Припухлість тканин обох підщелепних і підпідборідкових ділянок, при пальпації шкіра в складку не збирається, гіперемована, сильно болісна. Язик, який набряк, покритий сірим нальотом, під'язикові валики набрякли, гіперемовані, покриті сіруватим нальотом. З рота неприємний запах. Який діагноз можна припустити в хворого?

(Відповідь: Гнилосно-некротична флегмона дна порожнини рота)

4.6. Перелік індивідуальних завдань (якщо їх виконання при вивченні даного модуля передбачено робочою навчальною програмою з дисципліни).

1. Інєрвація щелепно лицеваго простору

2. Анатомія судинного русла щелепно лицевого простору

3. Розповсюдження інфекції по щелепно лицевому просторі

10.3. Перелік теоретичних питань до підсумкового модульного контролю (з типової навчальної програми).

1. Межі крилощелепного простору

2. Межі скроневої ямки

3. Шляхи розповсюдження інфекції при гострому гнійному перикоронариті

4. Межі підщелепного трикутника

10.4. Перелік практичних завдань та робіт до підсумкового модульного контролю (з типової навчальної програми).

1. Визначити пальпаторно флюктуацію інфільтрата

2. Виконати анестезію по Берше-Дубову

3. Виконати анестезію по Вишневському

6. ЛІТЕРАТУРА.

Основна література:

1. Бернадський Ю.И. Основы хирургической стоматологии. – Киев: «Вища школа», 1984. – 392 с.

2. Тимофеев А.А. Руководство по хирургической стоматологии и черепно-щелепно-лицевой хирургии, К., - 2000.

3. Шаргородский А.Г. Руководство к практическим занятиям по хирургической стоматологии. – М., - Медицина, 1976. – 248 с.

4. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи//Под ред. А.Г.Шаргородского. – М., Медицина, 1985.

5. Кузин М.И., Костюченко Б.М. Раны и раневая инфекция//М., Медицина, 1981.

Додаткова література:

1. Бернадский Ю.И., Заксон М.Л., Козлюк В.И. Особенности клинического течения и лечения флегмон челюстно-лицевой области у лиц пожилого и старческого возраста /VII Всесоюзный съезд стоматологов (Тез. докл.) – М., 1981. – С. 63 – 64.

2. Биберман Я.М., Стародубцев В.С., Шутова А.П. Антисептики в комплексном лечении больных с околочелюстными абсцессами и флегмонами //Стоматология. – 1996, №6. – С. 25-27. Оперативная челюстно-лицевая хирургия. Под ред. Александрова А.М. – М. – 1986.

3. Груздев И.А. Острая одонтогенная инфекция. – М., Медицина, 1978.

4. Муковозов И.Н. Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний челюстно-лицевой области. – Л., Медицина, 1982.

5. Владиченкова Т.Н., Забелин А.С., Локтев Н.И. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи. Учебно-методическое пособие для студентов под ред. проф. А.Г.Шаргородского. Смоленск, 1986.

6. Рыбалов О.В., Саяпина Л.М., Чайка Е.Н. Клиническая физиотерапия воспалительных процессов челюстно-лицевой локализации. Полтава, 1998

№ 12. Приглоткова флегмона. Флегмона дна порожнини рота, язика і шиї, ангіна Жансуля-Людвіга. Ускладнення і їх профілактика. Принципи лікування запальних процесів щелепно-лицевої ділянки.

1. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 1.1. Аналізувати причини виникнення флегмон навкологлоткового простору, язика, дна порожнини рота і шиї.
- 1.2. Пояснювати топографо-анатомічні особливості ділянок шиї, наявність зв'язків клітковинних просторів між собою.
- 1.3. Запропонувати методи діагностики гнійно-запальних процесів щелепно-лицьової ділянки і шиї.
- 1.4. Класифікувати ускладнення гнійно-запальних процесів щелепно-лицьової ділянки і шиї.
- 1.5. Трактувати принципи хірургічного лікування гнійно-запальних процесів щелепно-лицьової ділянки і шиї.
- 1.6. Малювати схему топографо-анатомічних трикутників шиї.
- 1.7. Проаналізувати причини септичних ускладнень гнійно-запальних процесів щелепно-лицьової ділянки і шиї.
- 1.8. Скласти план лікування хворого з гнійно-некротичною флегмоною дна порожнини рота.

2. БАЗОВИЙ РІВЕНЬ ПІДГОТОВКИ.

Назви попередніх дисциплін	Набуті навички
1. Топографічна анатомія і оперативна хірургія.	Знати межі трикутників шиї, їх пошарову будову, хірургічні доступи для розкриття запальних осередків шиї різних локалізацій.
2. Загальна хірургія.	Знати принципи хірургічного лікування гострих гнійних запальних процесів.
3. Пропедевтика хірургічної стоматології.	Уміти провести курацію хворого з гнійним запальним процесом щелепно-лицьової ділянки і шиї.
4. Фармакологія.	Уміти скласти схему медикаментозного лікування хворого з гострим гнійним запальним процесом.

3. ОРГАНІЗАЦІЯ ЗМІСТУ УЧБОВОГО МАТЕРІАЛУ.

Абсцес і флегмона навкологлоткового простору. Гнійний процес в навкологлотковому просторі може виникати як ускладнення гострого, рідше хронічного тонзиліту. Одонтогенними джерелами інфекції цього простору бувають великі жувальні зуби нижньої, іноді верхньої щелепи. Часто навкологлотковий простір вражається при поширенні інфекції з піднижньощелепного трикутника, під'язикової, позадущелепної ділянок, а також крилоподібно-нижньощелепного простору.

Межі навкологлоткового простору: внутрішня — слизова оболонка глотки; зовнішній — медіальний крилоподібний м'яз і глибока глоткова частина привушної слинної залози; передня — міжкрилоподібна фасція і внутрішня поверхня медіального крилоподібного м'яза; задня — бічні фасціальні відростки, що йдуть від передхребетної фасції до м'язової стінки глотки. Шилоглотковий, шилоподібний м'язи, що вкриті фасцією, розділяють навкологлотковий простір на передній і задній відділи. У передньому відділі навкологлоткового простору знаходиться рихла жирова клітковина, у верхньому його відділі до нього прилягає крилоподібне венозне сплетення. У задньому відділі простору знаходяться внутрішня сонна артерія, внутрішня яремна вена, IX, X, XI, XII черепні нерви, лімфатичні вузли. Крім того, у деяких хворих тут розташований верхній шийний симпатичний вузол. Клітковина, розташована в навкологлотковому просторі, сполучається з клітковиною крилопіднебінної та скроневої ямки, під'язикової ділянки, піднижньощелепного трикутника.

Розрізняють абсцеси і флегмони навкологлоткового простору. Запальні процеси навкологлоткового простору характеризуються наростаючими болями при ковтанні аж до неможливості їжі та прийому рідини.

При абсцесі відзначаються невелика набряклість тканин під кутом нижньої щелепи, збільшення лімфатичних вузлів. Відкривання рота різко обмежене і болісне. Огляд порожнини рота ускладнений внаслідок зведення щелеп. За допомогою шпателя, зуболікарського дзеркала, а іноді лобового рефлектора вдається оглянути порожнину рота і зів, де виявляється гіперемія і набряклість м'якого піднебіння, піднебінно-язикових і піднебінно-глоткових дужок, піднебінного язичка, випинання бічної стінки глотки.

Флегмона навкологлоткового простору відрізняється болями при ковтанні, нерідко затрудненням диханням, погіршенням загального самопочуття, появою ознобу і інших явищ інтоксикації. Під кутом нижньої щелепи є глибокий болісний при пальпації інфільтрат. У окремих хворих виникає набряк в скроневої ділянці. Відкривання рота обмежене внаслідок запальної контрактури медіального крилоподібного м'яза III ступеню. Огляд порожнини рота ускладнений.

Вводять широкий шпатель між зубами верхньої і нижньої щелепи і, повертаючи його, оглядають глотку. Слизова оболонка крилоподібної нижньощелепної складки, м'якого піднебіння гіперемована і набрякла, піднебінний язичок різко зміщений в здоровий бік. Інфільтрат розповсюджується на бічну стінку глотки, яка значно витинається, набряк — на слизову оболонку під'язикової складки, язик, задню стінку глотки.

Діагностуючи флегмону навкологлоткового простору, слід враховувати, що процес часто розвивається при поширенні інфекції з піднижньощелепного трикутника. При появі обмеження відкривання рота, наростанні болю при ковтанні, слід ретельно оглянути порожнину рота і глотку.

Абсцес навкологлоткового простору розкривають внутрішньоротовим розрізом слизової оболонки до середини від крилоподібно-нижньощелепної складки і паралельно їй довжині на 1,5-2 см і на глибину до 0,75 см. Далі тупим шляхом проникають до гнійника, розкриваючи його. Надійнішим для створення хорошого відтоку гною, особливо при флегмоні навкологлоткового простору, слід вважати позаротовий доступ. Проводять розріз шкіри і підшкірної клітковини, а потім, тупо розсовуючи м'які тканини в ділянці кута нижньої щелепи, доходять до краю кістки, проходять по медіальному крилоподібному м'язу в навкологлотковий простір до середніх констрикторів глотки, створюючи відтік ексудату. При розкритті флегмони навкологлоткового простору слід пройти в крилоподібно-нижньощелепний простір і під'язикову ділянку.

Запальний процес в навкологлотковому просторі може поширюватися уздовж глотки в переднє середостіння. Залучення до процесу передніх і латеральних ділянок шиї, у тому числі судинно-нервової півхи, також може привести до розповсюдження інфекції в грудну клітку.

Зв'язок крилоподібного венозного сплетення з навкологлотковим простором може зумовити ретроградне поширення гнійного процесу на мозкові оболонки і головний мозок. Прогноз при флегмоні навкологлоткового простору, особливо у разі розвитку таких ускладнень, дуже серйозний.

Абсцес і флегмона язика. Гнійні запальні захворювання язика можуть бути одонтогенними, стоматогенними та тонзилогенної природи.

Одонтогенний абсцес або флегмона в міжм'язових просторах кореня язика виникає під час переходу гнійного процесу від нижніх передніх зубів. Абсцеси спинки і тіла язика розвиваються в результаті одноразових або повторних ушкоджень слизової оболонки при прикушенні, травмі риб'ячою кісткою, стоматологічними інструментами, гострими краями зубів, зубними протезами та ін., а також при стоматиті. В деяких випадках запальний процес в язичку розвивається на тлі гострого тонзилиту. Поширення інфекції з під'язикової, рідше з ділянки підпідборіддя, також веде до розвитку гнійного процесу.

Язик є м'язовим органом. В ділянці спинки і тіла язика м'язові пучки мають подовжнє, поперечне і вертикально переплетені напрями. Між ними немає значних з'єднувальнотканинних прошарків. Біля кореня язика в проміжках між правим і лівим підборідно-язиковим, під'язиково-язиковим і шилоязиковим м'язами розташовується рихла клітковина. В ділянці кореня язика є і інші щілоподібні проміжки, розташовані симетрично, дещо назовні від попередніх, де також є прошарки клітковини. Зсередини вони обмежені підборідно-язиковими, а зовні — під'язиково-язиковими м'язами. У цих міжм'язових щілинах серед рихлої клітковини справа і ліворуч проходять язичні артерії, розташовуються невеликі лімфатичні вузли.

Розрізняють абсцеси спинки, тіла, кореня язика і флегмону язика.

Абсцес спинки і тіла язика локалізується в правій або лівій його половині, в товщі язика, в середньому відділі спинки язика. Хворі скаржаться на болі в язичку, що віддають у вухо. Рухи язика обмежені і болісні, мова ускладнена, ковтання болісне. Зовні змін немає, пальпуються збільшені болісні лімфатичні вузли в підпідборідді або в передньому відділі одного з піднижньощелепних трикутників. Відкривання рота вільне. Відзначається потовщення половини язика внаслідок інфільтрації бічного його відділу, язик щільний, різко болісний, вкритий яскраво-червоного кольору слизовою оболонкою. У окремих хворих запальний набряк поширюється на нижню поверхню язика і під'язикову складку. Серед розлитого інфільтрату в товщі язика можна відмітити ділянку болючості, в пізніших стадіях - осередок розм'якшення і флюктуації. Іноді відбувається мимовільний прорив гнійника, після чого запальні явища стихають. У деяких хворих процес може поширитися на іншу половину язика.

Абсцес кореня язика розвивається в з'єднувальнотканинних прошарках між парними м'язами язика, над щелепно-під'язиковим м'язом. Порівняно рідше абсцес буває в міжм'язовому проміжку, розташованому дещо збоку від середньої лінії, в колі язичної артерії, що проходить тут.

Хворі з абсцесом язика відмічають різкі болі в язичку та неможливість ковтання.

Абсцес кореня язика зазвичай характеризується нерізко визначеною припухлістю в середніх відділах ділянки підпідборіддя. Шкіра тут не змінена, добре збирається в складку, визначається болючість в ділянці середньої лінії. Відкривання рота вільне, але болісне. Язик збільшений, рухливість його обмежена, у зв'язку з чим мова невиразна. Він рівномірно набряклий і щільний, по середній лінії болісний.

Флегмона тіла язика характеризується поширенням запальних явищ на клітковинні прошарки між м'язами кореня язика до шва щелепно-під'язикових м'язів і догори — до переплетення м'язів язика. У хворих спостерігаються більш інтенсивні болі в язичку, що віддають у вухо, ковтання різко болісне, мова невиразна, нерідко затруднене дихання.

Запальна припухлість з трикутника підпідборіддя поширюється на передні відділи піднижньощелепних трикутників. Регіонарні лімфатичні вузли збільшені, болісні, спаяні один з одним. В глибині ділянки підпідборіддя пальпується розлитий болісний інфільтрат.

Відкривання рота обмежене, відзначається запальна контрактура жувальних м'язів. Язик значно збільшений, рухи його обмежені і різко болісні. Нерідко збільшений язик не вміщується в порожнині рота, а видається вперед, за зубний ряд, в сторони і вибухає вгору, що примушує хворих тримати рот напіввідкритим. Язик обкладений білястим нальотом, з порожнини рота виходить неприємний гнильний запах. Ковтання в'язкої слини різко затруднене, іноді неможливе. В деяких випадках у зв'язку з розповсюдженням набрякості на надгортанник і черпалоподібно-надгортанні складки з'являються утруднення дихання, осиплість голосу.

Оперативне втручання з приводу абсцесу спинки і тіла язика проводять подовжнім розрізом по краю або спинці язика через ділянку розм'якшення або болючості. Після розтину слизової оболонки тупим шляхом проходять між пучками м'язів і спорожняють гнійник.

Абсцес або флегмону кореня язика розкривають розрізом завдовжки до 4 см в трикутнику підпідборіддя по середній лінії. Роздвинувши краї рани, розтинають по шву щелепно-під'язиковий м'яз. Якщо гною в цій ділянці немає, тупим шляхом проникають догори між підборідно-під'язиковими і підборідно-язиковими м'язами або декілька латеральніше і дозад — між підборідно-язиковим і підязиково-язиковим м'язами, де виявляють скупчення екссудату. З естетичних міркувань проводять дугоподібний розріз наперед від під'язикової кістки і паралельно краю нижньої щелепи. Розтинають шкіру, підшкірну клітковину, передне черевце обох двучеревцевих м'язів і по шву щелепно-під'язиковий м'яз, а потім тупим шляхом проникають в міжм'язові міжм'язові проміжки кореня язика.

Гнійні запальні процеси в язичку можуть розповсюджуватись від спинки і тіла язика в інші його відділи, в під'язикову ділянку, на тканині дна порожнини рота, в крилоподібно-нижньощелепний і навколوجلотковий простори, спускатися в ділянку шиї. Одночасне ураження кореня язика, навколوجلоткових просторів і дна порожнини рота може вести до стенозу дихальних шляхів і асфіксії, що робить прогноз серйозним для життя пацієнтів.

Флегмона дна порожнини рота. Флегмона дна порожнини рота є поширеним гнійним захворюванням, коли в різних сполученнях вражаються під'язикові, піднижньощелепні ділянки, трикутник підпідборіддя. Флегмона дна порожнини рота може розвинути внаслідок поширення інфекції в одних випадках з підязикової або обох цих ділянок, в інших — з піднижньощелепного, підпідборідного трикутників, кореня язика.

Межі дна порожнини рота: верхня — слизова оболонка порожнини рота; нижня — шкіра правого і лівого піднижньощелепних і підпідборідного трикутників; задня — корінь язика і м'язи, що прикріплюються до шиловидного відростка; переднезовнішня — внутрішня поверхня тіла нижньої щелепи. Дно порожнини рота має два поверхи: верхній, розташований над щелепно-під'язиковим м'язом, і нижній, такий, що знаходиться під ним.

При флегмоні дна порожнини рота хворі скаржаться на інтенсивні болі, неможливість ковтання, обмеження відкривання рота, затруднене дихання і мови. Обличчя одутле. Визначається щільний, розлитий інфільтрат в обох піднижньощелепних і підпідборідному трикутниках. Залежно від залучення до процесу крилоподібно-нижньощелепних просторів, обмежується відкривання рота, в той же час рот напіввідкритий. Язик збільшений в розмірах внаслідок інфільтрації, підведений до піднебіння, часто сухий і вкритий брудно-коричньовим нальотом. Ковтання болісне, хворі не можуть проковтнути слину і вона витікає з напіввідкритого рота. Рухи язика викликають різкий біль. Під'язикові складки інфільтровані, вибухають, іноді вище за коронки зубів. Бахромчасті складки набряклі і часто вкриті фібринозним нальотом, видно відбитки коронок зубів.

Залежно від різних поєднань уражень ділянок над— і під щелепно-під'язиковим м'язом зовнішні розрізи проводять з боку шкіри в піднижньощелепних і підпідборідному трикутниках.

Ефективний також розтин шкіри вказаних ділянок комірним розрізом з подальшим перетином волокон щелепно-під'язикового м'яза. Іноді зовнішні розрізи поєднують з розрізами у власне порожнини рота — через слизову оболонку альвеолярного відростка нижньої щелепи, по під'язикових складках.

При флегмоні дна порожнини рота може спостерігатися розповсюдження процесу на крилоподібно-нижньощелепний і навкологлотковий простори, на інші передні і латеральні ділянки ший із залученням судинно-нервової півхи, судинно-нервового пучка, середостіння.

Слід зазначити своєрідну течію флегмон дна порожнини рота, в розвитку яких беруть участь анаеробні мікроби. Прогресуючу течію з розвитком гангренозного або гнильно-гангренозного запалення тканин і подальшим їх некрозом **прийнято означати як ангіну Жансуля-Людвіга** (angina Ludwigi). При ангіні Людвіга вражаються усі тканини, що відносяться до дна порожнини рота, а також крилоподібно-нижньощелепний і навкологлотковий простори. Відзначається тенденція до подальшого поширення процесу на інші прилеглі області, у тому числі на передні і бічні відділи ший.

Окрім скарг, характерних для флегмон дна порожнини рота, зазвичай відмічають задуху, симптоми інтоксикації: лихоманку, безсоння, збудження, нерідко марення. Характерне вимушене положення хворого сидячи (або напівлежачи) з нахиленою вперед головою, якою він уникає рухати. Обличчя хворого бліде із землистим відтінком і нерідко жовтяничного кольору.

Розлитий щільний і болісний інфільтрат, розташований в обох піднижньощелепних та підборідній ділянках, распровсюджується догору на привушні і щічні ділянки, вниз на шию. Шкіра над інфільтратом спаяна, в перші дні захворювання в кольорі не змінена. Надалі вона набуває червоний відтінок, іноді на ній видно синювато-багрові плями або пухирі. При пальпації інфільтрат щільний, ділянок флюктуации не визначається, але часто відзначається крепітація.

Рот хворого напіввідкритий, з нього витікає густа в'язка слина. Одночасно відкривання рота обмежене і різке болісне. Жування і розмова ускладнені, мова невиразна.

Слизова оболонка під'язикових складок різко підведена, вибухає у вигляді валика, який вище за коронки зуба. На поверхні слизової оболонки видніється фібринозний наліт. Язик підведений до піднебіння, обкладений, з рота гнильний запах.

При хірургічному втручанні широко розкривають зовнішніми розрізами уражені клітковинні простори: піднижньощелепні, підпідборідний трикутники, під'язикові ділянки, проміжок між підборідно-язиковими м'язами, а також залучені в процес навкологлоткові і крилоподібно-нижньощелепні простори.

Доцільне проведення комірною або дугоподібного розрізу нижче краю нижньої щелепи і широке розкриття усіх уражених ділянок шляхом розтину щелепно-під'язикового м'яза. При розкритті відзначаються характерні зміни в тканинах: розташована тут клітковина має сіро-зелений, темно-бурий до чорного колір; гною немає, з тканин виділяється каламутна кров'яна, або коричнево-сіра смердюча рідина, іноді з бульбашками газу. Клітковина, м'язи некротизовані, виглядають як сірувата смердюча маса.

Після операції сприятливий перебіг захворювання характеризується зниженням температури тіла, поліпшенням загального стану хворого. З операційних ран починає виділятися гній, відторгаються тканини, що омертвіли, якщо вони не були видалені при операції, і поступово з'являються грануляції. Подальше загоєння ран протікає зазвичай без ускладнень. У інших випадках при гнильно-некротичній флегмоні запальні явища схильні до прогресу. Частіше розвиваються медіастиніти, але може бути восхідне поширення інфекції. Запальне захворювання може ускладнюватися сепсисом, що супроводжуються небезпечними для життя хворих септичним шоком і гострою дихальною недостатністю.

Прогноз при флегмоні дна порожнини рота, особливо гнильно-некротичною, з ускладненнями, серйозний для життя хворих.

Ускладнення абсцесів і флегмон особи і ший. Абсцеси, флегмони лица і ший можуть ускладнюватися вторинним кортикальним остеомієлітом. У разі поширення процесу можливі такі серйозні ускладнення, як медіастиніт, тромбоз печеристого синуса, менінгіт, менінгоенцефаліт, абсцес мозку, сепсис.

Вторинний кортикальний остеомієліт кісток обличчя розвивається при локалізації гнійного процесу в піднижньощелепній, привушно-жувальній, підчочномковій, виличній, скроневій ділянках. При гнійному розплавленні навколощелепних тканин гине поверхнева ділянка кістки.

Клінічна картина характеризується відсутністю регреса запальних явищ, гностечею з рани, повторними загостреннями процесу. На рентгенограмі видно тонкі пластинкові секвестри по нижньому краю тіла, зовнішньої поверхні гілки нижньої щелепи, нижньочномковому краю вер-

хної щелепи, зовнішній поверхні тіла вилицевої і лусці скроневої кісток. При лабораторному дослідженні крові знаходять помірний лейкоцитоз, іноді лейкопенія, лімфоцитоз, збільшення ШОЕ.

Діагноз. Діагностика здійснюється на основі клінічної картини, рентгенологічних і лабораторних даних.

Вторинний кортикальний остеомієліт кісток обличчя дифференціюють від одонтогенного остеомієліту, актиномікозу, туберкулезу цієї ж локалізації.

Лікування таке ж, як при хронічному остеомієліті щелепи.

Ускладнення вторинного кортикального остеомієліту щелепи бувають рідко. Можливі повторні загострення, залучення в процес нових ділянок кістки, поширення гнійного процесу в прилеглі м'які тканини і розвиток абсцесів, рідше — флегмон.

Прогноз сприятливий.

Медіастиніт розвивається на тлі поширених флегмон: дна порожнини рота, навкологлоткового, піднижньощелепного і інших просторів, коли, незважаючи на лікування, що проводиться, запальний процес прогресує, вражає бічні і передні відділи шиї. У інших випадках спостерігається бурхливе і швидке поширення гнійного процесу в глибокі відділи шиї. Розрізняють передні, задні і дифузні медіастиніти.

Медіастиніт виникає внаслідок поширення гнійної інфекції по міжм'язовій і міжфасціальній клітковині з окологлоткового простору по піхві судинно-нервового пучка шиї в переднє середостіння або від дна порожнини рота, кореня язика через природний бар'єр в ділянці під'язикової кістки в клітковинний простір між парієнтальними і вісцеларальними листками ендocerвікальної фасції шиї і уздовж трахеї в переднє середостіння. Гнійний процес, внаслідок поширення уздовж передхребетної фасції, вражає заднє середостіння. Дифузне поширення запального процесу по міжфасціальних щілинах призводить до розвитку тотального гнійного, нерідко гнильно-некротичного медіастиніту.

Нині існує декілька класифікацій медіастинітів, але рекомендується користуватися класифікацією, запропонованою А. А. Вишневським і А. А. Адамяном (1977). Відповідно до цієї класифікації виділяють гострий серозний, гострий гнійний і хронічний медіастиніти.

Клінічна картина медіастиніту характеризується погіршенням загального стану, підвищенням температури тіла до 39 — 40°C і більше, появою і прогресом порушень гемодинаміки і дихання. Хворого турбують мимовільні болі за грудиною, слабкість, погіршення загального стану, запаморочення, кашель, затруднене дихання. Першими симптомами запального процесу є покашлювання, задишка. Потім виникають болі за грудиною, шиї, що посилюються при нахилі або повороті, затруднення при проковтуванні їжі. Загальний стан буває від середньої тяжкості до важкого і агонізуючого. При обстеженні відзначаються вимушене положення хворого — напівлежачи на боці або сидячи з опущеною головою, приведеною до грудини, тахікардія, підвищений або нестійкий тиск. Звертає на себе увагу прискорене поверхнєве дихання. Шкіра холодна, бліда, сіруватого кольору з жовтяничним відтінком, вкрита липким потом; на кінцівках — «мармурові плями», петехіальний висип, в ділянці ін'єкцій — великі гематоми. Нерідко спостерігаються марення, кома. При дослідженні легенів визначається жорстке дихання і тільки у окремих хворих спостерігаються ознаки осередкового або дифузного запалення легенів, а також абсцедування і гангрена легень. Разом з симптомами поширеної флегмони спостерігаються розлита запальна інфільтрація передньої або бічної поверхні шиї з розвитком набряку, гіперемія шкіри передньої поверхні грудної клітки. При медіастиніті з'являється симптом Герке (закидання голови викликає посилення за грудинного болю), іноді — симптом Іванова (посилення болю за грудиною при зміщенні інфільтрату у верхньо-боковому відділі шиї вгору), симптом Равич-Щербо (втягнення тканин при вдиху в ділянці яремної западини) і болі в ділянці середостіння при постукуванні по п'ятах витягнутих ніг.

При рентгенологічному дослідженні (у трьох проекціях — передньозадній, бічній і косій), комп'ютерній томографії визначається збільшення меж середнього середостіння; на 5-8-й день захворювання — випіт в плевральній порожнині. Показники гомеостазу і метаболізму відповідають стадіям гнійно-септичного захворювання — реактивній, токсичній, термінальній. В перших двох стадіях виражений лейкоцитоз, спостерігаються різке зрушення лейкоцитарної формули вліво і збільшення ШОЕ.

Діагностика медіастиніту досить складна. За тривалістю захворювання, наявності загальних і місцевих симптомів доцільно виділяти реактивну, токсичну і термінальну фази контактної медіастиніту (М. А. Губин).

Лікування комплексне, включає передопераційну підготовку, хірургічну санацію гнійних вогнищ, розкриття і дренивання середостіння, післяопераційну терапію.

Хірургічне лікування має бути терміновим. Операції виконують після короточасної передопераційної підготовки, спрямованої на досягнення стійкого стану систем життєзабезпечення шляхом інфузійної терапії. Велике значення мають підвищення пропульсивної діяльності серця, компенсація гіповолемії, корекція водно-сольового обміну, порушень КЩС крові і детоксикація організму. При медіастиніті верхніх і середніх відділів проводять шийну медіастинотомію за Разумовским (у щелепно-лицьових відділеннях багатопрофільних лікарень). При ураженні нижнього відділу заднього середостіння показана шийна медіастинотомія за Насиловим. Шийну медіастинотомію з резекцією мечовидного відростка і наскрізним дренажуванням середостіння виконують при тотальному процесі (у торакальних або загально-хірургічних гнійних відділеннях з подальшим лікуванням в реанімаційних відділеннях). За показаннями обов'язкова ревізія уражених тканин лица і шиї.

Дренажування, промивання, діаліз, відсмоктування ексудату, лікарські речовини застосовують постійно. Загальне лікування — антибактеріальну, дезінтоксикаційну, метаболізуючу, імуностимулюючу терапію, ГБО проводять диференційовано залежно від фази гнійного процесу. Добрі результати дають застосування екстракорпоральної детоксикації — гемосорбції, плазмаферезу і екстракорпоральне підключення донорської селезінки.

Прогноз при ускладненні поширених флегмон медіастинітом завжди серйозний для життя хворого. Розвиток медіастиніту може поєднуватися з сепсисом, що ще більше погіршує прогноз

Тромбофлебіт лицьових вен, тромбоз печеристого синуса, менінгіт, менінгоенцефаліт, абсцес мозку. Поширені флегмони підскроневої і крилоподібно-піднебінної ямок, підочноямкової ділянки, очної ямки, а також дна порожнини рота можуть ускладнюватися тромбозом лицьових вен з подальшим розповсюдженням гнійної інфекції в печеристий синус твердої мозкової оболонки. Це ускладнення часто розвивається при фурункулах, карбункулах лица, гнійних пансинуситах.

Передумовою для розвитку цього ускладнення є анатомічний зв'язок глибоких вен лица, петель крилоподібного венозного сплетіння з венами очної ямки, у тому числі глибокими, і венами твердої мозкової оболонки. Відтік крові з очної ямки відбувається через кутову і лицеvu вени, відгалуження яких пов'язані з дрібними венами лица — носа, щік, верхньою і нижньою венами губ, підборіддя та ін.

Тромбофлебіт лицьових вен характеризується погіршенням загального стану, високою температурою тіла, ознобом і інтоксикацією. На обличчі по за ходом кутової або лицьової вени з'являється болісний інфільтрат, вкритий гіперемійованою, іноді ціанотичною і спаяною з підлеглими тканинами шкірою. Виразений набряк навколишніх тканин, видно розширені підшкірні вени. У деяких хворих спостерігається швидка і часом блискавична течія процесу з розвитком тромбозу печеристої пазухи, менінгіту, менінгоенцефаліту, сепсису.

Тромбоз печеристого синуса твердої мозкової оболонки харак-теризується збільшенням локальних скарг і посиленням головного болю, болів в ділянці чола, погіршенням загального стану, підвищенням інтоксикації. Стан хворого важкий, температура тіла інтермітуючого типу, досягає 40°C, відзначаються різкі озноби. При поширеній флегмоні, карбункулі, синуситі посилюються біль в ділянці очей, хемоз кон'юнктиви, колатеральний набряк тканин очної ямки. Останній переходить на протилежний бік лица. На тлі екзофтальму з'являються офтальмоплегія, гіперемія, застійні явища (знаходять при дослідженні очного дна). Надалі може знижуватися гострота зору аж до часткової або повної втрати його, можлива ригідність м'язів потилиці.

Менінгіт. Менінгоенцефаліт. Абсцес мозку. Подальше розповсюдження інфекції при тромбозі печеристого синуса твердої мозкової оболонки і розвиток менінгіту, менінгоенцефаліту характеризується посиленням головного болю, появою нудоти, блювоти, порушенням свідомості. При обстеженні хворого виявляють позитивні симптоми Керніга, іноді — Бабінського або Оппенгейма. Захворювання має нерідко агресивну течію і може ускладнюватися втратою свідомості, осередковими симптомами, гемодинамічними змінами. При поширених флегмонах лица, поразенні клітковини очної ямки, остеомієліті луски скроневої кістки гнійна інфекція може поширюватися в мозок, що веде до утворення абсцесу.

Лікування комплексне і залежить від стадії захворювання. Інтенсивну інфузійну терапію з включенням антибактеріальних, десенсибілізуючих, дезінтоксикаційних, дегідратаційних, антикоагуляційних лікарських препаратів поєднують з реанімаційними заходами. Застосовують гемосорбцію, плазмаферез, лимфосорбцію, підключення донорської селезінки. В динаміці контролюють лабораторні показники крові, сечі, імунитету, згортаючої системи,

метаболичного обміну, показники систем життєзабезпечення і відповідно коригують лікування.

У хірургічному лікуванні звертають увагу на достатність раніше проведених оперативних втручань, доповнюють його діалізом, відсмоктуванням ексудату, цілеспрямовано підбирають лікарські речовини для місцевої терапії.

Прогноз при поширених флегмонах лица, фурункулах, карбункулах, ускладнених тромбозом печеристого синуса твердої мозкової оболонки, дуже серйозний.

Сепсис. Прогрес гнійно-некротичного запального процесу лица і шиї, поява ускладнень — медіастиніту, тромбозу печеристого синуса твердої мозкової оболонки, менінгіту, менінгоенцефаліту можуть вести до генералізації інфекції і розвитку сепсису. Сепсис як ускладнення одонтогенної інфекції розвивається в термінальній фазі поширених флегмон, при дифузному остеомієліті щелеп, тромбозі вен лица і печеристого синуса твердої мозкової оболонки.

Виділяють наступні стадії сепсису: гнійно-резорбтивною лихоманка, початкову стадію сепсису, септицемію, септикопемію і хронічний сепсис (А. Г. Шаргородский).

У ранніх стадіях сепсис може ускладнюватися септичним (ендотоксичним) шоком, при якому порушуються багато систем життєзабезпечення. У цей період може розвинутися гостра дихальна недостатність, яка характеризується різким погіршенням загального стану, наростанням слабкості, ознобом; почуття занепокоєння змінюється страхом, затемненням свідомості. Посилення головного болю поєднується з нестачею повітря і задишкою (компенсована форма).

Декомпенсована форма дихальної недостатності відрізняється посилюванням течії септичного гнійного процесу: стан у край важкий, свідомість сплутана або відсутня, значна блідість шкірних покривів, ціаноз слизових оболонок, тиск нестійке з тенденцією до зниження, тахікардія до 120 ударів в хвилину.

Хронічний сепсис спостерігається в пізніших стадіях хвороби і характеризується наростанням ознак токсемії, різкою зміною компенсаторних функцій органів і систем життєзабезпечення. У цей період знижується температура тіла, з'являється різка тахікардія, падає тиск виникають гиповентиляційна гіпоксія, анурія. Звичайні зміни згортаючої системи крові, метаболичного обміну змінюються лейкопенією, анемією.

Діагноз ґрунтується на клінічній картині, лабораторних даних (нерідко повторних).

Лікування. Велике значення мають правильне хірургічне лікування і патогенетично обумовлена терапія. Загальне лікування визначається стадією захворювання — реактивною, токсичною, термінальною. Проводять інтенсивну терапію, реанімаційні заходи, за показаннями — гемо— і лимфосорбція, плазмаферез, підключення донорської селезінки.

Прогноз серйозний. У 50% випадків настає смерть.

Принципи лікування запальних процесів щелепно-лицьової ділянки

Хірургічний метод лікування при абсцесах і флегмонах є основним. Необхідно провести первинну хірургічну обробку гнійного вогнища. Лікування хворих з абсцесами проводять амбулаторно. При локалізації гнійного процесу в жувальному м'язі, крилоподібно-нижньощелепному просторі, підскроневій ямці, скроневій ділянці хворих з супутніми захворюваннями старшої вікової групи лікують в умовах стаціонару.

При хірургічному лікуванні слід враховувати стадію клінічного розвитку запального процесу, тривалість патологічних змін і їх характер, індивідуальні особливості організму, а також особливості мікробної флори і її чутливість до антибактеріальних препаратів.

У стадії набряку і серозної інфільтрації (целюліт) хірургічне лікування має бути спрямоване на обмеження зони запальних змін тканин. Воно полягає в розкритті запального інфільтрату, знятті напруги тканин і створенні відтоку з них, проведенні тримекаїнових, лідокаїнових або но-вокаїнових блокад з антибіотиками, ферментами і іншими засобами в ділянці уражених тканин. Одночасно створюють відтік ексудату від зуба консервативними методами або по показанням видаляють його.

У стадії некрозу і гнійного розплавлення тканин проводять первинну хірургічну обробку гнійної рани: розкриття гнійних осередків, некротомію, створюють широкий відтік для ексудату, здійснюють медикаментозний вплив на рану. При створенні відтоку з гнійних осередків використовують різні методи дренивання, різні способи місцевого діалізу, переривчасте або постійне відсмоктування ексудату, промивання, зрошування, пов'язки та ін.

Особлива увага потрібна при хірургічному лікуванні поширених флегмон, особливо гнійно-некротичних, коли первинна обробка гнійних вогнищ доповнюється активною, нерідко неодноразовою некротомією.

При загальній патогенетичній терапії флегмон і абсцесів треба передбачати: 1) боротьбу з інфекцією; 2) підвищення імунно-біологічних властивостей організму, загальнозміцнююча дія на організм; 3) корекцію функцій органів і систем.

Побудова схем лікування абсцесів і флегмон повинна базуватись на функціональному стані організму і на характері запальної реакції (нормергічній, гіперергічній, гіпергічній), місцевих особливостях і локалізації запального осередку. Особлива увага приділяється корекції протиінфекційних захисних реакцій у пацієнтів з первинними або вторинними імунodefіцитними захворюваннями і станами.

Прогноз. При своєчасному і правильному лікуванні флегмон щелепно-лицьової ділянки і шиї прогноз в основному сприятливий. Розвиток ускладнень — медіастиніту, внутрішньочерепних гнійних процесів, сепсису веде до тривалої непрацездатності, інвалідності і нерідко до летального результату.

4. ПЛАН І ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА УЧБОВОГО ЗАНЯТТЯ ПО ДИСЦИПЛІНІ.

№ з/п	Етапи заняття	Розподіл часу	Види контролю	Засоби навчання
1.	Підготовчий етап	15 хв.	Усне опитування за переліком питань. Письмове тестування.	Комп'ютер (ноутбук). Мультимедійні методичні розробки. Анатомічні муляжі. Відео- і фотоматеріали. Електронні довідники.
1.1	Організаційні питання			
1.2	Формування мотивації			
1.3	Контроль початкового рівня підготовки (стандартизовані засоби контролю)			
2.	Основний етап (вказати усі види робіт, які виконують студенти під час цього етапу).	60 хв.	Практичний тренінг. Рішення клінічних завдань. Створення алгоритмів лікарських дій, професійний тренінг.	Рентгенограми, ортопантомограми, томограми. Набір інструментарію. Результати лабораторних, цитологічних і гістологічних досліджень.
3.	Завершальний етап	15 хв.	Тестування. Практичні завдання. Ситуаційні і нетипові завдання. Усне опитування.	
3.1	Контроль кінцевого рівня підготовки			
3.2	Загальна оцінка учбової діяльності студента			
3.3	Інформування студентів про тему наступного заняття			

4.5. Види самостійної роботи студентів.

1. Вивчити такі питання ($\alpha=I$):

- 1.1. Клінічні прояви флегмон навкологлоткового простору, язика і шиї.
- 1.2. Принципи хірургічного лікування флегмон щелепно-лицьової ділянки і шиї.

2. Тестові завдання з однією правильною відповіддю ($\alpha=II$):

2.1. Вкажіть симптом характерний для флегмони навкологлоткового простору :

- A. Оніміння нижньої губи на боці ураження.
- B. Парез крайової гілки лицьового нерва.
- C. Зниження зору.
- D. Затруднене ковтання.
- E. Обмеження рухів язика.

(Правильна відповідь: D)

2.2. Осиплість голосу характерна для флегмони:

- A. Крилоподібно-нижньощелепного простору.
- B. Навкологлоткового простору.
- C. Субмасетеріального простору.

D. Піднижньощелепного трикутника.

E. Щелепно-під'язикового жолобка.

(Правильна відповідь: B)

2.3. Поява плям або пухирів на шкірі характерна для флегмони:

A. Навкологлоткового простору.

B. Кореня язика.

C. Гнильно-некротичної флегмони дна порожнини рота.

D. Скроневій ділянці.

E. Щічній ділянці.

(Правильна відповідь: C)

3. Тестові завдання з множинним вибором:

3.1. Вкажіть симптоми характерні для флегмони кореня язика:

A. Невиразна мова.

B. Інфільтрат під кутом нижньої щелепи.

C. Неможливість ковтання.

D. Параліч під'язикового нерва.

E. Різке обмеження рухів язика.

(Правильна відповідь: A, C, E)

3.2. Вкажіть симптоми характерні для флегмони навкологлоткового простору:

A. Виражене зведення щелеп.

B. Затруднене ковтання.

C. Вибухання бічної стінки глотки до середньої лінії.

D. Гіперемія тканин в ділянці крило-нижньощелепної складки.

E. Парез лицьового нерва на боці ураження.

(Правильна відповідь: A, B, C)

3.3. Які з вказаних симптомів зустрічаються при флегмоні дна порожнини рота:

A. Порушення дихання.

B. Осиплість голосу.

C. Порушення ковтання.

D. Різке зведення щелеп.

E. Параліч м'язів м'якого піднебіння.

(Правильна відповідь: A, B, C)

4. Завдання для самоконтролю:

4.1. Пацієнт пред'являє скарги на неможливість ковтання із-за болю, осиплість голосу, ускладнене відкривання рота. При огляді виявлено помірне зведення щелеп, язик набряклий, різко обмежений в рухах (хворий не може висунути язик допереду), відзначається різкий біль при тиску на корінь язика. Яку локалізацію гнійного процесу можна припустити?

(Відповідь: абсцес кореня язика)

4.2. На прийом до лікаря звернувся хворий із скаргами на затруднене відкривання рота, біль при ковтанні, підвищення температури тіла, загальну слабкість. Об'єктивно: температура тіла $38,7^{\circ}\text{C}$, відзначається болючість при пальпації під кутом нижньої щелепи ліворуч, відкривання рота обмежене до 1,5 см Бічна стінка глотки ліворуч набрякла, гіперемійована, вибухає. Який діагноз можна припустити в даному випадку?

(Відповідь: флегмона навкологлоткового простору ліворуч)

4.3. Під час розкриття флегмони дна порожнини рота гною в рані не має, клітковина сіро-зеленого кольору, м'язи некротизовані, сірого кольору. Із стінок рани виділяється рідина з бульбашками газу, кольору м'ясних помийів з різко смердючим запахом. Якому типу флегмони відповідає така картина?

(Відповідь: гнильно-некротична флегмона дна порожнини рота)

4.6. Перелік індивідуальних завдань. Не передбачено робочою програмою дисципліни.

4.8. Перелік теоретичних питань до підсумкового модульного контролю.

1. Межі навкологлоткового простору.

2. Клініка флегмон навкологлоткового простору.

3. Клініка флегмони кореня язика.

4. Клініка флегмони дна порожнини рота.

5. Особливості клінічного прояву флегмони Жансуля-Людвіга.

6. Ускладнення флегмон дна порожнини рота, шиї і щелепно-лицьової ділянці.

7. Принципи хірургічного лікування флегмон щелепно-лицьової ділянці і шиї.

8. Медикаментозне лікування флегмон щелепно-лицьової ділянки і шиї.

4.9. Перелік практичних завдань і робіт до підсумкового модульного контролю.

1. Провести курацію хворого з флегмоною щелепно-лицьової ділянки або шиї.
2. Скласти схему медикаментозного лікування гнильно-некротичної флегмони дна порожнини рота.

6. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

6. Бернадський Ю.И. Основы хирургической стоматологии. – Киев: «Вища школа», 1984. – 392 с.
7. Тимофеев А.А. Руководство по хирургической стоматологии и черепно-щелепно-лицевой хирургии, К., - 2000.
8. Шаргородский А.Г. Руководство к практическим занятиям по хирургической стоматологии. – М., - Медицина, 1976. – 248 с.
9. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи//Под ред. А.Г.Шаргородского. – М., Медицина, 1985.
10. Кузин М.И., Костюченко Б.М. Раны и раневая инфекция//М., Медицина, 1981.

Додаткова література:

1. Бернадский Ю.И., Заксон М.Л., Козлюк В.И. Особенности клинического течения и лечения флегмон челюстно-лицевой области у лиц пожилого и старческого возраста /VII Всесоюзный съезд стоматологов (Тез. докл.) – М., 1981. – С. 63 – 64.
2. Биберман Я.М., Стародубцев В.С., Шутова А.П. Антисептики в комплексном лечении больных с окологлазничными абсцессами и флегмонами //Стоматология. – 1996, №6. – С. 25-27. Оперативная челюстно-лицевая хирургия. Под ред. Александрова А.М. – М. – 1986.
3. Груздев И.А. Острая одонтогенная инфекция. – М., Медицина, 1978.
4. Муковозов И.Н. Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний челюстно-лицевой области. – Л., Медицина, 1982.
5. Владиченкова Т.Н., Забелин А.С., Локтев Н.И. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи. Учебно-методическое пособие для студентов под ред. проф. А.Г.Шаргородского. Смоленск, 1986.

№ 13. Доброякісні пухлини і кісти слинних залоз. Пластичне усунення слинних норниць. Судинні пухлини і родимі плями. Імунологічна концепція розвитку пухлин.

1. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 1.1. Аналізувати причини виникнення новоутворень слинних залоз.
- 1.2. Пояснювати топографо-анатомічні особливості великих і малих слинних залоз.
- 1.3. Запропонувати план обстеження хворого з підозрою на наявність новоутворення слинної залози.
- 1.4. Класифікувати пухлини слинних залоз.
- 1.5. Трактувати різні варіанти хірургічного лікування пухлин слинних залоз.
- 1.6. Малювати схему топографії лицьового нерва в товщі привушної слиної залози.
- 1.7. Проаналізувати віддалені результати хірургічного лікування змішаних пухлин.
- 1.8. Скласти план лікування хворого з доброякісною пухлиною слинної залози.

2. БАЗОВИЙ РІВЕНЬ ПІДГОТОВКИ.

Назви попередніх дисциплін	Набуті навички
1. Нормальна анатомія.	Знати особливості будови слинних залоз.
2. Патологічна анатомія.	Знати гістологічну будову пухлин.
3. Пропедевтика хірургічної стоматології.	Уміти провести курацію хворого з пухлиною слиної залози.
4. Загальна онкологія.	Скласти план обстеження хворого з онкозахворюванням.

3. ОРГАНІЗАЦІЯ ЗМІСТУ УЧБОВОГО МАТЕРІАЛУ.

ПУХЛИНИ, ОПУХЛИНОПОДІБНІ УРАЖЕННЯ І КІСТИ СЛИННИХ ЗАЛОЗ

Пухлини, пухлиноподібні ураження і кісти слинних залоз складають близько 20% усіх новоутворень лица і щелеп.

Пухлини слинних залоз. За гістогенезом розрізняють епітеліальні і неепітеліальні пухлини слинних залоз. Епітеліальні є органоспецифічними і зустрічаються більш ніж в 98% випадків усіх новоутворень слинних залоз.

Серед епітеліальних пухлин виділяють аденоми — поліморфну (плеоморфну) і мономорфну з її різновидами, мукоепідермоїдну пухлину, а також групу карцином-аденокистозну, епідермоїдну,

карциному в поліморфній аденомі. Ці новоутворення локалізуються як у великих, так і в малих слизово-слинних залозах.

Неепітеліальні пухлини складають більше 1,5% усіх пухлин слинних залоз, розвиваються із з'єднувальнотканинних елементів строми залози, судин, нервів. За клініко-морфологічною картиною ідентичні пухлинам м'яких тканин інших локалізацій.

До пухлиноподібних уражень слинних залоз відносять доброякісну лімфоепітеліальне ураження, сіалоз і онкоцитоз.

Діагностика пухлин слинових залоз ґрунтується головним чином на клінічних і (рідко) рентгенологічних даних. Морфологічну верифікацію здійснюють шляхом цитологічного дослідження пунктата пухлини, при сумнівному діагнозі рекомендують тотальну біопсію. Відкриту біопсію великих слинових залоз не застосовують.

У диференціальній діагностиці використовують контрастну сіалографію з йодолиполом або іншими рентгеноконтрастними речовинами. На сіалограмі при доброякісній пухлині виявляється заповнення контрастною масою усіх проток залози різноманітного порядку. Проте в місці локалізації пухлини вони відтіснені на відміну від злоякісного новоутворення, при якому відзначається дефект заповнення проток, і останні виглядають як би обірваними, зрізаними. Крім того, застосовують метод подвійного контрастування — сіалографію з введенням кисню в навколишню клітковину.

Поліморфна аденома (змішана пухлина). Це найбільш поширена доброякісна пухлина, зустрічається в 72% випадків усіх епітеліальних пухлин слинних залоз. За частотою ураження на першому місці стоїть привушна слинна залоза, на другому — слизово-слинні залози піднебіння, потім відповідно піднижньощелепна, під'язикова і малі слинні залози, залози губи, щоки, язика.

Поліморфна аденома росте безболісно, повільно, впродовж декількох років і може досягати великих розмірів. При локалізації аденоми в привушній слинній залозі парезу м'язової мускулатури лица не спостерігається. При обстеженні визначається пухлина в ділянці слинної залози, рухлива, часто з горбистою поверхнею. Консистенція її щільноеластична, іноді з ділянками розм'якшення за рахунок слизоподібного компонента. Шкіра над нею не змінюється, вільно збирається в складку. Функція ураженої залози зазвичай не страждає. Поліморфна аденома має капсулу, але може бути не повністю інкапсульована, тоді пухлинні клітини проникають в прилеглу залозисту тканину. Цим пояснюються рецидиви пухлини після екстракапсулярного видалення. Іноді ріст пухлини значно прискорюється (впродовж 1 місяця), може з'явитися біль. Такі симптоми характерні для малігнізації пухлини; у подібних випадках її трактують як карциному в поліморфній аденомі.

Діагноз пухлини уточнюють цитологічним дослідженням пунктата, який отримують в голці у вигляді крошкообразної белуватої маси.

Макроскопічно поліморфна аденома є пухлиною в тонкій серпанковій капсулі, на розрізі у вигляді кашоподібної маси біло-сірого кольору з ділянками ослизнення і ущільнення.

Мікроскопічно пухлина, окрім вираженої епітеліальної тканини, має у своєму складі мезенхимоподібні ділянки, що складаються з міксоїдних або хрящоподібних структур, наявність яких пояснюють накопиченням мукоїдної або гіалінової речовини між міоепітеліальними клітинами.

Лікування хірургічне. При локалізації пухлини в піднижньощелепній і під'язиковій слинних залозах пухлину видаляють разом із залозою. Пухлини, розташовані на піднебінні, щогі, губах, язика, висікають в межах неуразених тканин. Особливість операції на привушній слинній залозі пов'язана з розгалуженням лицьового нерва в товщі залози.

Мономорфна аденома. Ця доброякісна пухлина зустрічається в середньому в 7% випадків усіх пухлин слинних залоз. За клініко-рентгенологічною картиною схожа з поліморфною аденомою, проте ріст її повільніший. При пальпації поверхня її гладка, пухлина має виражену капсулу.

Гістологічно структура пухлини однорідна, в її складі на відміну від поліморфної аденоми відсутня мезенхимоподібна тканина. Розрізняють гістологічні різновиди — аденолимфому, оксифільну аденому і інші типи.

При аденолімфомі хворі нерідко відмічають періодичне збільшення або зменшення пухлини, що пов'язано, мабуть, з реакцією лімфоїдного компонента строми пухлини.

Лікування мономорфної аденоми хірургічне. Використовують такі ж оперативні методи, як при поліморфній аденомі. При локалізації в привушній слинній залозі, окрім резекції, іноді застосовують екстракапсулярне видалення пухлини.

Мукоепідермоїдна пухлина. Ця пухлина характеризується місцевим інфільтративним ростом. Часто вражає привушну слинну залозу і малі слизово-слинні залози ретромолярної ділянки і піднебіння. Складає близько 8% усіх пухлин слинних залоз.

Розрізняють високодиференційований і низькодиференційований варіанти пухлини. Високодиференційована мукоепідермоїдна пухлина клінічно протікає як поліморфна аденома, відрізняючись від неї обмеженням рухливості і спаяністю з шкірою. Украй рідко метастазує в регіонарні лімфатичні вузли. Низькодиференційована пухлина має злоякісну течію, але відрізняється від раку порівняно повільним ростом (до 2-3 років), метастазує лімфогенним шляхом.

Макроскопічно пухлина сіро-білого кольору з дрібні порожнинами, заповненими слизом. Мікроскопічно вона характеризується наявністю клітин багаточарового плоского епітелію і клітин, що секретують слиз.

Лікування залежить від варіанту пухлини. При високодиференційованій пухлини застосовують оперативні методи за типом резекції залози, що використовують для поліморфної аденоми. Низькодиференційована пухлина є радіочутливою, лікування її комбіноване — передопераційна променева терапія з подальшим хірургічним висіченням. За показаннями застосовують операції на лімфатичному апараті шиї.

Пухлиноподібні ураження слинних залоз проявляються у вигляді збільшення залоз і дають клінічну картину, схожу з такою при пухлині. Розрізняють доброякісне лімфоепітеліальне ураження, сіалоз і онкоцитоз. При **доброякісному лімфоепітеліальному ураженні** відзначаються припухлість залоз і сухість в порожнині рота. Гістологічно визначається атрофія залозистої паренхіми з лімфоцитарною інфільтрацією. Таке ураження слинних залоз розглядають як реактивне — прояв аутоімунного або ревматоїдного захворювання слинних залоз.

Сіалоз характеризується двостороннім ураженням привушних, рідше піднижньощелепних слинних залоз. При тривалому існуванні сіалоз переходить в ліпоматоз залоз. Гістологічно відзначаються гіпертрофія серозних ацинарних клітин, набряк строми, атрофія протів, відсутність запальної інфільтрації.

При **онкоцитозі** спостерігається дифузне збільшення залоз. Гістологічно визначають так звані онкоцити — клітини, що є результатом вікової зміни залізистого епітелію і протів.

Лікування симптоматичне.

Кісти слинних залоз. Кісти можуть розвиватися у великих і малих слинних залозах. Часто причиною виникнення кісти великої слинної залози є травма однієї з дрібних вивідних проток, а малої залози — травма основної протоки, що веде до рубцювання її і затримки секрету. Вміст, що скупчується, здавлює залізисту паренхіму, внаслідок чого вона атрофується і утворюється порожнина, виповнена рідиною. Кіста спостерігається переважно у осіб молодого і середнього віку. Кісти малих залоз складають 95% уражень цієї локалізації, а великих слинних залоз — 11%. За частотою ураження на першому місці стоїть мала слинна залоза губи, на другому — під'язикова залоза, потім піднижньощелепна і навколоушна залози.

Слизова ретенційна кіста частіше утворюється в малій слизово-слинній залозі нижньої губи, рідше — щоки, переднього відділу дна порожнини рота, нижньої поверхні верхівки язика і піднебіння. Переважна локалізація на нижній губі пов'язана з прикушенням її.

Кіста розташовується під слизовою оболонкою, має вигляд напівкулі з чіткими межами, розміром від 0,5 до 2 см, з блакитнуватим відтінком. Іноді слизова оболонка над нею білястого кольору, що обумовлено наявністю рубцевих змін внаслідок травми. Пальпаторно кіста еластичної консистенції із флюктуацією, безболісна. Прокушування слизової оболонки над кістою може привести до спорожнення її з виділенням прозорої тягучої рідини. При інфікуванні вмісту виникає запалення.

Кіста під'язикової слинної залози (ранула). Ця кіста розташовується, як правило, в переднебоковому відділі дна порожнини рота поблизу вуздечки язика. Клінічно визначається у вигляді овальної форми вибухання, вкритого незміненою слизовою оболонкою або такого, що просвічує блакитнуватим відтінком. Кіста завжди пов'язана інтимно з однією з ділянок або усією під'язиковою слинною залозою. Колишня її назва ранула («жаб'яча пухлина») визначається видом кісти, її подібністю з горловим пухирем жаби. Росте повільно, місяцями, не заподіює болю. Досягши значного розміру порушує мову, утруднює прийом їжі. Іноді кіста може поширюватися за середню лінію дна порожнини рота, зміщуючи язик дозадку або в піднижньощелепну ділянку.

Діагностика кісти під'язикової слинної залози зазвичай складнощів не представляє. Диференціювати її слід від кісти піднижньощелепної слинної залози, дермоїдної кісти і судинних пухлин (лімфангіоми і гемангіоми), що локалізуються на дні порожнини рота.

Лікування. Враховуючи тісний зв'язок кісти з паренхімою залози, проводять повне видалення їх.

Кіста піднижньощелепної слинної залози зустрічається значно рідше, ніж ранула. Розташовується вона в піднижньощелепному трикутнику і є безболісним утворенням м'якої консистенції. Росте повільно, виявляється випадково при виявленні припухлості в піднижньощелепній ділянці.

Діагностика кісти піднижньощелепної слинної залози іноді важка. Для уточнення діагнозу використовують пункцію: отримання слизової рідини жовтуватого кольору дозволяє припустити наявність кісти.

Кісту піднижньощелепної слинної залози диференціюють від лімфангіоми, ліпоми, бічної кісти шиї, дермоїдної кісти.

Для визначення топографії кісти застосовують метод подвійного контрастування: цистографію і сіалографію. Різні проекції рентгенограми дозволяють визначити співвідношення кісти із залозою.

Лікування. Кісту піднижньощелепної слинної залози видаляють разом із залозою.

Кіста привушної слинної залози. Це захворювання, що рідко зустрічається, локалізується в поверхневому і глибокому шарах залози, переважно в нижньому полюсі. Кіста збільшується повільно. Виявляють її часто випадково.

Кіста є обмеженою безболісною припухлістю в привушній ділянці м'якоеластичної консистенції. Шкіра над кістою звичайного кольору, збирається вільно в складку. З протоки залози виділяється незмінена слина. Вмістом кісти є рідина жовтуватого кольору, іноді каламутна, з доміжком слизу. Гістологічно стінки кісти привушної слинної залози не відрізняються від стінок кіст інших слинових залоз.

Кісту привушної слинної залози диференціюють від органоспецифічних пухлин, ліпоми, судинних пухлин залози, а також від бронхіальної кісти, обумовленої патологією першої зябрової щілини.

Лікування полягає у видаленні кісти. Внаслідок тісного зв'язку оболонки кісти з паренхімою привушної залози висікають прилеглий відділ останньої. Складність операції пов'язана з розташуванням гілок лицьового нерва. Оперативний доступ до залози такий же, як при видаленні доброякісних пухлин навколоушної слинної залози.

ПУХЛИНИ І ПУХЛИНОПОДІБНІ УРАЖЕННЯ КРОВОНОСНИХ СУДИН

Судинні утворення зустрічаються найчастіше і складають до 25% усіх пухлин обличчя, органів порожнини рота і шиї і 65% пухлин м'яких тканин. Локалізуються вони переважно на обличчі, викликають косметичні і функціональні порушення органів лица і порожнини рота, іноді призводять до кровотечі.

Гемангіома. Ця доброякісна невідмежована ураження, що складається з кровоносних судин. Походження гемангіом до теперішнього часу остаточно не з'ясоване. Більшість їх відносять до аномалій розвитку кровоносних судин, невелика частина представляє істинну пухлину, проте строго розмежувати їх між собою важко.

Гемангіома частіше є природженою, і у міру розвитку організму відбувається її збільшення. Іноді, розташовуючись в глибині тканин, залишається непоміченою і виявляється в пізні терміни життя.

Гемангіома м'яких тканин щелепно-лицьової ділянки може поєднуватися з поразкою кісток лицьового скелета. Вона може набувати інфільтративного характеру з руйнуванням навколишніх тканин і рідко малігнізується. У дітей впродовж першого року життя природжена гемангіома іноді піддається зворотньому розвитку. Серед гемангіом розрізняють капілярну, кавернозну, венозну, гроноподібну ангіоми і доброякісну гемангіоендотеліому.

Капілярна гемангіома розташовується частіше в щічній і підочній ділянках, рідше — в інших ділянках лица. Клінічно проявляється у вигляді багрової плоскої плями з чіткими межами. При натисканні на неї забарвлення різко блідне, іноді зникає. Гемангіома вражає шкіру і слизову оболонку рота. Може проростати в підлеглі тканині.

Мікроскопічно гемангіома складається з невеликих судинних каналів капілярного типу, що вкриті одним шаром ендотеліальних клітин.

Судинну гемангіому диференціюють від пігментного невуса, колір якого не міняється при натисканні.

Кавернозна гемангіома лица зустрічається частіше за інших і со-ставляет близько 70% усіх гемангіом. Іноді вона має вигляд обмеженого невеликого утворення синюшного кольору, м'якої консистенції. Поширена форма кавернозної гемангіоми займає декілька ділянок, викликає

спотворювання лиця і деформацію органів порожнини рота. Визначається горбиста синьо-багрового кольору пухлина м'якої консистенції, безболісна, в глибині якої можуть промацуватися невеликі щільні включення — ангіоліти, що проєктуються на рентгенограмі. Характерний симптом наповнення: натискання на пухлину веде до зменшення її за рахунок того, що запустіває порожнина, при нахилі голови відзначаються наповнення і збільшення розмірів пухлини. Локалізуючись на язичку, губі, пухлина викликає не лише їх деформацію, але і функціональні розлади у вигляді утруднення жування, зімкнення губ, щелеп і т. д. При травмуванні гемангіоми можливі запалення і кровотеча. З метою визначення розповсюдження гемангіоми застосовують ангіографію, яку виконують в спеціалізованій установі. При пункції гемангіоми отримують кров, що вільно поступає в шприц. При цитологічному дослідженні виявляють елементи периферичної крові. Мікроскопічно кавернозна гемангіома полягає складається з кавернозних судинних структур, що вкриті одним шаром ендотеліальних клітин.

Венозна гемангіома схожа з кавернозною. Морфологічна картина характеризується наявністю переважно венозних судин середнього і великого калібру. Можливе виявлення елементів гладкої мускулатури, фіброзної тканини і жиру.

гроноподібна (гілляста) гемангіома відрізняється від кавернозної наявністю пульсації пухлини. Мікроскопічно вона представлена у вигляді звивистих товстостінних кровоносних судин венозного і артеріального типів. Диференціювати її треба від артеріовенозної аневризми.

Лікування. У клініці хірургічної стоматології застосовують різні методи лікування залежно від виду, розміру і локалізації гемангіоми. Хірургічний метод полягає в висіченні пухлини, прошиванні її, перев'язці судин, що приводять і відводять. Склерозуюча терапія заснована на розвитку асептичного запалення в пухлині, що веде до рубцювання і запустіває судинних порожнин. Для лікування використовують 2% розчин салицилового спирту або (частіше) 70% етиловий спирт. Спирт вводять в пухлинну тканину у кількості 5-90 мл залежно від розміру гемангіоми, він потрапляє в просвіти судин і викликає тромбоз. Після введення спирту накладають пов'язку, що давить. Впродовж подальших 6-8 днів спостерігаються набряк і болісний інфільтрат. Повторне введення спирту проводять не раніше чим через 2 тижні після першої ін'єкції. В результаті лікування пухлина зменшується або повністю рубцюється. Існує спосіб введення спирту і промивання ним кавернозній порожнині за умови затиску пухлини спеціальним інструментом. Нині розробляється методика емболізації судин гемангіоми.

Електрокоагуляцію пухлини роблять за допомогою електроко-агулятора, кращі результати спостерігаються при внутрішньотканевій коагуляції біактивними електродами. Електроди у вигляді двох голок вводять так, щоб невелика гемангіома виявилася між ними. У разі великої пухлини вкол електродів здійснюється за периметром пухлини. При проведенні коагуляції поверхневих гемангіом утворюється струп і відбувається епітелізація, при коагуляції глибоких гемангіом — некроз з асептичним запаленням, що закінчується рубцюванням. Останнім часом широке розповсюдження отримав криовплив рідким азотом. Кріодеструкція може бути здійснена аплікаційним методом і способом «відкритого струменя». При капілярній гемангіомі криодеструкцією досягають поверхневого некрозу II міри відмороження з появою пухирів. Згодом утворюється струп, що відпадає до 10-14-го дня. У разі кавернозної ангіоми потрібно досягнути повного крионекрозу, який відторгається через 2-3 нед, заміщаючись ніжним рубцем.

Для лікування гемангіом використовують вказані методи не лише ізольовано, але і в комбінації.

При капілярній, кавернозній і інших видах гемангіом невеликих розмірів (в межах 1-2 см) показані їх посічення з ушиванням рани, проведення кріодеструкції або електрокоагуляції. При великій капілярній гемангіомі, що спотворює лице, найбільш ефективно хірургічне посічення із заміщенням дефекту вільним шкірним аутоотрансплантатом. Посічення розповсюдженої кавернозної, гроноподібної і інших гемангіом може привести до сильної кровотечі. У цих випадках більш бажана склерозуюча терапія як самостійний метод або в комбінації з подальшим хірургічним втручанням. Іноді перед введенням спирту в гемангіому проводять перев'язку судин, що приводять і відводять.

Окрім описаних методів, для лікування гемангіом використовують променеви терапію.

Системний гемангіоматоз — пухлиноподібне захворювання, при якому спостерігається ураження одного або більше органів і тканин. Сюди відносять хворобу Рандю-Ослера-Вебера, що проявляється у вигляді множинних телеангіоектазій, що кровоточать на слизовій оболонці порожнини рота, шкіри обличчя і інших ділянок, що призводять до гіпохромної анемії.

Л і к у в а н н я симптоматичне. Телеангіоектазії, що кровоточать, коагулюють, іноді висікають.

ПУХЛИНИ І ПУХЛИНОПОДІБНІ УРАЖЕННЯ ЛІМФАТИЧНИХ СУДИН

Новоутворення лімфатичних судин спостерігаються значно рідше, ніж кровоносних. Серед них в м'яких тканинах щелепно-лицьової ділянки розвивається переважно доброякісне утворення — лімфангіома. Системний лімфангіоматоз і лімфангіосаркома відзначаються у край рідко. Захворювання зазвичай природженого характеру, іноді поєднується з гемангіомою.

Лімфангіома. Її підрозділяють на капілярну, кавернозну і кістозну (гіфому). Найбільш поширеною формою є кавернозна лімфангіома. Вона локалізується часто в ділянці щоки, губи, язика, іноді захоплює декілька ділянок і викликає функціональні порушення. Клінічно схожа на гемангіому, проте колір шкірних покривів і слизової оболонки залишається незмінним. Лімфангіома часто запалюється в наслідок травми вкриваючої її слизової оболонки і подальшого інфікування. Поразка губ веде до макрохейлії, макроглосії, при цьому виражена складчастість язика, слизова оболонка його стає зернистою і з пухироподібними виростами. Пальпаторно змінені тканини щільні, болісні у разі приєднання запалення.

При пункції лімфангіоми в голці отримують світлу рідину, іноді мутнувату, часто з домішкою крові.

Лікування хірургічне. Невеликі лімфангіоми видаляють цілком, при великому ураженні проводять поетапний висічення. Лімфангіому губ оперують, як при подвійній губі. При лімфангіомі язика отпрепаровують уражену слизову оболонку у вигляді панчохивисікають лімфангіоматозний підслизовий шар і надлишок слизової оболонки, рану ушивають.

Невус (родима пляма). Це доброякісне утворення розвивається з меланоцитів епідермісу або дерми, буває природженим і набутиим, часто множинним.

Клінічно невус проявляється у вигляді плоского, підведеного, гладкого або бородавчастого безболісного утворення. Він локалізується частіше на шкірі обличчя і шиї, може самостійно зникати, а також малігнізуватись.

Гістологічно розрізняють наступні різновиди невусів: межовий, складний, внутрішньодермальний, епітеліоїдний, внутрішньоклітинний, з балоноподібних клітин, галоневус, велетенський пігментований, інволюційний, блакитний і клітинний блакитний.

Межовий невус зустрічається рідко (до 3,9%) і може переходити в складний. Складний невус має бородавчастий вигляд і іноді містить волосся. Частіше (до 85%) спостерігається внутрішньодермальний невус.

Епітеліоїдний або веретенноклеточний невус (юнацька меланома), — куполоподібне новоутворення на шкірі обличчя, зустрічається рідко (1%), в основному у дітей. Гістологічна картина такого невуса іноді нагадує меланому, хоча являється різновидом складного невуса. Невус з балоноподібних клітин клінічно проявляється у вигляді невеликого темно-коричневого вузлика з обідком еритеми навколо нього.

Галоневус має таку назву внаслідок наявності депігментованого кільця навколо вузлика червоно-коричневого кольору. Звичайно ця утворення не перевищує 0,5 см, можлива його спонтанна інволюція.

Велетенський пігментований невус — природжене утворення, часто вражає лице, волосисту частину голови. Іноді спостерігаються невуси-сателіти. Такі невуси є темно-пігментованими волосатими утвореннями, іноді вузловатими, найчастіше малігнізуються в меланому.

Інволюційний невус (фіброзна папула носа) є результатом фіброзного переродження невуса і являє собою слабопігментоване утворення поблизу крил носа.

Блакитний невус — це утворення у вигляді обмеженого вузла розміром до 1,5 см, колір його відповідає назві. Клітинний блакитний невус дещо схожий з блакитним, проте може досягати розмірів до кількох сантиметрів. Зважаючи на тісніше розташування численних меланоцитів, що визначається мікроскопічно, він має інтенсивне забарвлення, аж до чорного кольору.

Невуси у вигляді плоских пігментованих плям необхідно диференціювати від капілярної гемангіоми. При натисканні на невус зміни його забарвлення не відбувається, гемангіома тимчасово блідне.

Основні ознаки малігнізації невуса: збільшення розміру його і міри пігментації, поява запальної реакції з гіперемією навколо в у вигляді «язика полум'я», кровоточивість, виразка, а також виникнення дочірніх утворень-сателітів навколо пігментованої плями. Малігнізації часто сприяють травмування, інсоляція невуса.

Лікування невуса хірургічне, залежить від його розміру, локалізації і клінічних проявів. Великий невус лица, що веде до естетичних порушень, січуть з одномоментною пластикою

місцевими тканинами або пересадкою вільного шкірного аутотрансплантата або застосовують поетапне посічення.

Невус, навіть невеликих розмірів, що піддається постійній травмі (коміром, окулярами, гребінцем та ін.), видаляють. При появі ознак активізації росту невуса потрібна додаткова радіоізотопна діагностика, яка дозволяє визначити доброякісність або злоякісність процесу. При збереженні доброякісного характеру невуса необхідно провести його посічення, при цьому межі операції мають бути розширені. Останніми роками для лікування невусів стали широко використовувати кріодеструкцію.

4. ПЛАН І ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА УЧБОВОГО ЗАНЯТТЯ ПО ДИСЦИПЛІНІ.

№ з/п	Етапи заняття	Розподіл часу	Види контролю	Засоби навчання
1.	Підготовчий етап	15 хв.	Усне опитування за переліком питань. Письмове тестування.	Комп'ютер (ноутбук). Мультимедійні методичні розробки. Анатомічні муляжі. Відео- і фотоматеріали. Електронні довідники. Рентгенограми, ортопантомограми, томограми. Набір інструментарію. Результати лабораторних, цитологічних і гістологічних досліджень.
1.	Організаційні питання			
1.1	Формування мотивації			
1.2.	Контроль початкового рівня підготовки (стандартизовані засоби контролю)	60 хв.	Практичний тренінг. Рішення клінічних завдань. Створення алгоритмів лікарських дій, професійний тренінг.	
2.	Основний етап (вказати усі види робіт, які виконують студенти під час цього етапу).			
3.	Завершальний етап	15 хв.	Тестування. Практичні завдання. Ситуаційні і нетипові завдання. Усне опитування.	
3.1	Контроль кінцевого рівня підготовки			
3.2	Загальна оцінка учбової діяльності студента			
3.3	Інформування студентів про тему наступного заняття			

4.5. Види самостійної роботи студентів.

1. Вивчити такі питання ($\alpha=I$):

- 1.1. Доброякісні новоутворення слинних залоз. Особливості клінічних проявів.
- 1.2. Судинні пухлини і родимі плями щелепно-лицьової ділянки.

2. Тестові завдання з однією правильною відповіддю ($\alpha=II$):

2.1. Метод лікування слинної нориці, який полягає в посіченні норицевого ходу і накладенні на підшкірну клітковину кисетного шва, - це метод:

- A. Лімберга.
- B. Сапожкова.
- C. Васильєва.
- D. Ентина.
- E. Клементова.

(Правильна відповідь: B)

2.2. Метод пластичного відновлення вивідної протоки привушної слинної залози при повній слинній нориці - це метод:

- A. Лімберга.
- B. Сапожкова.
- C. Васильєва.
- D. Ентина.
- E. Клементова.

(Правильна відповідь: C)

2.3. Ретенційна кіста під'язикової слинової залози називається:

- A. Папула.

- В. Пустула.
- С. Фістула.
- Д. Ранула.
- Е. Везикула.

(Правильна відповідь: D)

3. Тестові завдання з множинним вибором:

3.1. Які з приведених клінічних ознак не характерні для мономорфної аденоми привушної слинної залози:

- А. Болючість.
- В. Повільний ріст.
- С. Чіткі межі.
- Д. Параліч лицьового нерва.
- Е. Спаяність верхнього полюса пухлини з шкірою.

(Правильна відповідь: А, D, E)

3.2. Вкажіть клінічні ознаки властиві кавернозній гемангіомі лица:

- А. Тверда консистенція.
- В. Синюшно-багрове забарвлення.
- С. Різка болючість.
- Д. Збільшення в розмірах при нахилі голови вниз.
- Е. Відчуття крепітації при пальпації пухлини.

(Правильна відповідь: В, D)

3.3. Вкажіть ознаки характерні для капілярної гемангіоми:

- А. Горбиста поверхня.
- В. Осередок на шкірі обличчя у вигляді плями, забарвленої в червоні тони.
- С. При натисненні пальцем не міняє кольору.
- Д. Чіткі межі плями.
- Е. Болючість при пальпації.

(Правильна відповідь: В, D)

4. Завдання для самоконтролю:

4.1. При огляді у пацієнта на шкірі щоки виявлено яскраво-червоного забарвлення пляма з чіткими межами. Тканини в ділянці плями м'які, безболісні. При натисканні пальцем забарвлення плями різко блідне. Із слів пацієнта пляма існує з дитинства, повільно збільшуючись в розмірах. Про яке захворювання йде мова в даному випадку?

(Відповідь: капілярна гемангіома щоки)

4.2. На прийом до лікаря звернулася пацієнтка літнього віку із скаргами на асиметрію лица. При об'єктивному огляді виявлено новоутворення що заповнює ліву зачелюстную ямку. Утворення представлене малорухомим, безболісним вузлом 2х3 см з горбистою поверхнею, чіткими межами. Утворення щільної консистенції, покрито незміненою шкірою. При огляді порожнини рота виявлено вибухання бічної стінки глотки ліворуч. Із слів пацієнтки, вузол існує більше року, останнім часом став збільшуватися в розмірах. Який попередній діагноз найбільш вірогідний?

(Відповідь: поліморфна аденома лівої привушної слинної залози)

4.3. Пацієнт скаржиться на наявність нориці на шкірі щоки справа з виділеннями, що посилюються при прийомі їжі. Нориця утворився після ножового поранення щічної ділянки кілька тижнів тому. При об'єктивному огляді на шкірі щічної ділянки справа визначається свіжий рубець неправильної форми з крапкоподібним норицевим ходом і мізерним прозорим в'язким відокремлюваним. При зондуванні нориці сполучення з порожниною рота не виявлене. При масажі привушної слинної залози, слина з гирла протоки не виділяється, але різко посилюється відділення з норицевого ходу. Який тип слинної нориці має місце у цього хворого?

(Відповідь: повна зовнішня нориця вивідної протоки привушної залози)

4.6. Перелік індивідуальних завдань. Не передбачено програмою дисципліни.

4.8. Перелік теоретичних питань до підсумкового модульного контролю.

1. Класифікація доброякісних пухлин слинних залоз.
2. Клінічні прояви доброякісних пухлин слинних залоз.
3. Діагностика і лікування доброякісних пухлин слинних залоз.
4. Класифікація, клініка, лікування нориць слинної залози.
5. Класифікація судинних пухлин.
6. Клініка і діагностика судинних пухлин щелепно-лицьової ділянки.

7. Лікування судинних пухлин щелепно-лицьової ділянки.

8. Імунологічна концепція розвитку пухлин.

4.9. Перелік практичних завдань і робіт до підсумкового модульного контролю. Провести курацію хворого з доброякісним новоутворенням слинної залози.

6. ЛИТЕРАТУРА:

Основна література:

11.Бернадський Ю.И. Основы хирургической стоматологии. – Киев: «Вища школа», 1984. – 392 с.

12.Тимофеев А.А. Руководство по хирургической стоматологии и черепно-щелепно-лицевой хирургии, К., - 2000.

13.Шаргородский А.Г. Руководство к практическим занятиям по хирургической стоматологии. – М., - Медицина, 1976. – 248 с.

14.Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи//Под ред. А.Г.Шаргородского. – М., Медицина, 1985.

15.Кузин М.И., Костюченко Б.М. Раны и раневая инфекция//М., Медицина, 1981.

Додаткова література:

1. Бернадский Ю.И., Заксон М.Л., Козлюк В.И. Особенности клинического течения и лечения флегмон челюстно-лицевой области у лиц пожилого и старческого возраста /VII Всесоюзный съезд стоматологов (Тез. докл.) – М., 1981. – С. 63 – 64.

2. Биберман Я.М., Стародубцев В.С., Шутова А.П. Антисептики в комплексном лечении больных с окологлазными абсцессами и флегмонами //Стоматология. – 1996, №6. – С. 25-27.Оперативная челюстно-лицевая хирургия. Под ред. Александрова А.М. – М. – 1986.

3. Груздев И.А. Острая одонтогенная инфекция. – М., Медицина, 1978.

4.Муковозов И.Н. Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний челюстно-лицевой области. – Л., Медицина, 1982.

5.Владиченкова Т.Н., Забелин А.С., Локтев Н.И. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи. Учебно-методическое пособие для студентов под ред. проф. А.Г.Шаргородского. Смоленск, 1986.

№ 14. Доброякісні пухлини та пухлиноподібні новоутворення м'яких тканин ЩЛД (папілома, фіброма, ліпома, гемангіома, атерома, нейрофіброматоз, дермоїдна та епідермальна кіста, кіста шийї серединна та бічна, брахіогенні кісти і нориці): етіологія, патогенез, класифікація, гістологічна будова, клініка, диференційна діагностика, лікування та профілактика ускладнень.

1. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

1.1. Аналізувати результати клінічних обстежень хворих з доброякісними пухлинами та пухлиноподібними новоутвореннями м'яких тканин ЩЛД Пояснювати результати додаткових досліджень.

1.2. Запропонувати плани лікування хворих з доброякісними пухлинами та пухлиноподібними новоутвореннями м'яких тканин ЩЛД.

1.3. Класифікувати доброякісні пухлини та пухлиноподібні новоутворення м'яких тканин ЩЛД.

1.4. Трактувати етіологію та клінічні прояви доброякісних пухлин та пухлиноподібних новоутворення м'яких тканин ЩЛД.

1.5. Проаналізувати основні принципи діагностики та лікування цих хвороб.

1.6. Скласти план діагностики та диференційної діагностики, доброякісних пухлин та пухлиноподібних новоутворень м'яких тканин ЩЛД. Провести курацію хворого, встановити діагноз, провести диференційну діагностику, скласти план обстеження та лікування хворого з доброякісними пухлинами та пухлиноподібними новоутвореннями м'яких тканин ЩЛД.

2.БАЗОВИЙ РІВЕНЬ ПІДГОТОВКИ.

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
Топографічна анатомія.	Визначити топографо-анатомічну ділянку розташування дефекту.
2. Гістологія.	Знати гістологічну побудову шкіри та слизової оболонки порожнини рота.
3. Пропедевтика хірургічної	Вміти провести курацію хворого з доброякісними

стоматології.	пухлинами та пухлиноподібними новоутвореннями м'яких тканин ЩЛД
4. Загальна хірургія.	Вміти здійснити інфільтраційну анестезію шкіри, підготовку операційного поля.

3. ОРГАНІЗАЦІЯ ЗМІСТУ НАВЧАЛЬНОГО МАТЕРІАЛУ.

Папілома. Розвивається з покривного епітелію. Розвивається з покривного епітелію. Папіломи діагностуються як солітарні (поодинокі) та множинні (папіломатоз). Приблизно у 20% випадках у хворих папіломи малігнізуються. Папіломи локалізуються на різних ділянках обличчя. Їхня клінічна симптоматика різноманітна: на тонкій або товстій ніжці, округлої або овальної форми, поверхня гладенька або зморшкувата з сосочкових розростань із зроговівшим або незроговівшим епітелієм, різних розмірів (0,5-2,0). Наявність множинних папілом визначають, як папіломатоз. Папіломи з гіперкератозними змінами часто стають злоякісними.

Локалізується на шкірі, губах, слизових оболонках порожнини рота та язика.

Лікування. Видалення хірургічним шляхом.

Профілактичні заходи. Уникати травматизації

Атерома – це ретенційна киста сальної залози шкіри, яка утворюється після закупорки вивідної протоки залози. Частіше всього це має місце при травматичному пошкодженні шкіри під час гоління, видавлювання вугрів та ін. Атероми частіше поодинокі але можуть бути і множинні (атероматоз). Ростуть повільно та безболісно, спостерігаються в будь-якій ділянці шкіри обличчя та голови. Клінічно атерома має кулеподібну форму, шкіра над нею не змінена в кольорі, рухома. Тільки в одному місці шкіра зрощена з оболонкою кісти, а саме в ділянці гирла вивідної протоки сальної залози. Тут, якщо спробувати зібрати шкіру в складку, спостерігається симптом «лимонної кірки». Атерома рухома, безболісна при пальпації, має щільно-еластичну консистенцію, поверхня її гладка, межі чіткі. Розмір від декількох міліметрів до декількох сантиметрів в діаметрі.

Атероми досить часто нагноюються. В таких випадках вона втрачає рухомість, шкіра над нею червоніє, виникає набряк оточуючих тканин, формується абсцес. Капсула атероми сформована із сполучної тканини, всередині вкрита плоским епітелієм.

Лікування атероми хірургічне, полягає в видаленні капсули разом зі смужкою шкіри, що зрощена з верхнім полюсом кісти. У випадку нагноєння атероми її лікують як звичайний абсцес, а оболонку видаляють після повної ліквідації проявів запалення.

Фіброма – доброякісна пухлина, яка розвивається з волокнистої сполученої тканини. Може локалізуватись як на шкірі будь-якої ділянки голови та шиї, так і в порожнині рота на слизовій оболонці.

Розрізняють фіброму тверду (не містить жирової тканини) та м'яку (містить в собі елементи жирової тканини).

Фіброма шкіри уявляє собою безболісне утворення щільно-еластичної або м'якої консистенції, що розташоване в товщі шкіри або виступає над її поверхнею у вигляді півкулі. Вона обмежено рухома, має широку основу та колір нормальної шкіри (може бути рожевого або коричневого кольору). Поверхня фіброми буває гладкою (тверда фіброма) або у зморжках (м'яка фіброма).

М'яка фіброма, що має тонку ніжку та ковбасоподібну форму носить назву фібропапілома.

Фіброма може бути розташована і в товщі м'яких тканин у вигляді вузла з чіткими межами, що має капсулу.

Різновидом фіброми є гістіоцитома (дерматофіброма), яка містить в собі фібробласти, фіброцити та гістіоцити, а також десмоїдна фіброма (десмоїд). Обидві форми схильні до інфільтруючого росту.

В порожнині рота фіброма локалізується частіше на слизовій оболонці щік, альвеолярного відростка та язика. Зустрічається симетричне розташування фіброми у вигляді веретеноподібних утворень з язикового або піднебінного боку альвеолярного відростка – так звана симетрична фіброма.

Фіброматоз ясен – це розростання ясен від ясеневого краю до рівня перехідної складки у вигляді диффузного потовщення ясен або у вигляді дольок в ділянці декількох зубів, іноді на протязі всього альвеолярного відростка. Розростання можуть бути м'якими або щільними, безболісні.

Ліпома – доброякісна пухлина, що розвивається зі зрілої жирової тканини. Локалізується в різних ділянках обличчя та шиї. Клінічна картина залежить від глибини залягання пухлини. Поверхнево розташована ліпома звичайно виглядає як вузол з досить чіткими межами, або як дифузне потовщення без чітких меж. Шкіра над нею незмінена, росте ліпома повільно, може бути м'якою або щільною в залежності від співвідношення жирової та фіброзної тканини. При пальпації безболісна

має дольчасту поверхню. Ліпома має тонку капсулу. Рухомість ліпоми залежить від глибини її залягання.

Іноді спостерігається дифузне розростання жирової тканини на шиї у вигляді фартуха – хвороба Маделунга або ліпоматоз шиї.

Ліпома здатна перероджуватись у злоякісну пухлину – ліпосаркому.

Лікування ліпоми хірургічне, нерідко пов'язане з технічними труднощами (в разі розповсюдження пухлини по міжм'язовим та міжфасціальним просторам).

ОСНОВНІ ТИПИ ГЕМАНГІОМ

Капілярні	Гіллясті	Кавернозні	Змішані	Комбіновані
Локалізація: на слизовій оболонці порожнини рота, на шкірі обличчя.	У ЩЛД локалізується вкрай рідко.	Локалізація: м'які тканини обличчя, язик, слизова оболонка порожнини рота, шия, щелепи.	Поєднання капілярних, гіллястих та кавернозних гемангіом.	Ангіофіброма, ангіоліпома, нейроангіома, ангіоміома та ін.
Капілярні	Гіллясті	Кавернозні		
Клініка: плаский, плямистий, рожево-червона або синюшно-багрова ділянка тканин, позитивний симптом «надавлювання»	Складаються з артеріальних судин, пульсує, вислуховується систолічний шум (артеріовенозні анастомози), збільшення при нахилі голови вниз	Клініка: ознака «стискання» та «наливання» може мати капсулу, наявність флеболітів		

Диференційна діагностика:

аневризми, лімфангіома, невус, меланома, лімфосаркома

Методи лікування:

Диспансерне спостереження, оперативне, емболізація, електрокоагуляція, кріодеструкція, променева терапія, склерозуюча терапія, системна терапія гормональними препаратами та ін.

Гемангіоми та гемангіоендотеліома належать до неостеогенних пухлин щелеп.

Ізольовані гемангіоми щелеп зустрічаються порівняно рідко. Частіше має місце поєднання гемангіоми м'яких тканин обличчя або порожнини рота з гемангіомою щелепи. У таких випадках слизова оболонка ясен та піднебіння буває ярко-червоного або синьо-багрового кольору, що полегшує встановлення діагнозу.

Значно складніше встановити діагноз гемангіоми щелепи у тих випадках, коли оточуючі м'які тканини не втягнуті в ураження. Такі ізольовані гемангіоми щелеп можуть проявлятися підвищеною «безпричинною» кровоточивістю ясен; при лікуванні пульпітів та періодонтитів виникає упорна кровоточивість з кореневих каналів. Серйозним ускладненням є значна артеріальна кровотеча з гемангіоми щелепи у тому випадку, коли встановлений неправильний діагноз (остеобластокластома, остеодисплазія, остеофіброма та ін.) та проводиться біопсія або видалення розташованого в зоні гемангіоми значно рухомого зуба. Така раптово виникаюча кровотеча може виявитися смертельною, особливо у випадку виникнення її в умовах поліклініки, на прийомі у недосвідченого лікаря. Однак найчастіше хворі з гемангіомою щелепи звертаються в клініку з приводу підвищеної кровоточивості з ясен або з каналу зуба.

Клініка

Клініка залежить від локалізації, ступеню розповсюженості пухлини та її гістологічної будови. Гемангіома щелепи може бути обмеженою та розповсюдженою, капілярною та кавернозною. Розповсюджуючись на кортикальну частину щелепи, вона може обумовити симптом флюктуації, потоншивши або повністю зруйнувавши на певній ділянці спонгіозну та кортикальну тканину щелепи. При цьому можливе руйнування альвеолярного відростку та пов'язане з цим прогресивне посилення симптому рухливості зубів, здуття кістки, у зв'язку з чим хворий може звернутися до лікаря з проханням видалити зуб або навіть групу зубів.

Проростаючи з окістя в слизову оболонку ясен, гемангіома щелепи стає помітною по своїй синюшній забарвленості; зуби при цьому ледь тримаються у м'яких тканинах. У таких випадках хворі звертаються до лікаря з приводу упорних кровотеч з ясен, які неодноразово повторюються, з порожнини зруйнованого зуба або з носа. Значної асиметрії обличчя при гемангіомі зазвичай не виявляється, тому надмірного руйнування щелепи не відбувається.

На рентгенограмі гемангіома щелепи проявляється здуттям кістки, дрібно- або середино-ніздрюватий рисунок, інколи мають місце періостальні нашарування.

Патологічна анатомія. Внутрішньокісткові гемангіоми щелеп бувають, як правило, кавернозними, гіллястими або поєднуються з капілярними. Рідше вони являють собою сплетення гіллястих аневризм або сплетення розширених крупних судин. В ще більш рідких випадках гістологічна картина являє собою переважно капілярну форму гемангіоми.

Діагноз

Діагностика гемангіом щелеп складна, особливо тоді, коли відсутні скарги на кровоточивість ясен і пухлина не наблизилась до слизової оболонки ясен. У таких випадках необхідно диференціювати гемангіому від остеобластокластоми, адамантиноми, міксому. Пункція гемангіоми майже завжди є достатнім орієнтиром. Однак відсутність крові в шприці ще не дає повного підґрунтя виключити діагноз гемангіоми. Тому у такому випадку слід повторити пункцію з іншого полюсу пухлини, а отриманий пунктат при першій пункції піддати цитологічному дослідженню.

Великою допомогою у сумнівних випадках є біопсія. Однак, вирішивши взяти кусочок підозрілої гемангіоми, хірург має бути готовим до того, що під час біопсії можлива сильна кровотеча, яку необхідно буде терміново зупинити та провести поповнення крововтрати.

Багато до хірургічного втручання провести ангіографію лицевого скелета, завдяки якій можна встановити джерело гемангіоми, а також обширність її розповсюдження до основи черепа (при локалізації на верхній щелепі). Ангіографію повинен проводити спеціально підготований лікар-рентгенолог. Отже, слід підкреслити, що кожний хворий з гемангіомою обличчя має бути ретельно обстежений для виявлення в нього гемангіоми щелепи. Раннє виявлення її сприяє ранньому застосуванню консервативних способів лікування.

Лікування

Невеликі кісткові гемангіоми можна ліквідувати повторними ін'єкціями в пухлину 1-2 мл 95% етилового спирту або 2% розчину саліцилової кислоти на 80% спирті, розчину хініну гідрохлориду з уретаном та ін. Останній розчин виписують за прописью: уретану – 6,5, хініну гідрохлориду – 12,5, дистильованої води – 100мл. Кількість хінінуретанового розчину, що одноразово вводиться від 3 до 5 мл. Вводять його з інтервалами в 3-5 днів до 12-20 разів (залежно від розмірів пухлини).

У наслідок введення склерозуючих розчинів відбувається згортання крові в порожнинах гемангіоми, фібротизація та запусніння їх.

Значні гемангіоми щелеп зазвичай підлягають хірургічному лікуванню. Якщо гемангіома локалізується на верхній щелепі, проводять її резекцію. При локалізації гемангіоми в товщі тіла нижньої щелепи можна провести (екстраоральний доступ) резекцію зовнішньої кортикальної пластинки щелепи, при цьому широко розкрити гемангіому, перев'язати судини, які приводять до неї кров, затампонувати дно кісткової рани клаптом жувального м'язу. Після цього зовнішню рану сполучити з порожниною рота (шляхом розрізу по перехідній складці), на зовнішню рану накласти пошарові шви, а з боку порожнини рота рану тампонувати йодоформною марлею на 7-10 днів. Ще до початку операції необхідно в гемостатичних цілях провести двобічну перев'язку зовнішніх сонних артерій, а під час операції стежити за адекватним поповненням крововтрати. За наявності протипоказань до операції необхідно провести курс глибокої рентгенотерапії.

Прогноз сприятливий лише за умови раннього виявлення та лікування гемангіоми в щелепі. В протилежному випадку можливі переломи кістки, значні профузні кровотечі.

Нейрофіброматоз (хвороба Реклінгхаузена). Це природжене системне утворення, що характеризується симптомокомплексом у вигляді деформації скелета, наявності на тілі плям кавового кольору і спотворювання обличчя. Останнє обумовлене розростанням периферичних нервових волокон і фіброзної тканини, що веде до надлишку шкіри і підшкірної клітковини, з втратою тургора і відвисанню їх. Часто спостерігається одностороннє ураження голови, обличчя і шиї, при цьому збільшується і зміщується вниз разом з усіма тканинами вушна раковина. При пальпації ураженої тканини відзначаються біль і наявність в глибині щільних тяжів, що нагадують вермішель.

Лікування полягає в поетапному висіченні уражених тканин. Проводять його з метою усунення спотворювання обличчя.

Епідермальна кіста. Ця кіста відноситься до групи кератинових кіст. Раніше вона описувалася під назвою атероми. Епідермальна кіста найчастіше локалізується на шкірі обличчя, шиї, волосистій частині голови. Буває одиничною або множинною, нерідко виникненню передують аспе vulgaris. Утворення кісти пов'язано із закупоркою вивідних отворів фолікулів сальної залози. Вона поволі збільшується унаслідок накопичення кератину, який продукує оболонка.

Клінічно кіста виявляється у вигляді обмеженої округло-овального утворення. Розташовується під епідермісом і тісно з ним спаяна у області вивідної протоки сальної залози. Шкіра над кістою іноді стає синюшного відтінку і розтягується при великих її розмірах. Пальпаторно кіста еластичної консистенції, безболісна. Вміст її представляє характерну кашкоподібну масу білого кольору. Кіста часто нагноювалася, при цьому з'являється біль, вона збільшується, навколишні тканини набряклі і гіперемовані.

Мікроскопічно епідермальна кіста вислана багат шаровим плоским епітелієм і заповнена шарами кератину.

Лікування. Кісту видаляють з капсулою, при цьому необхідно висікати двома напівовальними розрізами, що сходяться між собою, ділянку шкіри, зпаяну з кістою.

Дермоїдна кіста. Утворюється в результаті вади розвитку і формування обличчя в місцях зрощення у ембріона лобового, верхньощелепних і нижньощелепних горбів. Звичайно розташовується в області підпідборіддя, на дні порожнини рота, біля кореня і крил носа, внутрішнього і зовнішнього країв очної ямки, частіше зустрічається у молодих осіб.

Дермоїдна кіста є порожнинним утворенням з товстою шкірястою оболонкою, заповненою кашкоподібною масою брудно-білого кольору знеприємним запахом. Вміст кісти складається із злушеного епідермісу, продуктів виділення сальних, потових залоз і волосяних фолікул, іноді з наявністю волосся.

При огляді відмічається пухлиноподібне утворення округлої форми з чіткими межами безболісне, не зпаяне з шкірою або слизистою оболонкою. Розташовується на дні порожнини рота, воно визначається строго по середній лінії над щелепно-під'язиковим м'язом і просвічує жовтуватим кольором. Кіста великого розміру відтісняє догори язик, стають утрудненими мова і прийом їжі.

Гістологічно оболонка кісти містить елементи шкіри, включаючи епідермальне вистилання, волосяні фолікули і сальні, потові залози.

Лікування полягає у видаленні кісти з капсулою. При розташуванні кісти над щелепно-під'язиковим м'язом проводять операцію внутрішньоротовим підходом. Кісту в області підпідборіддя видаляють через зовнішній розріз.

кісти і свищі обличчя і шиї. Серед них розрізняють бранхіальні (від грец. Brancha — зябра) і тіреоглосальні кісти і свищі. Виникнення бранхіальної кісти і свища пов'язано з аномалією розвитку 1-ої і 2-ої зябрових щілин і дуг. Тіреоглосальна кіста і свищ утворюються унаслідок неповної редукції у ембріона щитовидно-язичної протоки кісти і свищі зустрічаються порівняно рідко і, за нашими даними, складають близько 5% всіх новоутворень щелепно-лицевої ділянки. Аномалія зябрових щілин спостерігається частіше тіреоглосальної аномалії (відповідно 61 і 39% випадків).

В кісти і свищі зустрічаються в основному у дітей і осіб молодого віку. Клінічний перебіг бранхіальних і тіреоглосальних кіст і свищів схожий, протевони мають свої характерні особливості, обумовлені локалізацією.

Кіста збільшується, протягом декількох років. Визначається у вигляді безболісного обмеженого утворення округлої або овальної форми, еластичної консистенції, не зпаяного шкірою. Кісту виявляють випадково або при виникненні запалення. У разі приєднання специфічної мікрофлори (мікобактерії туберкульозу, актиноміцети) діагностика затруднена.

Бранхіальні кісти і свищі. При патології 1-ої зябрової щілини виникають кіста або свищ привушної області, пов'язані із зовнішнім слуховим проходом і вушною раковиною. Аномалія розвитку 2-ої зябрової щілини веде до формування бічної кісти або свища шиї. Бранхіальні кісти і свищі привушної ділянки зустрічаються значно рідше за бічні кісти і свищі шиї (відповідно в 11 і 89% випадків).

Бронхіальний свищ з вивідним отвором, розташованим на шкірі попереду основи завитка вушної раковини, називають попередушним. Часто він буває двостороннім, відмічається роль спадкового чинника в його походженні.

Бічна кіста і свищ шиї. Кіста є порожниною з рідким вмістом і порівняно тонкою оболонкою. Вона має типову локалізацію, розташовується в середній третині шиї попереду кивального м'яза, на судинно-нервовому пучку, безпосередньо примикаючи до внутрішньої яремної вени, з шкірою не спаяна. Особливо добре контурується при повороті голови хворого в протилежну сторону. Вміст кісти є каламутною рідиною жовтуватого кольору при цитологічному дослідженні якої визначається

оксифільна дрібнозерниста маса з елементами багатошарового плоского епітелію і значною кількістю лімфоцитів.

Мікроскопічно стінка кісти вислана багатошаровим плоским епітелієм.

Діагностика бічної кісти ґрунтується на анамнестичних і клінічних даних. Отримання при пункції великої кількості характерного вмісту (5—30 мл і більш) і дані цитологічного дослідження дозволяють підтвердити діагноз бічної кісти

Бічний свищ шиї буває одностороннім і рідко двостороннім. Виявляється в одних випадках при народженні дитини, в інших випадках є результатом розтину нагниваючої бічної кісти шиї. Зовнішнє гирло свища розташовується на шкірі бічної поверхні шиї відповідно переднього краю кивального м'яза.

Клінічно зовнішнє гирло свища може бути точковим або розширеним з вибухаючою грануляцією, іноді покритим мокнучими. Визначається гіперпігментація і мацерація шкіри навколо свища, з якого постійно виділяється в незначній кількості жовтувата тягуча рідина. У разі повного бічного свища хворі часто указують в анамнезі на рецидивуючу односторонню ангіну, при огляді визначають збільшення мигдалини відповідної сторони.

Бічний свищ шиї потрібно диференціювати від серединного тіреоглосального свища, зовнішнє гирло якого іноді зміщено убік від середньої лінії, і специфічного запального процесу.

Мікроскопічна картина вистилання свища відповідає будові стінки бічної кісти шиї.

Тіреоглосальна кіста і свищ мають типову локалізацію по середній лінії шиї, у зв'язку з чим їх називають також серединними.

Тіреоглосальна кіста розташовується по середній лінії шиї в під- або надпід'язиковій області і в корені язика. При локалізації на шиї визначається обмежена рухливість кісти і спаяність її з тілом під'язикової кістки, яка чітко виявляється при ковтанні. При кісті кореня язика останній підведений, відмічається порушення мови і утруднення ковтання.

Вміст тіреоглосальної кісти представляє каламутн жовтувату тягучу рідину. Цитологічним дослідженням встановлено наявність клітин багатошарового плоского епітелію і лімфоїдних елементів. Епітелій оболонки кісти, як і вистилання серединного свища, має ендодермальне походження.

Тіреоглосальний свищ виникає, як правило, після мимовільного або оперативного розтину серединної кісти шиї. Зовнішнє гирло свища розташовується на шкірі по середній лінії шиї, переважно між під'язиковою кісткою і щитовидним хрящем. При повному свищі внутрішнє гирло розташовується у області foramen coecum.

Тіреоглосальний свищ проходить по середній лінії шиї, пробиває тіло під'язикової кістки і під кутом 40—45° прямує до сліпого отвору язика. Пальпаторно свищевий хід, так само як і серединна кіста шиї, завжди пов'язаний з тілом під'язикової кістки. Визначають це таким чином. Утримуючи пальцями свищ або кісту, просять хворого проковтнути слину, при цьому зсув разом з під'язиковою кісткою фіксованих утворень говорить про наявність тіреоглосального свища або кісти.

Диференціальну діагностику серединної кісти і свища проводять із специфічним запальним процесом, лімфаденітом, дермоїдною кістою, із струмою язика або аденомою дистопованої щитовидної залози.

Лікування. Хірургічним шляхом.

4.ПЛАН І ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА НАВЧАЛЬНОГО ЗАНЯТТЯ З ДИСЦИПЛІНИ.

№ з/п	Етапи заняття	Розподіл часу	Види контролю	Засоби навчання
1.	Підготовчий етап	15 хв.	Усне опитування за переліком питань. Письмове тестування.	Комп'ютер (ноутбук). Мультимедійні методичні розробки. Анатомічні муляжі. Відео- та фотоматеріали. Електронні довідники. Рентгенограми, ортопантомограми, томограми. Набір інструментарію. Результати лабораторних, цитологічних та гістологічних досліджень.
1.1	Організаційні питання			
1.2	Формування мотивації			
1.3	Контроль початкового рівня підготовки (стандартизовані засоби контролю)			
2.	Основний етап (вказати всі види робіт, які виконують студенти під час цього етапу).	60 хв.	Практичний тренінг. Вирішення клінічних задач. Створення алгоритмів лікарських дій, професійний тренінг.	
3.	Заключний етап		Тестування.	

3.1	Контроль кінцевого рівня підготовки	15 хв.	Практичні завдання. Ситуаційні та нетипові задачі. Усне опитування.	
3.2	Загальна оцінка навчальної діяльності студента			
3.3	Інформування студентів про тему наступного заняття			

4.5. Види самостійної роботи студентів.

1. Вивчити такі питання ($\alpha=I$):

- 1.1. Що таке доброякісні пухлини?
- 1.2. Що таке пухлиноподібні новоутворення?
- 1.3. Перелічити фактори, які сприяють виникненню доброякісних пухлин та пухлиноподібних новоутворень м'яких тканин ЩЛД.
- 1.4. Навести класифікацію доброякісних пухлин та пухлиноподібних новоутворень м'яких тканин ЩЛД.
- 1.5. Описати клінічну картину доброякісних пухлин та пухлиноподібних новоутворень м'яких тканин ЩЛД.
- 1.6. Гістологічні особливості, етіологія при доброякісних пухлинах та пухлиноподібних новоутворень м'яких тканин ЩЛД.
- 1.7. Методи діагностики, додаткові методи дослідження при підозрі на доброякісні пухлини та пухлиноподібні новоутворення м'яких тканин ЩЛД.
- 1.8. Диференційна діагностика доброякісних пухлин та пухлиноподібних новоутворень м'яких тканин ЩЛД.
- 1.9. Профілактика виникнення доброякісних пухлин та пухлиноподібних новоутворень м'яких тканин ЩЛД.
- 1.10. Методи лікування доброякісних пухлин та пухлиноподібних новоутворень м'яких тканин ЩЛД.

2. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю ($\alpha=II$):

2.1. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю ($\alpha=II$):

2.1. Атерома – це:

- A. Пухлина жирової тканини.
- B. Епітеліальна пухлина.
- C. Пухлина з м'язової тканини.
- D. Ретенційна кіста сальної залози.
- E. Пухлина шкіри.

(Правильна відповідь: D).

2.2. Фіброма – це:

- A. Пухлина жирової тканини.
- B. Епітеліальна пухлина.
- C. Пухлина з м'язової тканини.
- D. Ретенційна кіста сальної залози.
- E. Пухлина зі сполучної тканини.

(Правильна відповідь: E).

2.3. Яка пухлина не відноситься до фібром:

- A. Тверда фіброма.
- B. М'яка фіброма.
- C. Десмоїд.
- D. Гістіоцитома.
- E. Атерома.

(Правильна відповідь: E).

Тестові завдання з множинним вибором:

3.1. Яка клінічна ознака притаманна фібромі?

- A. Ворсинчаста поверхня.
- B. Нерухомість.
- C. Безболісність.
- D. Швидкий ріст.
- E. Колір оточуючих тканин.

(Правильна відповідь: С, Е).

3.2. Яка клінічна ознака не притаманна фібромі?

- А. Блюдцеподібна форма.
- В. Широка основа.
- С. Безболісність.
- Д. Гладка поверхня.
- Е. Нечіткі межі.

(Правильна відповідь: В,С,Д).

3.3 Яка клінічна ознака притаманна ліпомі?

- А. Тістувата консистенція.
- В. Дольчаста поверхня.
- С. Нерухомість.
- Д. Болісність.
- Е. Швидкий ріст.

(Правильна відповідь: А, В).

4. Задачі для самоконтролю:

4.1. . Хворий 17 років, скаржиться на наявність пухлини на нижній губі. З анамнезу з'ясовано, що пухлина була виявлена відразу після народження, росла повільно, але за останній рік різко збільшилася в розмірі. При огляді на нижній губі є пухлина червоного кольору, м'яка, при натисненні пустіє і блідне.

Який попередній діагноз?

(Відповідь: гемангіома нижньої губи)

4.2. У хворого під незміненою шкірою лоба визначається рухоме утворення кулеподібної форми 2х2 см, еластичної консистенції, з гладкою поверхнею, безболісне. При спробі зібрати шкіру над утворенням у складку, шкіра набуває вигляд «лимонної корки». Зі слів хворого, утворення з'явилося кілька років тому у вигляді маленької кульки під шкірою.

Який діагноз має місце у даному випадку?

(Відповідь: атерома)

4.3. . До лікаря звернувся пацієнт зі скаргами на наявність новоутворення під нижньої щелепою, що існує на протязі кількох років, повільно збільшуючись. Об'єктивно: в підщелепній ділянці зліва визначається новоутворення у вигляді вузла розміром 3 – 5 см, з чіткими межами, безболісне, тістуватої консистенції, помірно рухоме, вкрите незміненою шкірою. Поверхня новоутворення при пальпації дольчаста.

З яким захворюванням звернувся хворий?

(Вірна відповідь: ліпома)

4.6. Перелік індивідуальних завдань.

.Оволодіти методикою забору матеріалу для цитологічного дослідження:

- методом відбитку;
- методом соскобу;
- методом мазку.

2. Оволодіти методикою діагностичної пункції.

3. Оволодіти методикою приготування мазку на предметному склі.

4.8. Перелік теоретичних питань до підсумкового модульного контролю.

1. Перелічити фактори, які сприяють виникненню міоми та ліпоми.
2. Описати клінічну картину фіброми
3. Описати клінічну картину папіломи.
4. Описати клінічну картину гемангіоми
5. Описати клінічну картину ліпоми.
6. Методи діагностики та додаткові методи дослідження хворих.
7. Диференційна діагностика пухлин м'язової та жирової тканини.
8. Профілактика виникнення пухлин м'язової та жирової тканини.
9. Диференційна діагностика пухлин м'язової та жирової тканини.
10. Клінічні прояви злоякісного переродження пухлин м'язової та жирової тканини.

4.9. Перелік практичних завдань та робіт до підсумкового модульного контролю.

1. Провести пальпацію пухлини щелепно-лицевої ділянки.
2. Провести діагностичну пункцію.

6. ЛІТЕРАТУРА:

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2т. – Т.2/В.О.Маланчук, І.П.Логвіненко, Т.О.Маланчук, О.Л.Ціленко – К.: ЛОГОС, 2011. – С. 3-4, 9-12.
2. Рузин Г.П. Краткий курс лекций по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Геннадий Петрович Рузин – Киев: «Книга плюс», 2006 – С. 100 - 122.
3. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия: Руководство для врачей / Под ред. проф. В.Н.Балина и проф. Н.М.Александрова. 4-е изд., доп. и испр. – СПб.: СпецЛит, 2005. – С. 42-52.
4. Щелепно-лицева хірургія: підручник / О.О.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.

№ 15. Доброякісні одонтогенні пухлини щелеп (амелобластома (адамантинома), одонтома, цементома). Доброякісні неодонтогенні пухлини щелеп (остеобластома, остеокластома, остеома, остеїд-остеома, хондрома, гемангіома, фіброма, епулід): класифікація, гістологічна будова, клініка, диференційна діагностика, принципи і методи лікування, профілактика ускладнень.

1. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 3.1. Аналізувати результати клінічних обстежень хворих з доброякісними одонтогенними та неодонтогенними пухлинами щелеп. Пояснювати результати додаткових досліджень.
- 3.2. Запропонувати плани лікування хворих з доброякісними одонтогенними та неодонтогенними пухлинами щелеп.
- 3.3. Класифікувати доброякісні одонтогенні та неодонтогенні пухлини щелеп. Трактувати етіологію та клінічні прояви доброякісних одонтогенних та неодонтогенних пухлин щелеп Проаналізувати основні принципи діагностики та лікування цих хвороб.
- 3.4. Скласти план діагностики та диференційної діагностики, доброякісних одонтогенних та неодонтогенних пухлин щелеп. Провести курацію хворого, встановити діагноз, провести диференційну діагностику, скласти план обстеження та лікування хворого з доброякісними одонтогенними та неодонтогенними пухлинами щелеп.

19. БАЗОВИЙ РІВЕНЬ ПІДГОТОВКИ.

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Топографічна анатомія.	Визначити топографо-анатомічну ділянку розташування дефекту.
2. Гістологія.	Знати гістологічну побудову шкіри та слизової оболонки порожнини рота.
3. Пропедевтика хірургічної стоматології.	Вміти провести курацію хворого з одонтогенними та неодонтогенними пухлинами щелеп.
4. Загальна хірургія.	Вміти здійснити інфільтраційну анестезію шкіри, підготовку операційного поля.

3. ОРГАНІЗАЦІЯ ЗМІСТУ НАВЧАЛЬНОГО МАТЕРІАЛУ.

Адамантинома (амелобластома) – одонтогенна епітеліальна пухлина, гістологічно структура її паренхіми має схожість з будовою тканини емалевого органа зубного зародка, в зв'язку з цим назва пухлини походить від слова “емаль”

Патогенез адамантиноми пов'язаний з походженням епітеліальних клітин, з яких росте адамантинома. Абрикосов та інш. – з епітелію емалевого органу зубного зародка; Петрова – що епітелій виникає шляхом метаплазії зі сполучної тканини; Malasse, Астахов – із залишків епітелію (островками) в періодонті і кістці щелеп; Лукомський, Козирева – що адамантинома виникає за рахунок розростання і погруження в кістку епітелію порожнини рота чи гайморової пазухи.

Адамантинома клінічно проявляється поступово, розвивається повільно і неболюча. Часто вперше виявляється при рентгенологічному дослідженні.

Уражена пухлиною щелепова кістка поступово потовщується, з'являється деформація обличчя. Поверхня потовщеної кістки гладка, але може бути і не рівною. Шкірні покриви залишаються не змінені. Зі сторони порожнини рота визначаються потовщення і деформація альвеолярного паростка, при значному стоншенні кістки, при пальпації визначаються вздуття і вікончаті деформації кістки. Зуби в ділянці пухлини зміщені, злегка рухомі, при перкусії не болючі. Нерідко у порожнині рота з'являються нориці із серозно гнійними виділеннями. Симптоми, пов'язані із зміщенням і здавленням сусідніх органів, проявляються у пізніх стадіях хвороби. Значне стоншення кістки веде до

спонтанних переломів і профузних кровотеч. Регіонарні лімфовузли збільшуються при при'єднанні запалення.

Діагностика, дещо утруднена на ранніх стадіях хвороби. В деяких випадках, коли амелобластома ускладнюється запальним процесом, місцеві ознаки захворювання можуть нагадувати гострий остеомієліт нижньої щелепи або флегмону. Шляхом пальпації можна визначити ступень зміни форми нижньої щелепи в результаті росту амелобластоми. При цьому вдається виявити пухлиноподібне ущільнення нижньої щелепи, яке залежить від локалізації і розповсюдження пухлини (тіло, кут, гілка щелепи).

Контури зміненої ділянки нижньої щелепи зазвичай добре виражені, особливо, коли пухлина має досить велику бугоркову поверхню і щільну консистенцію. Підщелепні регіонарні лімфатичні вузли при амелобластомах не збільшуються. При огляді порожнини рота проявляються зміни на стороні ураження нижньої щелепи у вигляді ущільнення (вип'ячування) альвеолярного відростка у вестибулярному напрямку. Інколи відмічається набряк м'яких тканин ретромолярної ділянки, зміщення і рухомість зубів. В цих випадках зовнішня кортикальна пластинка альвеолярного відростка і верхня частина тіла нижньої щелепи значно потоншується і при натисканні пальцем легко прогинається і пружинить.

Вище сказане дозволяє виділити клінічний синдром "плюс-ткань". Під цим синдромом слід розуміти ті зміни, які виникають в анатомічній зоні щелепно-лицевої ділянки, і їх можна візуально виявити без додаткових технічних засобів.

Важливою ланкою у постановці діагнозу амелобластоми є рентгенографія нижньої щелепи і цитологічне дослідження вмісту пухлини з наступним підтвердженням гістоструктури тканин видаленого новоутворення оперативними шляхом.

Рентгенографію нижньої щелепи необхідно проводити в наступних проекціях:

Оглядова рентгенографія нижньої щелепи (панорамний знімок або потилично-лобній проекції); рентгенографія в боковій проекції нижньої щелепи; аксіальна (осьова) рентгенографія нижньої щелепи; рентгенографія альвеолярного відростка "в прикус" за показаннями

При оглядовій рентгенографії визначається ступінь і розміри ураженої щелепи патологічним процесом; стан нижньої щелепи, її краю і латеральної поверхні кута, гілки і її тіла.

За рентгенограмами в боковій проекції вивчається структура вогнища, ураженого пухлиною, стан альвеолярного відростка і нижнього краю щелепи, а також характер границь в передньо-задньому і вертикальному напрямках.

Позаротова рентгенограма нижньої щелепи в аксіальній проекції є оглядовою, і по ній можна судити про розповсюдження і стан стінок пухлини в латерально-медіальному напрямку.

Аксіальний внутріротовий знімок "в прикус" дає уяву про стан кортикальної пластинки нижньої щелепи з язичної і вестибулярної сторони.

Встановлено, що рентгенологічно амелобластома характеризується ознаками, деструкції, яке поєднане з "вздуттям" щелепової кістки з чітким обмеженням ураженої ділянки і своєрідною структурою, яка залежить від патоморфологічної будови амелобластоми.

При щільній амелобластомі на рентгенограмах спостерігаються дрібні кістоподібні ураження, чітко окреслені, розділені грубими кістковими перекладами.

При кістозних формах амелобластоми ділянки ураження є або деструктивними, або поділеними кістковими перегородками, а межі пухлини можуть мати фістончасті краї, інколи ущільнені і склерозовані, з бухтоподібним вип'ячуванням.

Рентгенологічно розміри вогнищ деструкції кісткової тканини нижньої щелепи можуть коливатися від 7x5x3 см до 4x3x2 см. В деяких випадках амелобластома розповсюджується від кута на всю гілку і на більшу частину тіла нижньої щелепи.

Форма пухлини (амелобластоми) на рентгенограмах повторює контури нижньої щелепи. При цьому, наряду з "вздуттям" спостерігається значне стоншення її стінок в центральній частині пухлини а по краю відмічається ущільнення її стінок в вигляді чіткого ободка склерозу кістки, що можна пояснити нашаровуванням пошкоджених кісткових трабекул, віддалених експансивним ростом новоутвору до стінок щелепи.

Одонтоми частіше зустрічаються в осіб молодого віку. Переважно виникає на нижній щелепі в ділянці молярів. Частіше спостерігається у жінок.

Клініка одонтоми ростуть досить поволі, неволючі. Сформувавшись у визначеному віці їх ріст найчастіше зупиняється і вони не збільшуються в розмірах. В тому місці, де знаходиться пухлина, постійний зуб може бути відсутній. Якщо одонтома розміщена на місці проходження нерва, то її ріст супроводжується болючістю, що інколи симулює неврологічну симптоматику. Збільшуючись в

розмірах, пухлина може проростати в кістку. При травмуванні одонтоми зубами – антогоністами виникає її інфікування і нагноєння з появою відповідної клінічної симптоматики.

Діагностика одонтоми є рентгенографія. Рентгенографічно слинні камені в підщелеповій залозі можуть симулювати одонтому нижньої щелепи. Для уточнення діагнозу необхідно провести рентгенографію м'яких тканин дна порожнини рота і при калькульозному субмаксиліті визначаємо більш точну локалізацію слинного каменя. Остеома по рентгенщільності може наближатися до одонтоми, але на відміну від останньої остеома менш щільна, більш гомогенна і в ній завжди відсутня смужка просвітлення по периферії пухлини (немає капсули)

Лікування заключається у видаленні одонтоми разом з капсулою. Залишена капсула може служити основою для подальшого росту пухлини. Під час видалення одонтоми великих розмірів може виникнути перелом н/щ. Для заповнення значного післяопераційного дефекту можна використовувати біоінертну або біоактивну кераміку, що значно стимулює регенераторні процеси в кістковій тканині. Одонтоми є м'яка і тверда.

М'яка (одонтома) – зустрічається рідко, являє собою щільноеластичне утворення, на розрізі світло-сіра, з окремими більш світлими ділянками. Росте повільно, поступово викликаючи вздуття щелепової кістки. Частіше спостерігається у молодих людей в період формування постійних зубів. Росте експансивно, але деколи має інфільтративний ріст, дає рецидиви після неадекватних операцій. Можливі випадки переродження в саркому. Рентгенологічно подібна до адамантиноми. В пухлині можуть бути постійні зуби або їх зародки. Нерідко порушується кортикальний шар кістки.

Тверда одонтома – складається із твердих тканин зуба, пульпи, періодонту, має дуже різноманітну будову. Їй властиве невпорядковане розміщення тканини зуба (емаль, зверху дентина і зверху пульпи). Пухлина тверда, округла або неправильної форми, покрита капсулою із грубоволокнистою тканиною. Є прості (із тканини 1 – го зубного зачатка), складні (включають тканини кількох зубів, деколи – сформовані зуби) і кістозні тверді одонтоми. Протікає безсимптомно, виявляється на рентгенограмі або при "прорізуванні" пухлини, коли слизова альвеолярного паростка під тиском пухлини звирає, і на поверхні з'являється тверде кісткоподібне утворення, яке приймають за ретенований зуб. Можливе утворення нориць із незначними гнійними виділеннями. Тверда одонтома, досягнувши визначених розмірів, перестає рости, а в її ділянці завжди відсутні 1 або кілька зубів.

На рентгенограмі пухлина дає округлу тінь такої ж інтенсивності, як тканини зуба. Навколо пухлини видна капсула із вузької смужки, за якою йде зона склерозу кістки. Лікування: вишукування з капсулою. Невеликі одонтоми без ускладнень можна не оперувати. Прогноз сприятливий

Цементома — пухлина, що являє собою щось середнє між цемента дисплазією та справжньою пухлиною. Деякі автори відносять до групи одонтом. Сполучнотканинна пухлина, побудована із тканини, подібної до цементу зуба. Частіше розвивається на нижній щелепі біля коренів зубів, або одного зуба.

Пухлина обмежена капсулою. Розвивається повільно, в клініці немає певних ознак. З ростом пухлини деформується щелепа, з'являються болі в зубах при жуванні і пальпації. Навколо пухлини може розвиватись запальний

процес. На рентген знімку визначається овальна чи неправильної форми однорідна щільна тінь навколо чи на деякій відстані від кореня зуба

Рентгенологічна картина подібна до фіброзної дисплазії. Цементома складається з одної чи кількох кістозних порожнин, заповнених малоінтенсивною тканиною із вкрапленнями вапна, між якими смужки незміненої кісткової тканини. Інший тип рентгенологічних проявів чередування зон плямистого розрідження та незміненої чи ущільненої кісткової тканини з хаотичним вкрапленням звапнень.

Остеобластокластома - доброякісна пухлина, що пошкоджує різноманітні кістки скелета. Термін «гігантоклітинна пухлина» запропонував Бледгуд (1912), Стоарт (1922) назвав її «остеокластомаю», А.В.Русаков (1924) – «остеобластокластомаю» у відповідності з клітинним складом, який її утворює. На сьогодні її вважають істинною пухлиною, яка, за даними клініки хірургічної стоматології ММСІ, складає 30% всіх кісткових новоутворень. Жінки хворіють у 2 рази частіше.

Початкова симптоматика непомітна, але з часом виникає набухання ділянки щелепи, рухомість зубів у межах пухлини, спостерігається асиметрія обличчя. Пухлина збільшується повільно, безболісно.

Рентгенологічно визначають три різновиди пухлини – коміркову, яка нагадує амелобластома, кістозну, літичну форму, притаманну дітям та людям молодого віку. Для останньої форми характерна безструктурна ділянка розрідження з руйнуванням кортикального прошарку щелепи. На рентгенограмі вона нагадує саркому.

Для морфологічної верифікації проводять пункцію новоутворення. Пунктат являє собою кров'янисто-буру рідину, в якій відсутній холестерин. Цитологічне дослідження виявляє для пухлини типову картину клітинного складу. В сумнівних випадках проводять біопсію.

Макроскопічно пухлина представлена м'якотканними новоутворенням з розгалуженою сіткою кровоносних судин, які кровоточать.

Лікування – видалення пухлини в межах здорових тканин. При наявності показань резекцію проводять одномоментно з кістковою пластикою.

Прогноз для життя обнадійливий.

Остеома – доброякісна пухлина з кісткової тканини. В залежності від структури, розрізняють губчасті та компактні остеоми. Вони можуть мати периферичне і центральне розташування. Периферичні (зовнішні) остеоми макроскопічно нагадують собою горбкуваті екзостози. Центральні або внутрішні остеоми розташовані в кістці щелеп. Остеоми щелеп порівняно докладно описані в літературі і являють собою найбільш вивчену групу первинних пухлин щелепних кісток. Частіше зустрічаються на язиковій поверхні нижньої щелепи та в навколоносових пазухах, а також в ділянці верхніх щелеп, лобній пазусі, гратчастому лабіринті, основній кістці.

Клініка остеом мало виражена. Порівняно з іншими пухлинами щелепних кісток остеоми ростуть повільно, протягом багатьох років, а то і десятиліть. Розвиваючись з кістки щелепи, остеоми викликають поступове потовщення відповідної ділянки, приводячи до деформації щелепи, естетичних та функціональних порушень. Не дивлячись на великі розміри пухлина не викликає хворобливих проявлень. Симптоматика визначається локалізацією, розмірами та напрямком росту пухлини. Так, остеоми верхньої щелепи, що ростуть у її порожнину, можуть викликати екзофтальм, невралгію I гілки трійчастого нерву, слъзотечу, діплопію, звуження поля зору, зниження гостроти зору, асиметрію обличчя. Можуть спостерігатися явища застою на дні ока у зв'язку з тиском на нерв. Рінологічні симптоми виникають внаслідок закриття вивідних отворів додаткових порожнин носа і накопичення в них секрету, що призведе до утворення мукоцеле.

Остеоми щелепних кісток можуть викликати також порушення жувальної функції, а у випадку росту пухлини в ніс – порушення дихання.

При рості в лобну пазуху виникає атрофія її перегородки, пухлина заповнює обидві пазухи і тільки тоді може викликати узуру однієї із стінок. Розташовуючись у гратчастому лабіринті, остеома проростає в орбіту.

Остеома лобної кістки та гратчастого лабіринту при проростанні в передню черепну ямку може перфоровати тверду мозкову оболонку. Виникають ускладнення у вигляді абсцесу головного мозку та менінгіту. Рентгенологічна картина остеом залежить від їх будови та локалізації. Розташовуючись зовні від кістки, остеоми на рентгенограмі мають вигляд кулеподібного кісткового утворення, обмеженого по периферії кортикальною пластинкою, що є продовженням кортикальної пластинки щелепи. Остеоми мають губчасту або компактну будову. Пухлина розташована на ніжці або на широкій основі. В навколоносових пазухах, зокрема у верхньощелепних, остеома являє собою кулястої форми щільне кісткове утворення на ніжці.

При діагнозі 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.

Гістологічне вивчення остеом показало, що кісткова речовина компактних остеом на має типових остеодних структур і містить у собі невелику кількість вузьких центральних кісткових каналців.

Губчаста остеома побудована із сітки, розташованих нерегулярно кісткових трабекул з різним ступенем зрілості. Між трабекулами спостерігається клітинно-волокниста тканина. За своєю будовою губчаста остеома відповідає губчастій кістці, але відрізняється від нею відсутністю регулярного розташування кісткових балок. Губчасті остеоми розташовуються в щелепах частіше ніж компактні.

Діагностика. Губчасті остеоми частіше всього необхідно диференціювати з фіброзною дисплазією, що іноді навіть при гістологічному дослідженні зробити важко. Останні відрізняються від остеом переважаною більшістю фіброзної остеогенної тканини і невеликою кількістю примітивних кісткових трабекул. Крім того, при диференційній діагностиці слід мати на увазі реактивні гіперостози непухлиного походження та осифікуючий міозит.

Прогноз при остеомах сприятливий, пухлина не набуває злоякісного характеру.

Лікування остеом тільки хірургічне. Оскільки остеоми мають дуже повільний, роками, доброякісний, безсимптомний перебіг, хворі не потребують спеціального лікування. Операція показана лише у тих випадках, коли виникають естетичні або функціональні порушення. Оперативне втручання включає висічення пухлин у межах здорової кістки.

Остеоїд-остеома.

Під час рентгенологічного дослідження хворих з невралгією трійчастого нерва та іншими больовими синдромами обличчя у кістці нижньої щелепи іноді, виявляються поодинокі осередки ущільнення кулястої форми діаметром не більше 1 см. Після видалення такого осередку болі зникають. На відміну від пухлини кісток остеоїд-остеома щелепних кісток спостерігаються, як правило, у людей більш зрілого віку.

Клінічна картина. Хворі скаржаться на біль. Але при ураженні щелеп цей симптом властивий не тільки остеоїд-остеоми. Скарги хворих з остеоїд-остеомою нижньої щелепи однотипні. При відсутності деформації болі мають локальний характер, ниючий, крутячий або колючий, то постійний, то приступоподібний з короткими ремісіями. Частіше болі найбільш інтенсивні вночі. Ці болі не виникають раптово, настає поступове нашарування різноманітних мало виражених відчуттів, які з часом переходять в чітко виражений больовий синдром. Нерідко болі посилюються під час їди, особливо при локалізації пухлини у кортикальному шарі альвеолярної частини нижньої щелепи. Механізм болі при остеоїд-остеоми пов'язують із склерозом навколишньої кісткової тканини, у ділянці пухлини. Інші автори вважають, що біль є результатом реактивного склерозу кістки та запальних змін окістя. При розташуванні остеоїд-остеоми в губчастім прошарку слизова оболонка альвеолярного відростку та навколишніх м'яких тканин нижньої щелепи не має зовнішніх змін. При локалізації у кортикальному прошарку альвеолярної частини та рівні розташування остеоїд-остеоми можна спостерігати незначне почервоніння слизової оболонки. При пальпації ділянки ураження визначається нерізно виражена припухлість.

Рентгенологічна картина остеоїд-остеоми нижньо-щелепної кістки характерна, особливо в пізніх стадіях хвороби. В нижній щелепі пухлина, як правило, розташовується в її бокових відділах, уражаючи кортикальний прошарок або губчасту речовину. На початкових стадіях хвороби остеоїд-остеома на рентгенограмах виявляється у вигляді нечіткого, неправильного, кулеподібної форми осередку деструкції діаметром 0,5 – 1 см в кістковій тканині альвеолярної частини або тіла нижньої щелепи. Навколо осередку деструкції навколишня кістка склерозована.

Мікроскопічна картина в різні періоди розвитку остеоїд-остеоми різна. На початку захворювання пухлина складається з мезенхімальної тканини, дуже багата клітинами та судинами і має остеопластичну функцію. Серед одноядерних клітин типу остеобластів, оточуючих остеоїдну речовину, іноді зустрічаються багатоядерні клітини типу остеокластів. Пізніше, по мірі розвитку хвороби, ділянка остеоїдної тканини, так зване "гніздо", обвапнюється і перетворюється в утворення, що складається з густо переплетених, грубих кісткових балок, а в кінцевих стадіях процесу має вигляд остеоми.

Лікування остеоїд-остеоми хірургічне. Виділяють гніздо пухлини із склеротичними ділянками навколишньої тканини. Можливі рецидиви.

Хондрома.

Це доброякісна пухлина, яка характеризується утворенням зрілого хряща. Локалізується найчастіше у передньому відділі верхніх щелеп у вигляді ізольованого солітарного вузла. Рідкісні випадки – утворення пухлини на нижній щелепі. Є два види хондроми: енхондрома – розташована центрально в глибині щелепи та екхондрома – периферично, періостально або юстакортикально, 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 проекціях визначають деформацію і збільшення голівки нижньої щелепи за рахунок пухлини кісткового характеру.

Диференціальну діагностику проводять з остеоартрозом, вивихом нижньої щелепи, іншими пухлинами суглобового відростка.

Лікування. Резекція частини голівки нижньої щелепи з новоутворенням.

Прогноз для життя сприятливий.

Фіброостеома (осифікуюча фіброма) – це доброякісна пухлина, зустрічається тільки в щелепних кістках. Клінічно та рентгенологічно вона схожа з фіброзною дисплазією. Відрізняється від неї тільки чіткими межами і наявністю капсули. Раніше вона розглядалась як осередкована форма фіброзної дисплазії. Фіброостеоми диференціюють від десмопластичної фіброми, амелобластичної фіброми, доброякісної цементобластоми.

Лікування - видалення пухлини з капсулою.

ОСНОВНІ ТИПИ ГЕМАНГІОМ

Капілярні	Гіллясті	Кавернозні	Змішані	Комбіновані
Локалізація: на слизовій оболонці порожнини рота, на шкірі обличчя.	У локалізується вкрай рідко.	ЩЛД Локалізація: м'які тканини обличчя, язик, слизова оболонка порожнини рота, шия, щелепи.	Посєднання капілярних, гіллястих кавернозних гемангіом.	Ангіофіброма, ангіоліпома, та нейроангіома, ангіоміома та ін.
Капілярні	Гіллясті	Кавернозні		
Клініка: плаский, плямистий, рожево-червона або синюшно-багрова ділянка тканин, позитивний симптом «надавлювання»	Складаються з артеріальних судин, пульсує, вислуховується систолічний шум (артеріовенозні анастомози), збільшення при нахилі голови вниз	Клініка: ознака «стискання» та «наливання» може мати капсулу, наявність флеболітів		

Диференційна діагностика:

аневризми, лімфангіома, невус, меланома, лімфосаркома

Методи лікування:

Диспансерне спостереження, оперативне, емболізація, електрокоагуляція, кріодеструкція, променева терапія, склерозуюча терапія, системна терапія гормональними препаратами та ін.

Гемангіоми та гемангіоендотеліома належать до неостеогенних пухлин щелеп.

Ізольовані гемангіоми щелеп зустрічаються порівняно рідко. Частіше має місце посєднання гемангіоми м'яких тканин обличчя або порожнини рота з гемангіомою щелепи. У таких випадках слизова оболонка ясен та піднебіння буває ядро-червоного або синьо-багрового кольору, що полегшує встановлення діагнозу.

Значно складніше встановити діагноз гемангіоми щелепи у тих випадках, коли оточуючі м'які тканини не втягнуті в ураження. Такі ізольовані гемангіоми щелеп можуть проявлятися підвищеною «безпричинною» кровоточивістю ясен; при лікуванні пульпітів та періодонтитів виникає упорна кровоточивість з кореневих каналів. Серйозним ускладненням є значна артеріальна кровотеча з

гемангіоми щелепи у тому випадку, коли встановлений неправильний діагноз (остеобластокластома, остеодисплазія, остеофіброма та ін.) та проводиться біопсія або видалення розташованого в зоні гемангіоми значно рухомого зуба. Така раптово виникаюча кровотеча може виявитися смертельною, особливо у випадку виникнення її в умовах поліклініки, на прийомі у недосвідченого лікаря. Однак найчастіше хворі з гемангіомою щелепи звертаються в клініку з приводу підвищеної кровоточивості з ясен або з каналу зуба.

Клініка

Клініка залежить від локалізації, ступеню розповсюдженості пухлини та її гістологічної будови. Гемангіома щелепи може бути обмеженою та розповсюдженою, капілярною та кавернозною. Розповсюджуючись на кортикальну частину щелепи, вона може обумовити симптом флюктуації, потоншивши або повністю зруйнувавши на певній ділянці спонгіозну та кортикальну тканину щелепи. При цьому можливе руйнування альвеолярного відростку та пов'язане з цим прогресивне посилення симптому рухливості зубів, здуття кістки, у зв'язку з чим хворий може звернутися до лікаря з проханням видалити зуб або навіть групу зубів.

Проростаючи з окістя в слизову оболонку ясен, гемангіома щелепи стає помітною по своїй синюшній забарвленості; зуби при цьому ледь тримаються у м'яких тканинах. У таких випадках хворі звертаються до лікаря з приводу упорних кровотеч з ясен, які неодноразово повторюються, з порожнини зруйнованого зуба або з носа. Значної асиметрії обличчя при гемангіомі зазвичай не виявляється, тому надмірного руйнування щелепи не відбувається.

На рентгенограмі гемангіома щелепи проявляється здуттям кістки, дрібно- або середино-ніздрюватий рисунок, інколи мають місце періостальні нашарування.

Патологічна анатомія. Внутрішньокісткові гемангіоми щелеп бувають, як правило, кавернозними, гіллястими або поєднуються з капілярними. Рідше вони являють собою сплетення гіллястих аневризм або сплетення розширених крупних судин. В ще більш рідких випадках гістологічна картина являє собою переважно капілярну форму гемангіоми.

Діагноз

Діагностика гемангіом щелеп складна, особливо тоді, коли відсутні скарги на кровоточивість ясен і пухлина не наблизилась до слизової оболонки ясен. У таких випадках необхідно диференціювати гемангіому від остеобластокластоми, адамантиноми, міксому. Пункція гемангіоми майже завжди є достатнім орієнтиром. Однак відсутність крові в шприці ще не дає повного підґрунтя виключити діагноз гемангіоми. Тому у такому випадку слід повторити пункцію з іншого полюсу пухлини, а отриманий пунктат при першій пункції піддати цитологічному дослідженню.

Великою допомогою у сумнівних випадках є біопсія. Однак, вирішивши взяти кусочок підозрілої гемангіоми, хірург має бути готовим до того, що під час біопсії можлива сильна кровотеча, яку необхідно буде терміново зупинити та провести поповнення крововтрати.

Бажано до хірургічного втручання провести ангіографію лицевого скелета, завдяки якій можна встановити джерело гемангіоми, а також обширність її розповсюдження до основи черепа (при локалізації на верхній щелепі). Ангіографію повинен проводити спеціально підготований лікар-рентгенолог. Отже, слід підкреслити, що кожний хворий з гемангіомою обличчя має бути ретельно обстежений для виявлення в нього гемангіоми щелепи. Раннє виявлення її сприяє ранньому застосуванню консервативних способів лікування.

Лікування

Невеликі кісткові гемангіоми можна ліквідувати повторними ін'єкціями в пухлину 1-2 мл 95% етилового спирту або 2% розчину саліцилової кислоти на 80% спирті, розчину хініну гідрохлориду з уретаном та ін. Останній розчин виписують за прописью: уретану – 6,5, хініну гідрохлориду – 12,5, дистильованої води – 100мл. Кількість хінінуретанового розчину, що одноразово вводиться від 3 до 5 мл. Вводять його з інтервалами в 3-5 днів до 12-20 разів (залежно від розмірів пухлини).

У наслідок введення склерозуючих розчинів відбувається згортання крові в порожнинах гемангіоми, фібротизація та запусіння їх.

Значні гемангіоми щелеп зазвичай підлягають хірургічному лікуванню. Якщо гемангіома локалізується на верхній щелепі, проводять її резекцію. При локалізації гемангіоми в товщі тіла нижньої щелепи можна провести (екстраоральний доступ) резекцію зовнішньої кортикальної пластинки щелепи, при цьому широко розкрити гемангіому, перев'язати судини, які приводять до неї кров, затампонувати дно кісткової рани клаптом жувального м'язу. Після цього зовнішню рану сполучити з порожниною рота (шляхом розрізу по перехідній складці), на зовнішню рану накласти пошарові шви, а з боку порожнини рота рану тампонувати йодоформною марлею на 7-10 днів. Ще до початку операції необхідно в гемостатичних цілях провести двобічну перев'язку зовнішніх сонних

артерій, а під час операції стежити за адекватним поповненням крововтрати. За наявності протипоказань до операції необхідно провести курс глибокої рентгенотерапії.

Прогноз сприятливий лише за умови раннього виявлення та лікування гемангіоми в щелепі. В протилежному випадку можливі переломи кістки, значні профузні кровотечі.

Фіброма – доброякісна пухлина, яка розвивається з волокнистої сполученої тканини. Може локалізуватись як на шкірі будь-якої ділянки голови та шиї, так і в порожнині рота на слизовій оболонці.

Розрізняють фіброму тверду (не містить жирової тканини) та м'яку (містить в собі елементи жирової тканини).

Фіброма шкіри уявляє собою безболісне утворення щільно-еластичної або м'якої консистенції, що розташоване в товщі шкіри або виступає над її поверхнею у вигляді півкулі. Вона обмежено рухома, має широку основу та колір нормальної шкіри (може бути рожевого або коричневого кольору). Поверхня фіброми буває гладкою (тверда фіброма) або у зморжках (м'яка фіброма).

М'яка фіброма, що має тонку ніжку та ковбасоподібну форму носить назву фібропапілома.

Фіброма може бути розташована і в товщі м'яких тканин у вигляді вузла з чіткими межами, що має капсулу.

Різновидом фіброми є гістіоцитома (дерматофіброма), яка містить в собі фібробласти, фіброцити та гістіоцити, а також десмоїдна фіброма (десмоїд). Обидві форми схильні до інфільтруючого росту.

В порожнині рота фіброма локалізується частіше на слизовій оболонці щік, альвеолярного відростка та язика. Зустрічається симетричне розташування фіброми у вигляді веретеноподібних утворень з язикового або піднебінного боку альвеолярного відростка – так звана симетрична фіброма.

Епулід – пухлиноподібне утворення ясен, розташоване в ділянці шийки зуба, безболісне, має широку основу та грибоподібну форму. Своєю основою може входити між зубами, розповсюджуючись на язикову поверхню альвеолярного відростка. Клінічно розрізняють фіброзну і ангіоматозну форми епуліду. Фіброзний епулід має гладку поверхню, щільну або щільно-еластичну консистенцію, блідо-рожевий колір, безболісний, не кровоточить. Ангіоматозний епулід м'який, червоного кольору, легко кровоточить. Лікування фібром полягає в висіченні їх в межах незмінених тканин.

Лікування епуліду хірургічне – висічення в межах здорових тканин.

11. ПЛАН І ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА НАВЧАЛЬНОГО ЗАНЯТТЯ З ДИСЦИПЛІНИ.

№ з/п	Етапи заняття	Розподіл часу	Види контролю	Засоби навчання
1.	Підготовчий етап	15 хв.	Усне опитування за переліком питань. Письмове тестування.	Комп'ютер (ноутбук). Мультимедійні методичні розробки. Анатомічні муляжі. Відео- та фотоматеріали. Електронні довідники. Рентгенограми, ортопантомограми, томограми. Набір інструментарію. Результати лабораторних, цитологічних та гістологічних досліджень.
1.1	Організаційні питання			
1.2	Формування мотивації			
1.3	Контроль початкового рівня підготовки (стандартизовані засоби контролю)			
2.	Основний етап (вказати всі види робіт, які виконують студенти під час цього етапу).	60 хв.	Практичний тренінг. Вирішення клінічних задач. Створення алгоритмів лікарських дій, професійний тренінг.	
3.	Заключний етап	15 хв.	Тестування. Практичні завдання. Ситуаційні та нетипові задачі. Усне опитування.	
3.1	Контроль кінцевого рівня підготовки			
3.2	Загальна оцінка навчальної діяльності студента			
3.3	Інформування студентів про тему наступного заняття			

4.5. Види самостійної роботи студентів.

1. Вивчити такі питання ($\alpha=1$):

- 1.11. Що таке доброякісні пухлини?
- 1.12. Що таке пухлиноподібні новоутворення?

1.13. Перелічити фактори, які сприяють виникненню доброякісних одонтогенних та неодонтогенних пухлин щелеп. Навести класифікацію доброякісних одонтогенних та неодонтогенних пухлин щелеп.

1.14. Описати клінічну картину доброякісних доброякісними одонтогенних та неодонтогенних пухлин щелеп Гістологічні особливості, етіологія при доброякісних одонтогенних та неодонтогенних пухлинах щелеп. Методи діагностики, додаткові методи дослідження при підозрі на доброякісні одонтогенні та неодонтогенні пухлини щелеп.

1.15. Диференційна діагностика доброякісних одонтогенних та неодонтогенних пухлин щелеп Профілактика виникнення доброякісних одонтогенних та неодонтогенних пухлин щелеп. Методи лікування доброякісних одонтогенних та неодонтогенних пухлин щелеп.

2. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю ($\alpha = \Pi$):

2.1. При пункції остеобластокластоми отримують:

- A. Жовтувату рідину.
- B. Кров.
- C. Буру рідину.
- D. Прозору рідину.
- E. Гнійний ексудат.

(Правильна відповідь: C)

2.2. Які кістки лицевого скелету частіше вражає хондрома?

- A. Кістки носу.
- B. Нижню щелепу.
- C. Верхню щелепу.
- D. Лобні кістки.
- E. Виличні кістки.

(Правильна відповідь: C)

2.3. Де локалізується остеохондрома?

- A. Шийні хребці.
- B. Піднебінний шов.
- C. Голівка СНЩС.
- D. Носова перетинка.
- E. Орбіта.

(Правильна відповідь: C)

3. Тестові завдання з множинним вибором:

3.1. Назвіть характерні рентгенологічні форми остеобластокластоми.

- A. Коміркова.
- B. Змішана.
- C. Кістозна.
- D. Перехідна.
- E. Літична.

(Правильна відповідь: A, C, E)

3.2. Назвіть локалізацію остеом кісток обличчя.

- A. Нижня щелепа.
- B. Основна кістка.
- C. Лобна пазуха.
- D. Носові кістки.
- E. Решітчатий лабіринт.

(Правильна відповідь: Всі.)

3.3. Назвіть симптоми остеїд-остеоми.

- A. Самовільний біль.
- B. Нічні болі.
- C. Асиметрія обличчя.
- D. носова кровотеча.
- E. Затруднене ковтання.

(Правильна відповідь: A, B, C.)

4. Задачі для самоконтролю:

4.1. Чоловікові 48 років під час санації порожнини рота зроблений рентгенівський знімок нижньої щелепи. Виявлена деструкція кісткової тканини з рівними чіткими межами в ділянці кута нижньої

щелепи, не пов'язана з коренями зубів. При діагностичній пункції отриманий ексудат коричневого кольору, без кристалів холестерину.

Який попередній діагноз?

(Відповідь: остеобластокластома)

4.2. Хвора 35 років скаржиться на біль в зубах та утовщення тіла нижньої щелепи. Об'єктивно: лице хворої асиметричне за рахунок утовщення нижнього відділу лівої щоки. 36 зуб відсутній. Коронки 35 і 37 конвергують. Ліва половина тіла нижньої щелепи веретеноподібно вздута, пальпаторно - досить тверда, поверхня її гладка, безболісна. На рентгенограмі лівої половини нижньої щелепи в ділянці тіла - зона деструкції у вигляді багатьох дрібних колоподібних порожнин, відокремлених одна від одної кістковими перемичками. малюнок має дрібноячеїстий характер. Корені 35, 36 зубів резорбовані на 1/3 своєї довжини. При пункції – рідина бурого кольору.

Який найбільш імовірний діагноз?

(Відповідь: Остеобластокластома тіла нижньої щелепи.)

4.3. Хворий 24 років, скаржиться на пухлину, що збільшується, в ділянці тіла нижньої щелепи справа. Хворіє протягом 5 місяців. При огляді: в ділянці кута нижньої щелепи є здуття. Регіонарні лімфатичні вузли не збільшені. На рентгенограмі визначається деструкція кісткової тканини на рівні 46, 47, 48 зубів і в ділянці гілок, із чіткими контурами, у вигляді окремих порожнин з кістковими перегородками. Корені 46, 47, 48 зубів резорбовані.

Поставте попередній діагноз.

(Відповідь: остеобластокластома нижньої щелепи праворуч)

4.6. Перелік індивідуальних завдань.

.Оволодіти методикою забору матеріалу для цитологічного дослідження:

- методом відбитку;
- методом соскобу;
- методом мазку.

2. Оволодіти методикою діагностичної пункції.

3. Оволодіти методикою приготування мазку на предметному склі.

4.8. Перелік теоретичних питань до підсумкового модульного контролю.

1. Перелічити фактори, які сприяють виникненню амелобластами і остеобластокластоми.
2. Описати клінічну картину амелобластами.
3. Описати клінічну картину одонтоми.
4. Описати клінічну картину остеобластокластоми.
5. Описати клінічну картину гемангіоми.
6. Методи діагностики та додаткові методи дослідження хворих.
7. Диференційна діагностика доброякісних одонтогенних та неолонтогенних пухлин.
8. Профілактика виникнення одонтогенних та неолонтогенних пухлин.
9. Клінічні прояви одонтогенних та неолонтогенних пухлин.

4.9. Перелік практичних завдань та робіт до підсумкового модульного контролю.

1. Провести пальпацію пухлини щелепно-лицевої ділянки.
2. Провести діагностичну пункцію.

6. ЛІТЕРАТУРА:

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2т. – Т.2/В.О.Маланчук, І.П.Логвіненко, Т.О.Маланчук, О.Л.Ціленко – К.: ЛОГОС, 2011. – С. 3-4, 9-12.
2. Рузин Г.П. Краткий курс лекций по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Геннадий Петрович Рузин – Киев: «Книга плюс», 2006 – С. 100 - 122.
3. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия: Руководство для врачей / Под ред. проф. В.Н.Балина и проф. Н.М.Александрова. 4-е изд., доп. и испр. – СПб.: СпецЛит, 2005. – С. 42-52.
4. Щелепно-лицева хірургія: підручник / О.О.Тімофєєв. – К.: ВСВ «Медицина», 2011. – С. 370-380.
5. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство / под ред. А.А.Кулакова, Т.Г.Робустовой, А.И.Неробева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 – С. 406-416.

№ 16. Кісти щелеп (одонтогенні та неодонтогенні, епітеліальні та неепітеліальні). Одонтогенні кісти щелеп (радикулярна, фолікулярна, підокісна, парадентальна, ретромоларна, первинна, кіста прорізування). Остеогенні пухлиноподібні новоутворення щелеп (фіброзна остеодисплазія, паратиреоїдна остеодистрофія, хвороба Педжета, еозинофільна гранульома): етіологія, патогенез, класифікація, гістологічна будова, клініка, диференційна діагностика, особливості лікування, ускладнення, профілактика.

1. Конкретні цілі:

- 1.1. Аналізувати етіологічні фактори виникнення одонтогенних кіст щелеп.
- 1.2. Пояснювати клінічну картину одонтогенних кіст щелеп.
- 1.3. Запропонувати шляхи уникнення ускладнень під час лікування одонтогенних кіст щелеп.
- 1.4. Класифікувати одонтогенні кісти щелеп.
- 1.5. Трактувати дані рентгенологічних досліджень пацієнтів з одонтогенними кістами щелеп.
- 1.6. Малювати схеми рентгенологічної картини та локалізації одонтогенних кіст щелеп, оперативних втручань при цитотомії та цистектомії.
- 1.7. Проаналізувати переваги та недоліки різноманітних остеопластичних матеріалів для заповнення дефектів щелеп після видалення одонтогенних кіст.
- 1.8. Скласти план обстеження та лікування пацієнтів з одонтогенними кістами щелеп.
- 1.9. Аналізувати спільність виникнення пухлиноподібних уражень щелеп.
- 2.0. Пояснювати особливості клінічного перебігу пухлиноподібних уражень щелеп.
- 2.1. Запропонувати нове бачення розповсюдженості пухлиноподібних уражень щелеп.
- 2.2. Класифікувати пухлиноподібні ураження щелеп.
- 2.3. Трактувати дані рентгенографічних, цитологічних та гістологічних досліджень при пухлиноподібних ураженнях щелеп.
- 2.4. Малювати схеми обстеження хворих з пухлиноподібними ураженнями щелеп.
- 2.5. Проаналізувати особливості диференційної діагностики пухлиноподібних уражень щелеп.
- 2.6. Скласти план обстеження та лікування хворих з пухлиноподібними ураженнями щелеп.

2. БАЗОВИЙ РІВЕНЬ ПІДГОТОВКИ.

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Анатомія людини.	Знати анатомію верхньої та нижньої щелеп, кровопостачання та іннервацію тканин голови та шиї. Визначити межі щелепно-лицевої ділянки.
2. Гістологія та патологічна анатомія.	Знати гістологічну будову та морфологічну структуру патологічно-змінених тканин. Розпізнавати патологічно змінені тканини. Знати патологоанатомічну характеристику пухлиноподібних уражень щелеп. Вміти взяти матеріал для морфологічного дослідження.
3. Топографічна анатомія та оперативна хірургія.	Знати топографічну анатомію щелепно-лицевої ділянки та принципи оперативних доступів до різних відділів щелепно-лицевої ділянки. Вміти поставити топічний діагноз. Орієнтуватися у виборі оперативних доступів при лікуванні пухлиноподібних уражень щелеп.
4. Патологічна фізіологія.	Знати етіологію та патогенез захворювань, обмін речовин в патологічно змінених тканинах. Визначити етіологію та патогенез одонтогенних епітеліальних пухлин.
4. Загальна хірургія.	Знати методи обробки рук хірурга. Вміти накладати шви на тканини.

3. ОРГАНІЗАЦІЯ ЗМІСТУ НАВЧАЛЬНОГО МАТЕРІАЛУ.

Одонтогенні пухлини та пухлиноподібні процеси відносяться до органоспецифічних та зустрічаються тільки у щелепних кістках. Гістогенез таких захворювань пов'язаний з тканинами, з яких формується зуб.

Радиккулярна кіста.

Етіологія. Причиною є запальний процес в щелепі білякореневої ділянки зуба.

Клініка. Росте повільно, роками, безболісно, довготривалий час не помітно для хворого. При збільшенні кісти за рахунок накопичення в ній продуктів розщеплення та трансудату із судин оболонки кісти.

При витонченні кістки пальпаторно відмічається симптом «пергаментного хрусту», вперше описаний Дюпюїтреном, а в місцях повного розсмоктування кістки наявна флюктуація. При аспірації вмісту кісти шприцем отримуємо рідину світло-жовтого кольору або, інколи, з бурим або коричневим

відтінком. В ній вміщається холестерин, який добре помітно під мікроскопом, а при висиханні - простим оком. Розміри кісти різні: від горошини і до курячого яйця.

Фолікулярна (білякоронкова) кіста.

Походження кісти відбувається:

- по перше, в зв'язку з довготривалим хронічним запаленням біля коренів прорізавшихся молочних або постійних зубів;

- по друге, в зв'язку з розвитком зубного фолікула.

Клінічна картина схожа з клінічною картиною радикальної кісти. Диференційна діагностика ґрунтується на даних рентгенівського знімку, на якому в порожнині кісти знаходиться повністю сформований зуб.

Ретромолярна (парадентарна) кіста.

Розташовується в ділянці кута нижньої щелепи. Походження її пов'язане з хронічним запальним процесом в білязубних тканинах та утрудненим прорізуванням зуба мудрості.

Гінгівальна кіста – інша назва “залоза Серра”, “перлина Епштейна”. Частіше виявляється у дітей та в похилому віці. Клінічний перебіг без симптомів. Батьки дітей приймають її за передчасно прорізавшийся зуб. Об'єктивно має вигляд білісуватого, округлого, щільного, з перламутровим відтінком, утворення. Не потребує спеціального лікування.

Диференційну діагностику одонтогенних кіст проводять з кістозною формою адамантиноми, з остеобластокластою, одонтогенною фібромою, м'якою одонтомою, раком та саркомою щелеп та ін..

Лікування всіх кіст - хірургічне. У 1892 і 1910 роках Партч запропонував два методи операцій – цистотомію (Партч – I) та цистоектомію (Партч – II).

Цистотомію використовують дуже рідко. Суть операції полягає в тому, що із порожнини кісти створюють додаткову бухту порожнини рота. Ця операція показана при наявності кісти великих розмірів, видалення якої загрожує пораненням судин, нервів або переломом нижньої щелепи. Крім того, її використовують у пацієнтів похилого віку, слабких хворих, у дітей з молочним прикусом. Її перевагами є: простота виконання, мала травматизація, виключення можливості рецидиву. Недоліком цистотомії є тривалий термін наявності порожнини.

Цистектомія – повне видалення кісти з оболонкою та ушиванням рани наглухо. Переваги операції полягають у відсутності необхідності тривалого догляду за післяопераційною раною та в можливості прискорення репаративних процесів.

Недоліками операції є випадкова травматизація судин та нервів, проникнення в гайморову порожнину, можливість рецидиву процесу, пошкодження сусідніх зубів.

ОСТЕОГЕННІ ПУХЛИНОПОДІБНІ НОВОУТВОРЕННЯ ЩЕЛЕП

ФІБРОЗНА ДИСПЛАЗІЯ

Вперше фіброзну остеодисплазію виділив В.Р. Брайцев в 1927 р., коли він представив чіткий опис морфологічної картини захворювання. До цього фіброзна дисплазія була описана під різними назвами, частіше всього, як фіброзна остеодистрофія, одностороння фіброзна остеодистрофія, фіброкістозна хвороба, фіброостеома та ін. У 1938 р. Lichtenstein підтвердив дослідження В.Р. Брайцева, і тому, цей процес іменують, як пухлину Брайцева-Ліхтенштейна.

У класифікації А.А. Колесова фіброзна дисплазія віднесена до розряду остеогенних пухлиноподібних утворень, а у Т.П. Виноградової — до доброякісних пухлин.

За даними щелепно-лицевої клініки Московського медичного стоматологічного інституту (А.А. Колесов, 1964), фіброзна дисплазія зустрічається у 7,8% хворих з ураженням щелеп пухлинами і пухлиноподібними утвореннями.

Патогенез остаточно не з'ясований. На думку В.Р. Брайцева (1927), Lichtenstein (1938, 1942), Jaffe (1942), в основі фіброзної остеодисплазії лежить порушення нормального процесу кісткоутворення, яке полягає в тому, що на певній стадії розвитку мезенхіма диференціюється не в кісткову тканину, а у фіброзну.

Клініка. Захворювання виявляється, частіше всього, в дитячому і юнацькому віці, рідко - у дорослих, протікає протягом довгого часу приховано і лише у поодиноких хворих зустрічаються больові відчуття. Нерідко захворювання виявляється в перші роки життя. У дітей спостерігаються випадки бурхливого або циклічного перебігу. Фіброзна дисплазія зустрічається в 3-4 рази частіше у жінок, ніж у чоловіків, виявляється у вигляді монооссального або одностороннього поліоссального захворювання. Крім ураження діафізарних відділів трубчастих кісток, стегон, великоберцевих кісток, а також плечових і променевих кісток, уражаються кістки обличчя і мозкового черепа. На кінцівках захворювання виявляється здуттям та деформацією або укороченням їх, кульгавістю, болем. Кісткові розростання в

мозковому і лицевому черепі бувають односторонніми і, тому, спричиняють значну асиметрію обличчя. Улюбленої локалізації фіброзної дисплазії в щелепах немає. Сформований осередок на щелепі виглядає, як кісткове здуття або нерівномірна горбистість кістки. Якщо «пухлина» локалізується біля краю орбіти, з'являється симптом випинання очного яблука з деформованої і звуженої очної ямки. Це призводить до одностороннього «левого» спотворення черепа. На нижній щелепі у дітей може мати місце як дифузне ураження всієї щелепи, так і ізольоване залучення в процес лише однієї суглобової головки. При ураженні нижньої щелепи функція її, як правило, не страждає, рот відкривається вільно, жування залишається безболісним.

В деяких випадках поліоссальної фіброзної остеодисплазії має місце (переважно у дівчаток) синдром Олбрайта, який характеризується наявністю не тільки кісткових змін, але і передчасним статевим дозріванням, пігментними плямами на шкірі, які створюють враження географічної карти. Локалізуються вони, головним чином, на животі, спині, сідницях, бічній поверхні тулуба, проміжності і стегнах. Shira та співавт. (1975) спостерігли фіброзну дисплазію нижньої щелепи з клінічними проявами у вигляді епізодичного росту пухлини, мимольотного болю, припухлості, лихоманки, збільшення ШОЕ. Антибіотикотерапія давала тільки короточасний ефект. З осередків ураження були висіяні грампозитивні мікроорганізми, які, на думку авторів, і є флорою. Аналогічну картину ми спостерігали при фіброзній остеодисплазії гілок щелепи, коли батьки для лікування у дитини запалення в привушній області довгий час застосовували теплові процедури. У таких випадках надмірність теплових процедур може привести, навіть, до абсцедування, утворенню свища, після чого хворого починають помилково лікувати з приводу хронічного остеомієліту гілки щелепи.

Рентгенологічна картина фіброзної дисплазії поліморфна. Це обумовлено тим, на якій фазі розвитку нормальної кістки наступило порушення остеогенезу, і який морфологічний компонент переважає у момент обстеження. Крім того, картина ураження залежить і від того, на якій щелепі (верхній або нижній) воно локалізується. Так, на нижній щелепі, особливо у дітей, частіше зустрічаються зміни комірчастого характеру на фоні збільшення і здуття кістки. Ці зміни можуть бути як одно-, так і двосторонніми, симетричними. У одних випадках відмічається перевага нерівномірного ущільнення кістки, в інших, — досить чітко обмежений дефект кісткової тканини овальної форми, або дифузне чередування ділянок ураження кісткової тканини з осередками ущільнення.

На верхній щелепі ураження завжди одностороннє, і, частіше, досягає значного ступеню щільності і облітерації верхньощелепної пазухи, аж до повного її зникнення. Проте, можуть бути, навпаки, випадки збільшення верхньощелепної пазухи і затемнення її, на цьому фоні помітна інтенсивніша тінь, яка вдається в порожнину м'якотканинного утворення, іноді із замикаючою кістковою «шкаралупою» по його краю. На фоні диспластичних осередків розсмоктування коренів зубів не спостерігається. Іноді, при дифузній формі дисплазії нижньої щелепи, на рентгенограмі визначаються періостальні нашарування, які нерідко наводять на помилкову думку про остеогенну саркому або хронічний остеомієліт щелепи.

При всіх формах фіброзної остеодисплазії відсутні будь які загальні біохімічні зміни в організмі; зокрема, рівень кальцію і фосфору в плазмі крові, як правило, не змінюється, і, лише, у деяких хворих відмічено збільшення кальцію і зменшення фосфору крові.

Клінічний перебіг захворювання хронічний, тривалий, доброякісний, але, в поодиноких випадках, спостерігається злякисне переродження патологічного осередку з перетворенням його у веретеноподібну, круглоклітинну, поліморфноклітинну саркому або фібросаркому.

Фіброзну дисплазію необхідно диференціювати з генералізованою фіброзною остеодистрофією (хвороба Енгеля-Реклінгаузена), остеобластокластою, саркомою, кістами, хронічним остеомієлітом щелепи та ін. Перші два захворювання відрізняються тим, що при них має місце велика кількість остеокластів, остеокластична резорбція кістки, кров'яні «озера» і «заболочування кістки» з утворенням кіст; всього цього немає при фіброзній остеодисплазії. Генералізована фіброзна остеодистрофія розвивається в нормально розвиненій кістці, тоді як фіброзна дисплазія є природженим порушенням процесу кісткоутворення. При хворобі Енгеля-Реклінгаузена має місце гіперкальціємія.

Для остеогенної саркоми характерним є швидкий розвиток і руйнування кісткової речовини, а також періостальні розростання — поява «козирка Бредена» і спікул.

Хондросаркома, хоч і протікає більш повільно, але локалізується, частіше, в передньому відділі верхньої щелепи і шейках суглобових відростків. Порівняно чітко і часто саркому (особливо остеогенну) можна виявити при застосуванні радіоіндикаційного методу дослідження, оскільки в ній активніше фіксується радіоактивний фосфор.

Одонтогенна кіста відрізняється наявністю яскраво янтарного пунктату з домішкою кристалів холестерину і чіткішими контурами дефекту на рентгенограмі.

Від хронічного остеомієліту щелепи фіброзну остеодисплазію відрізняє те, що при остеомієліті в анамнезі буде вказівка на гострий початок захворювання, який був раніше, а дисплазія починається поволі, повільно прогресуючи, зазвичай, непомітно для хворого. Коли з'являється асиметрія обличчя в результаті диспластичного збільшення щелепи (зазвичай, в ділянці гілки нижньої щелепи) на фоні деяких больових відчуттів, хворі (або батьки хворих дітей) застосовують теплові процедури, що призводить на початку до застійних, а потім, запальних явищ в шкірі і підшкірній основі, провокуючи цим постановку діагнозу остеомієліту щелепи. Проте, вказані особливості анамнезу про початок захворювання і типова для дисплазії рентгенологічна картина, за відсутності внутрішньоротових або зовнішніх свищів, допомагають встановити діагноз фіброзної остеодисплазії. Гістологічне дослідження розсіює всякі сумніви.

Лікування фіброзної остеодисплазії хірургічне — вискоблювання. Виниклий дефект щелепи поступово заміщується кістковою тканиною. Деякі автори при фіброзній дисплазії нижньої щелепи застосовують радикальну операцію, що полягає в частковій субперіостальній резекції нижньої щелепи з одночасною кістковою пластикою, але це допустиме лише у дорослих хворих за умови різкої деформації обличчя. Променева терапія при фіброзній дисплазії позитивного результату не дає.

ХЕРУВІЗМ

Херувізм називають один з видів диспластичного ураження нижньої щелепи, який характеризується симетричним здуттям кістки в ділянці її обох кутів. В результаті цього обличчя набуває майже квадратну і одутловато-округлу форму, подібну обличчю херувима.

Патогенез захворювання вивчений недостатньо, проте, більшість авторів схильні відносити його за рахунок порушення кісткоутворення під впливом неврогенних та інкреторних факторів. Відмічається передача хвороби по спадку, що дало привід для появи вельми виразних синонімів: «сімейна полікістозна хвороба», «сімейна фіброзна дисплазія», «сімейна двостороння гігантоклітинна пухлина щелепи».

Клініка. Хвороба починається незабаром після народження або в 1,5-3 роки; розвивається повільно, безболісно, досягаючи чіткої картини до 15-18 місяців. Зазвичай, батьки і оточуючі не бачать патології, відносять деформацію обличчя за рахунок вгодованності дитини.

В період статевого дозрівання хвороба прогресує, викликаючи больові відчуття, а після закінчення цього періоду процес припиняється, розміри кутів щелепи поступово зменшуються, обличчя набуває більш нормальних контурів. Процес може зазнати зворотній розвиток. За даними В.В. Рогинського, в половині випадків при херувізмі у дітей виявляється збільшення не тільки нижньої, але, одночасно, і верхньої щелепи.

Пальпаторно в ділянці кутів нижньої щелепи визначається куполоподібне здуття; внутрішня поверхня нижньої щелепи при цьому не змінюється.

Характерною особливістю херувізму є або порушення закладки зубних зачатків (що виявляється згодом, в тому або іншому ступеню, вираженою адентією), або порушення термінів прорізування, форми і локалізації зубів, які вже прорізувалися.

Рентгенологічно визначається кістозне ураження щелепи (межі «кіст» з віком стають нечіткими, а кількість їх зменшується). Нижньощелепна кістка роздута, стоншена, а попереду кутів має нормальну структуру.

Гістологічно наявні широкі поля клітинно-волокнистої фіброзної тканини, серед якої безліч вузликів із скупченням гігантських багатоядерних клітин типу остеокластів, що приводить нерідко до помилкової постановки діагнозу остеобластокластоми або гіперпаратиреоїдної фіброзної остеодистрофії. Проте, на відміну від остеобластокластоми, при херувізмі немає головного її компоненту — проліферуючих остеобластів. Якщо гістологічне дослідження проводиться у стадії зворотнього розвитку херувізму, в ділянці патологічного осередку спостерігаються утворення кісткових балочок, які з часом стануть могутнішими і замість диспластичний дефект в кістці.

Лікування консервативне: достатньо лише спостерігати за хворим, оскільки з віком хвороба регресує, обличчя набуває нормальної форми. У дитячому віці необхідна ортодонтична допомога; дорослим, за показаннями, виготовляють протези.

Прогноз. У дитячому віці хірургічна допомога неефективна, оскільки через 1-2 роки спостерігаються рецидиви. Проте, інколи, доводиться поступатися наполегливим вимогам хворих, яких турбує квадратна форма обличчя, і усувати деформацію хірургічним шляхом.

ДЕФОРМУЮЧИЙ ОСТОЗ (ХВОРОБА ПЕДЖЕТА, ДЕФОРМУЮЧА ОСТЕОДИСТРОФІЯ).

У 1877 р. Peget описав рідкісне і своєрідне захворювання скелета, яке вважав хронічним запальним процесом і назвав його osteitis deformans. Починаючи з робіт Stenholm (1924), це захворювання, як і хвороба Енгеля-Реклінгаузена, вчені почали відносити не до запальних, а до остеодистрофічних процесів, вважаючи їх різновидами одного і того ж страждання. Проте, в 1932 р. Schmort встановив, що ці захворювання повинні розрізнятися як в етіологічному, так і патологоанатомічному аспектах: при хворобі Педжета кісткова речовина має абсолютно іншу структуру, чим при хворобі Енгеля-Реклінгаузена.

Етіологія і патогенез хвороби Педжета з'ясовані недостатньо. Спроби пов'язати її з сифілітичною інфекцією, ревматизмом, ендокринними захворюваннями, травмою, антигенними впливами, конституціональною неповноцінністю скелета і його переважанню не одержали загального визнання. Достовірнішим слід визнати припущення А.В. Русакова про те, що хвороба Педжета відноситься до диспластичних процесів, близьких до пухлин, а можливо, і є своєрідною кістковою пухлиною. У основі такої точки зору лежать дані про безперервну функціональну перебудову кістки, в процесі якої відбувається не тільки руйнування, але і збільшення її, що нагадує ріст пухлини.

Мікроскопічна картина хвороби Педжета свідчить про посилену патологічну перебудову кістки: з'являється безліч, так званих, ліній склеювання, де процес розсмоктування кістки припиняється, а в подальшому відбувається нашарування нової кісткової речовини. Нескінченна зміна цих двох процесів, що протікають поза фізіологічними рамками, обумовлює характерну макро- і мікроструктуру уражених кісток. Розсмоктування відбувається за участю остеокластів; утворюються глибокі лакуни, кістковий мозок заміщається рихло-волокнистою тканиною, що зрослася з ендостом. Вміст органічних речовин в уражених кістках збільшений, а неорганічних, - різко зменшений. На цьому фоні нерідко розвивається остеосаркома.

Клініка. Деформуючий остоз частіше спостерігається у чоловіків у віці понад 40 років, хоча може виникати і значно раніше, — в дитячому або юнацькому віці. Schmort розрізняє дві форми хвороби Педжета: монооссальну і поліоссальну. На відміну від хвороби Енгеля-Реклінгаузена, при поліоссальній формі хвороби Педжета ніколи не вражаються всі кістки. Порушення звичайно обмежуються тими кістками, які несуть значне механічне навантаження: стегнова, великоберцева, хребет, кістки мозкового і лицевого черепа. При цьому, уражені кістки піддаються різкій деформації. Зокрема, при ураженні лицевих кісток виникає типова деформація: потовщення виличних кісток, западіння перенісся, потовщення підборіддя. Обличчя набуває схожості з лівовою мордою, що дало підставу назвати цей стан як leontiasis ossea. При цьому можливий розвиток невралгії гілок трійчастого нерва.

При локалізації процесу в мозковому черепі відмічається головний біль, збільшення кола черепа, яке може досягти 70 см. Поступово мозковий череп нависає над лицевим. Обличчя здається маленьким, іноді виникає порушення психіки, сплутання свідомості.

На рентгенограмі кістки, яка уражена хворобою Педжета, визначається безладне чергування порівняно щільних і розпушених ділянок, що нагадує мозаїку з пластівцевих ділянок, схожих з грудками вати. У інших випадках можна бачити дрібні кістозні порожнини, потовщення кістки.

Диференціальний діагноз необхідно проводити з хворобою Енгеля-Реклінгаузена, сифілітичним ураженням і акромегалією лицевих кісток. У зв'язку з цим, необхідно пам'ятати, що порушень загального характеру при хворобі Педжета не відмічається, зокрема, немає змін в кількістному складі кальцію і фосфору в крові, чим відрізняється це захворювання від хвороби Енгеля-Реклінгаузена.

При генералізованій остеодистрофії, як і при хворобі Педжета, відбувається розсмоктування старої і утворення нової кістки; проте, гістологічна різниця між ними істотна: при хворобі Педжета разом з розростанням сполученої і остеїдної тканин є гніздові осередки звапніння новоутвореної кістки, які обумовлюють деформацію і нерівний рельєф ураженої кістки. На відміну від гіпертиреїдної остеодистрофії, при хворобі Педжета різко активізується остеопластична функція періоста. Крім того, слід мати на увазі те, що генералізована остеодистрофія вражає частіше людей більш молодих і, переважно, жіночої статі.

Сифілітичне ураження відрізняється тим, що воно не викликає збільшення черепних кісток, рідко локалізується в епіфізах. Гумозні деструктивні осередки розташовані більш субперіостально: періостальна реакція при сифілісі буває дуже часто, а при хворобі Педжета — відсутня.

Акромегалія не супроводжується структурними змінами кісткової речовини, як це має місце при хворобі Педжета.

Лікування деформуючої остеодистрофії є симптоматичним і паліативним: для зменшення головного болю, болю при невралгії трійчастого нерва можна застосувати променеве лікування. Призначають вітамінотерапію, гідротерапію, спокій, посилене харчування. Хірургічні втручання у вигляді видалення різко виступаючих частин лицевих кісток носять суто косметичний характер.

ПАРАТИРЕОЇДНА (ГЕНЕРАЛІЗОВАНА) ФІБРОЗНА ОСТЕОДИСТРОФІЯ, АБО ХВОРОБА ЕНГЕЛЯ - РЕКЛІНГАУЗЕНА

У 1864 р. Engel описав макроскопічну картину, а в 1891 р. Recklinhausen — мікроскопічну характеристику системного захворювання скелета, яке було ними названо фіброзним оститом. Автори вважали, що в основі даного захворювання лежить запалення кістки, що призводить до заміщення кісткової тканини фіброзною тканиною. Проте, в 1924 р. Stenholm на підставі своїх досліджень рішуче висловився проти запальної природи захворювання, яке описали Engel і Recklinhausen, вважаючи, що ця хвороба має в своїй основі не запалення, а дистрофію; тому, автор запропонував іменувати її фіброзною остеодистрофією.

Патогенез захворювання досить добре вивчений А.В. Русаковим (1925), який довів, що хвороба Енгеля-Реклінгаузена — своєрідне ендокринне захворювання, яке розвивається в результаті пухлинного збільшення і гіперфункції паращитовидної залози; на його думку, під впливом надмірного вироблення паратиреоїдину відбувається бурхлива перебудова в кістках скелету. Це дало підставу А.В. Русакову запропонувати нову назву хвороби — паратиреоїдна остеодистрофія, найбільш радикальний спосіб лікування якої — видалення пухлини паращитовидної залози. Віденський хірург Mandl (1926) підтвердив на практиці правильність такого патогенетичного трактування захворювання і теоретичного обґрунтування операції, запропонованої Русаковим. Проте, на його думку, в походженні генералізованої остеодистрофії грає роль не тільки гіперфункція паращитовидної залози. Це витікає з того, що в експерименті введення гормону вказаної залози викликає зміни лише подібні, але не повністю ідентичні всім ознакам хвороби. Очевидно, є ще якісь інші чинники, які грають роль у виникненні хвороби.

Патологічна анатомія. Суть мікроскопічних змін при хворобі Енгеля-Реклінгаузена полягає в наступному: кістковий мозок піддається поступовому осередковому розсмоктуванню і заміщенню волокнистою сполучною тканиною; кісткові балочки піддаються лакунарному розсмоктуванню. Це приводить до утворення кісткових порожнин, стоншування кіркової речовини і поступової заміни його примітивними кістковими структурами, неповноцінними в механічному відношенні, але які зберігають функціональну спрямованість. Кісткові балочки, що утворюються з них, швидко піддаються розсмоктуванню і заміщенню такими ж недовговічними утвореннями. В деяких випадках проліферація остеогенної тканини протікає настільки бурхливо, що тверді кісткові балочки не утворюються і відбувається розростання лише кісткотворних клітин. Даний процес приводить до виникнення серозних і кров'яних кіст. На відміну від процесів, що спостерігаються при остеобластокластомах, тут немає бластоматозного компонента пухлини. В результаті швидкої і прогресуючої декальцинації кісток у всьому організмі наступають характерні зміни: у нирках, легенях, травній системі відкладаються солі кальцію. Розвивається картина вапняного нефрозу, нефрокальцинозу, ниркових каменів, калькульозного піелонефриту. Вапно відкладається в клітинах печінки, в стінках артерій кінцівок, що може привести до гангрені пальців. Унаслідок посиленої перебудови кісток різко зростає потреба організму в холекальциферолі (вітаміні D₃), яка не покривається звичайними кількостями його в їжі.

Клініка. Спочатку осередки ураження кісткової тканини нічим себе не проявляють. Ураження щелепної кістки багато в чому зовні нагадують прояви остеобластокластоми; проте, через відсутність активного і вираженого бластоматозного процесу кістка мало збільшується в своєму об'ємі або навіть зовсім не збільшується.

Характерним для паратиреоїдної остеодистрофії є розм'якшення і деформація кісток без істотного збільшення їх об'єму. Особливо незначне місце мають зовні помітні зміни за наявності мало активної пухлини паращитовидної залози.

Постійним симптомом хвороби є гіперкальціємія — підвищення змісту кальцію в плазмі крові до 3,49-4,99 ммоль/л (у нормі 2,25-2,74 ммоль/л) і зниження вмісту неорганічного фосфору до 0,48 ммоль/л (при нормі 0,97-1,13 ммоль/л). При пункції можна одержати кров, а якщо в кістці вже сформувалася серозна кіста — рідину без кристалів холестерину. На рентгенограмі визначається розрідження і стоншення не тільки щелеп, але і інших кісток.

Диференціальна діагностика з одонтогенною кістою ґрунтується на тому, що кіста на рентгенограмі має чіткіші і ясно визначувані контури, а при пункції її можна одержати яскраво - янтарну рідину з кристалами холестерину.

Що ж до адамантиноми, саркоми і міксони щелеп, то вирішальним чинником в диференціації їх з хворобою Енгеля-Реклінгаузена є наявність змін з боку крові і інших кісток при хворобі Енгеля-Реклінгаузена і відсутність цих змін при вказаних трьох пухлинах.

Лікування генералізованої остеодистрофії повинне бути патогенетичним — оперативне видалення збільшеної паращитовидної залози. Крім того, слід призначати полівітаміни (А, В₁, В₁₂, С, D) в поєднанні із загальним кварцевим опромінюванням, іонофорезом кальцію хлориду в ділянці ураженої щелепи.

Прогноз. Перебіг хвороби хронічний, млявий; описані лише окремі випадки гострої паратиреоїдної остеодистрофії із смертельним наслідком (від інтоксикації у зв'язку з масивним надходженням в кров великої кількості паратгормону). При запізненому лікуванні прогноз несприятливий (можливі переломи різних кісток,

петрифікація нирок з розвитком нефропатії — ниркового каменеутворення, піелонефриту, петрифікація легенів, периферичних судин і т. п.).

4. ПЛАН І ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА НАВЧАЛЬНОГО ЗАНЯТТЯ З ДИСЦИПЛІНИ.

№ з/п	Етапи заняття	Розподіл часу	Види контролю	Засоби навчання (об'єкти, які використовуються в навчальному процесі як носії інформації та інструменти діяльності викладача і студента)
1.	Підготовчий етап	5 хв.	Усне опитування за переліком питань. Письмове тестування. Практичний тренінг. Вирішення клінічних задач. Створення алгоритмів лікарських дій, професійний тренінг.	Комп'ютер (ноутбук). Мультимедійні методичні розробки. Анатомічні муляжі. Відео- та фотоматеріали. Електронні довідники. Рентгенограми, ортопантомограми, томограми. Набір інструментарію. Результати лабораторних, цитологічних та гістологічних досліджень.
1.1	Організаційні питання	5 хв.		
1.2	Формування мотивації			
1.3	Контроль початкового рівня підготовки (стандартизовані засоби контролю)	10 хв.		
2.	Основний етап (вказати всі види робіт, які виконують студенти під час цього етапу).	60 хв.		
3.	Заключний етап	10 хв.		
3.1	Контроль кінцевого рівня підготовки			
3.2	Загальна оцінка навчальної діяльності студента			
3.3	Інформування студентів про тему наступного заняття			

4.5. Види самостійної роботи студентів.

1. Вивчити такі питання ($\alpha=I$):

- 1.1. Дати загальну характеристику одонтогенним епітеліальним пухлинам.
- 1.2. Які новоутворення відносять до одонтогенних епітеліальних кіст щелеп?
- 1.3. Перерахувати клінічні ознаки різних одонтогенних епітеліальних кіст щелеп.
- 1.4. Діагностика та диференційна діагностика одонтогенних епітеліальних кіст щелеп.
- 1.5. Методи лікування одонтогенних епітеліальних кіст щелеп.
- 1.6. Перерахувати ускладнення, які виникають при одонтогенних епітеліальних кістах.
- 1.7. Анатомія кісток лицевого скелету.
- 1.8. Ембріогенез та гістологічна будова кісток обличчя.
- 1.9. Теорії походження пухлиноподібних уражень щелеп.
- 2.0. Гістологічні та клінічні класифікації пухлиноподібних уражень щелеп.
- 2.1. Клінічна картина пухлиноподібних уражень щелеп.
- 2.2. Діагностика та диференційна діагностика пухлиноподібних уражень щелеп.
- 2.3. Методи лікування пухлиноподібних уражень щелеп.
- 2.4. Прогноз та ускладнення під час та після лікування пухлиноподібних уражень щелеп.

2. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю ($\alpha=II$):

- 2.1. Яку назву має ясенева кіста в інших джерелах?

A. «Перлина Епштейну».

B. Адамантинома.

C. Періостальна кіста.

D. Парадентарна кіста.

E. Фолікулярна кіста.

(Правильна відповідь: A).

2.2. Коли частіше виникає парадентарна кіста?

A. В похилому віці.

B. В молодому віці.

C. На беззубій щелепі.

D. У немовлят.

E. У підлітків.

(Правильна відповідь: B).

2.3. Кісти прорізування клінічно знаходяться:

A. На апікальній частині зуба.

B. Між зубами.

C. Під зубом.

D. В тілі щелепи.

E. В гілці щелепи.

(Правильна відповідь: C).

2.4. При фіброзній дисплазії вражаються:

A. Кістки лица та мозкового черепу.

B. Тільки кістки лицевого черепу.

C. Тільки кістки мозкового черепу.

D. Тільки щелепи.

E. Зубні зачатки.

(Правильна відповідь: A).

2.5. Які основні ознаки фіброзної дисплазії?

A. Односторонні кісткові розростання в ділянці мозкового та лицевого черепа.

B. Кісткові розростання в ділянці мозкового та лицевого черепа завжди двохсторонні та симетричні.

C. Вражаються, переважно, кістки середньої зони обличчя.

D. Найчастіше вражається кут нижньої щелепи.

E. Кісткові розростання завжди супроводжуються больовим симптомом.

(Правильна відповідь: B).

2.6. При хворобі Педжета вражаються:

A. Переважно трубчасті кістки.

B. Переважно плескаті кістки.

C. Діафізарні відділи трубчастих кісток.

D. Тільки кістки лицевого скелету.

E. Тільки кістки мозкового черепу.

(Правильна відповідь: B).

3. Тестові завдання з множинним вибором:

3.1. Для радикулярної кісти характерними є симптоми:

A. Зміна кольору зуба.

B. Пергаментного хрусту.

C. Вазапарезу.

D. Тремтіння верхівки зуба.

E. Венсана.

(Правильна відповідь: A,B,C,D).

3.2. Назвіть етапи цистектомії.

A. Розріз.

B. Відшарування окістя.

C. Вилущення кісти.

D. Обробка рани.

E. Накладання швів.

(Правильна відповідь: A,B,C,D,E).

3.3. Назвіть недоліки цитотомії.

- A. Тривалий період заживлення.
- B. Необхідність постійного та ретельного догляду за післяопераційною раною.
- C. Незручності для пацієнта.
- D. Неможливість нормально розмовляти.
- E. Порушення ковтання.

(Правильна відповідь: A,B,C).

3.4. Для херувізма характерні наступні ознаки:

- A. Безболісний перебіг.
- B. Здуття обох кутів нижньої щелепи.
- C. Стабільність процесу.
- D. Ризик малігнізації.
- E. Спонтанний перлом нижньої щелепи.

(Правильна відповідь: A,B,C).

3.5. Назвіть симптоми фіброзної дисплазії.

- A. Асиметрія обличчя.
- B. Кульгавість.
- C. Звуження очної щілини.
- D. Парез лицевого нерва.
- E. Екзофтальм.

(Правильна відповідь: A,B,C,E).

3.6. З якими захворюваннями необхідно диференціювати хворобу Педжета?

- A. Сифіліс.
- B. Генералізована остеодистрофія.
- C. Хронічний остеомієліт.
- D. Акромегалія.
- E. Перелом верхньої щелепи.

(Правильна відповідь: A,B,D).

4. Задачі для самоконтролю:

4.1. У пацієнта при рентгенологічному дослідженні на рентгенограмі верхньої щелепи спостерігається деструкція кісткової тканини округлої форми з чіткими межами розміром 0,7x0,7 см в проекції верхівки кореня 27 зуба. Поставте діагноз.

(Відповідь: кістогранульома).

4.2. При огляді хворого виявлено деформацію альвеолярного відростка верхньої щелепи в ділянці 22, 24 зубів. 23 зуб відсутній. перехідна складка в межах цих зубів згладжена, слизова оболонка блідо-рожевого кольору, при пальпації щільної консистенції, безболісна. На рентгенограмі 22, 24 зубів відмічається деструкція кісткової тканини округлої форми з чіткими рівними межами. В проекції цієї деструкції знаходиться коронка зуба. Поставте діагноз.

(Відповідь: фолікулярна кіста).

4.3. Чоловік 35 років звернувся до лікаря зі скаргами на потовщення альвеолярного відростка верхньої щелепи. Попередній діагноз: радикулярна кіста верхньої щелепи. Що буде виявлено під час пункції альвеолярного відростка в ділянці "потовщення" у пункті?

(Відповідь: жовтувата рідина).

4.4. У хворої, 22 років, виявлено потовщення обох виличних кісток та підборіддя, западіння перенісся. Зовнішній огляд обличчя нагадує «левину морду». Спостерігається гіперостоз, потовщення та викривлення кісток скелету. Яке захворювання можна запідозрити у хворої?

(Відповідь: хвороба Педжета).

4.5. Хворий, 20 років, звернувся зі скаргами на біль в зубах нижньої щелепи, її здуття, деформацію обличчя. Об'єктивно: здуття щелепи безболісне, щільне, бугристе, м'які тканини не змінені. Відкривання рота вільне, підщелепні лімфатичні вузли не пальпуються. Яке захворювання можна запідозрити у хворого?

(Відповідь: фіброзна остеодисплазія нижньої щелепи).

4.6. У хворого 18 років виявлено наступну клінічну картину: обличчя має квадратну форму за рахунок потовщення ділянок кутів нижньої щелепи, періодичні болі в ділянці кутів щелепи. На рентгенограмі – дрібнопетлиста структура кістки нижньої щелепи в ділянках їх кутів. Деформація спостерігається з моменту народження, болі з'явилися близько 6 місяців тому. Який діагноз?

(Відповідь: херувізм).

4.6. Перелік індивідуальних завдань (не передбачено робочою навчальною програмою з дисципліни).

4.8. Перелік теоретичних питань до підсумкового модульного контролю.

1. Клініка та лікування радикальної кісти нижньої щелепи.
2. Фолікулярна кіста щелепи: клініка, диференціальна діагностика, лікування.
3. Резидуальна кіста щелеп: етіологія, патогенез, диференційна діагностика, лікування.
4. Парадентарна кіста щелеп: етіологія, патогенез, диференційна діагностика, лікування.
5. Остеогенні пухлиноподібні утворення: остеодисплазія, паратиреоїдна остедистрофія, хвороба Педжета, еозинофільна гранульома: походження, клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.

4.9. Перелік практичних завдань та робіт до підсумкового модульного контролю.

1. Вміти зібрати анамнез та провести клінічне обстеження хворого, правильно оформити історію хвороби, встановити діагноз і призначити лікування.
2. Вміти виконати будь-який вид місцевого знеболення в щелепно-лицевій ділянці.
3. Вміти взяти матеріал для цитологічного або гістологічного дослідження.
4. Підготувати набір інструментарію для цистектомії.
5. Підготувати набір інструментарію для цистотомії.
6. Обстежити хворого з пухлиною, встановити діагноз та призначити лікування.

6. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Бернадський Ю.Й. Основи щелепно-лицевої хірургії і хірургічної стоматології. К. Спалах, 2003.- 512 с.
2. Маланчук В.О., Копчак А.В. Доброякісні пухлини та пухлиноподібні ураження щелепно-лицевої ділянки та ший / Навчальний посібник. – К.: Видавничий дім «Асканія», 2008. – 320 с.
3. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: В 2-х темах. / Под ред. В.М.Безрукова, Т.Г.Робустовой. - Изд. 2-е, перераб. и доп. - М.: Медицина, 2000. – 776 с.
4. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. - К.: Червона Рута-Турс, 2004. - 1061 с.
5. Хирургическая стоматология в схемах и таблицах: Учеб. пособие для студентов и врачей-интернов / Г.П.Рузин, А.А. Дмитриева - Харьков: ХГМУ, 2001. - 108 с.
6. Хирургическая стоматология: Учебник / Под ред. Т.Г. Робустовой. - М.: Медицина, 1999. - 576 с.

Додаткова література:

1. Губайдулина Е.Я., Цегельник Л.Н. Опухоли, опухолеподобные поражения и кисты лица, органов полости рта, челюстей и шеи // Хирургическая стоматология . - М.: Медицина, 1996. – С.512-624.
2. Корытний Д.Л. Зубные кисты: 'Казахстан, Алма-Ата, 1972. - 141 с.
3. Солнцев А.М., Колесов В.С. Кисты челюстно-лицевой области и шеи. – К., 1982. - 96 с.
4. Колесов А.А., Воробьев И.Ю. Новообразования мягких тканей. – К., Здоровья, 1991 - 312 с.
5. Савицкий В.А., Черепанов А.Н. Нейрофиброматоз Реклингаузена Клиника, диагностика и хирургическое лечение/. - М.: Медицина, 1972.. 250 с
6. Сагатбаев Д.С. Опухоли челюстно-лицевой области, 1998. – 206 с.
7. Солнцев А.М., Колесов В.С. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта. - Киев: Здоровья, 1985. - 150 с.
8. Ермолов В.Ф. Доброкачественные новообразования и опухолеподобные образования слизистой оболочки полости рта: Автореф. дис. д - ра. мед. наук -М., 1995. 46 с.

17. Рак, саркома м'яких тканин порожнини рота і обличчя, кісток лицевого черепа. Пластичне усунення дефектів щелеп та м'яких тканин ЩЛД. Рентгенодіагностика злоякісних пухлин, диференційна діагностика, лікування.

1. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 1.1. Аналізувати захворюваність злоякісних новоутворень м'яких тканин порожнини рота і обличчя, кісток лицевого черепа.
- 1.2. Пояснювати патогенез виникнення злоякісних новоутворень тканин щелепно – лицевої ділянки.
- 1.3. Запропонувати методи діагностики злоякісних новоутворень м'яких тканин порожнини рота і обличчя, кісток лицевого черепа.

1.4. Класифікувати злякисні новоутворення м'яких тканин порожнини рота і обличчя, кісток лицевого черепа.

1.5. Трактувати патологічну анатомію злякисних новоутворень щелепно – лицевої ділянки.

1.6. Малювати схеми лікування та пластичного усунення дефектів щелеп та м'яких тканин щелепно – лицевої ділянки при злякисних новоутвореннях м'яких тканин порожнини рота і обличчя, кісток лицевого черепа.

1.7. Проаналізувати висновки рентгенологічних та інших діагностичних методів досліджень злякисних новоутворень щелепно – лицевої ділянки, встановити остаточний діагноз.

1.8. Скласти план лікування злякисних новоутворень м'яких тканин порожнини рота і обличчя, кісток лицевого черепа в залежності від стадії захворювання та клінічної групи.

2. БАЗОВИЙ РІВЕНЬ ПІДГОТОВКИ.

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
4. 1. Анатомія людини.	Описання анатомічної будови та особливостей кровопостачання, іннервації, лімфатичної системи голови та шиї.
2. Гістологія та патологічна анатомія.	Знання гістологічної будови та патологічних змін в м'яких тканинах порожнини рота і обличчя, кісток лицевого черепа при злякисних новоутвореннях.
3. Загальна хірургія.	Визначення та обґрунтування плану хірургічного лікування при злякисних новоутвореннях щелепно – лицевої ділянки, пропонування методів відновлюючих операцій.
4. Внутрішні хвороби.	Огляд та обстеження пацієнта, призначення клінічних досліджень, встановлення діагнозу, описання історії хвороби.
5. Топографічна анатомія та оперативна хірургія.	Схематичне зображення операцій при злякисних новоутвореннях м'яких тканин порожнини рота і обличчя, кісток лицевого черепа.
6. Пропедевтика хірургічної стоматології.	Володіння методами забору матеріалу для цитологічного та гістологічного дослідження.

3. ОРГАНІЗАЦІЯ ЗМІСТУ НАВЧАЛЬНОГО МАТЕРІАЛУ.

Злякисні новоутворення губ.

Рак губи виникає в ділянці червоної облямівки губ, в 90-95 % вражає нижню губу і зустрічається, переважно, у людей 40-60 років. Чоловіки хворіють в 3,4 рази частіше, ніж жінки.

Етіологія. Рак нижньої губи частіше виникає у осіб, які зазнають тривалого впливу атмосферних чинників – тривала інсоляція, обвітрювання, зміна вологості, температури. Значну роль відіграють хронічна травматизація губ каріозними зубами і неправильно виготовленими протезами, хронічна травма внаслідок паління тютюну (мікроопіки), вірусна інфекція та ін.

Патогенез. Внаслідок дегенеративно-проліферативних змін клітин мальпігієвого шару епітелію губ порушуються процеси ороговіння, що призводить до виникнення передракового стану. Згідно класифікації А.Л.Машкіллейсона облігатними передраками губи є: преанцерозний хейліт Манганотті, вогнищевий гіперкератоз червоної облямівки губ, бородавчастий передрак червоної облямівки губ та хвороба Боуена. Серед факультативних передраків з більш високою вірогідністю малігнізації є: папілома, ерозивна і бородавчаста форми лейкоплакії, шкірний ріг, кератоакантома та ін. Такі захворювання, як хронічний хейліт, ерозивна та гіперкератотична форма червоного вовчаку та плескатої лишаю, хронічні виразки та тріщини губи при тривалому існуванні та відсутності адекватного лікування, також, можуть стати причиною виникнення раку.

Патологічна анатомія. Рак нижньої губи розвивається з багат шарового плескатої епітелію червоної облямівки і, в подальшому, може поширюватись на слизову оболонку і шкіру. Переважна більшість пухлин губи (80-95%) – це плоскоклітинний ороговіваючий рак, близько 4-18% спостережень припадають на неороговіваючі форми, дуже рідко – базальноклітинний і недиференційований рак. Найбільш агресивний злякисний перебіг хвороби спостерігається у недиференційованих форм плоскоклітинного раку без ороговіння.

Для раку губ характерним є лімфогенне метастазування, віддалені метастази спостерігаються рідко. Першим етапом метастазування раку губи є підпідборідні та піднижньощелепні лімфатичні вузли,

другим етапом – глибокі лімфатичні вузли шиї (позадущелепні, вздовж внутрішньої яремної вени і сонної артерії), третій етап – надключичні.

Класифікація раку губи. В залежності від розповсюдженості пухлинного процесу вітчизняна класифікація передбачає розподіл раку губи на чотири стадії:

I. Пухлина або виразка розміром до 1,5 см, яка обмежена слизовою оболонкою або підслизовим шаром червоної облямівки, без метастазів;

IIa. Пухлина або виразка, яка обмежена слизовою оболонкою або підслизовим шаром червоної облямівки розміром від 1,5 см, але не більше половини губи, без метастазів;

IIб. Пухлина або виразка таких самих або менших розмірів, але при наявності метастазів в 1-2 рухомих регіонарних лімфатичних вузлах;

IIIa. Пухлина або виразка, яка займає більшу частину губи, з проростанням в її товщу або поширенням на кут рота, щоку, м'які тканини підборіддя, без метастазів;

IIIб. Пухлина або виразка таких самих розмірів або менше поширена, однак з наявністю обмежено рухомих регіонарних метастазів;

IV. Пухлина займає більшу частину губи з проростанням всієї товщини і розповсюдженням на кісткову тканину щелепи, з метастазами в нерухомих регіонарних лімфатичних вузлах, або будь-яких розмірів пухлина з віддаленими метастазами.

**Класифікація раків губи, слизової оболонки порожнини рота, язика.
(коди МКХ – 10: C00; C02 – 06) за системою TNM (6-е видання, 2002 рік).**

Анатомічні розділи та підрозділи.

Губа.

1. Зовнішня поверхня верхньої губи (червона облямівка) – C00.0.
2. Зовнішня поверхня нижньої губи (червона облямівка) – C00.1.
3. Комісури губи – C00.6.

Порожнина рота.

1. Слизовий шар щік:
 - Слизова поверхня верхньої і нижньої губ (C00.3, C00.4).
 - Слизова оболонка щоки (C06.0).
 - Ретромоларна ділянка (C06.2).
 - Щічно-губна борозда, верхня і нижня – присінок рота (C06.1).
2. Альвеолярна поверхня (відросток) слизової оболонки ясен верхньої щелепи (C03.0).
3. Альвеолярна поверхня (відросток) слизової оболонки ясен нижньої щелепи (C03.1).
4. Тверде піднебіння (C05.0).
5. Язик:
 - Дорсальна поверхня передніх двох третин язика (C02.0) і бічна поверхня (C02.1).
 - Вентральна (нижня) поверхня передніх двох третин язика (C02.2).
6. Передня частина дна ротової порожнини (C04.0).

TNM клінічна класифікація.

T - первинна пухлина;

T_x – недостатньо даних для оцінки первинної пухлини;

T₀ – первинна пухлина не визначається;

T_{is} - передінвазивна карцинома (carcinoma in situ);

T₁ – пухлина до 2 см в найбільшому вимірі;

T₂ – пухлина понад 2 см, але не більш ніж до 4 см в найбільшому вимірі;

T₃ – пухлина більше 4 см в найбільшому вимірі;

T₄ – губа: пухлина поширюється на сусідні структури (наприклад, кортикальний шар нижньої щелепи, нижній альвеолярний нерв, дно ротової порожнини, шкіру обличчя);

T_{4a} – порожнина рота (резектабельні): пухлина поширюється на сусідні структури (наприклад, кортикальний шар кістки, глибокі м'язи язика, верхньо-щелепну пазуху, шкіру обличчя);

T_{4b} – порожнина рота (резектабельні): пухлина поширюється на жувальні м'язи, крилоподібну пластинку або основу черепа і (або) охоплює внутрішню сонну артерію;

N – регіонарні лімфатичні вузли;

N_x – недостатньо даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів;

N₀ – немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів;

N₁ – метастази в одному гомолатеральному лімфатичному вузлі до 3 см у найбільшому вимірі;

N₂ – метастази в одному гомолатеральному лімфатичному вузлі до 6 см у найбільшому вимірі, або чисельні метастази в гомолатеральних лімфатичних вузлах, жоден з яких не перевищує 6 см у

найбільшому вимірі, або білатеральні, або контрлатеральні метастатичні вузли розміром до 6 см у найбільшому вимірі;

N_{2a} – метастаз у гомолатеральному лімфатичному вузлі до 6 см у найбільшому вимірі;

N_{2b} – чисельні метастази в гомолатеральних лімфатичних вузлах, жоден з яких не перевищує 6 см у найбільшому вимірі;

N_{2c} – білатеральні або контрлатеральні метастатичні лімфатичні вузли розміром до 6 см у найбільшому вимірі;

N_3 – метастази в лімфатичних вузлах понад 6 см у найбільшому вимірі.

Примітка: лімфатичні вузли по середній лінії тіла вважаються гомо-латеральними.

M – метастази у віддалені органи;

M_x – недостатньо даних для визначення віддалених метастазів;

M_0 – немає ознак віддалених метастазів;

M_1 – є віддалені метастази;

pTNM Патоморфологічна класифікація.

Категорії **pT**, **pN**, **pM** відповідають категоріям **T**, **N** та **M**.

pN0 – матеріал для гістологічного дослідження після селективної шийної регіонарної лімфаденектомії повинен включати не менш ніж 6 лімфатичних вузлів; після радикальної чи модифікованої радикальної шийної лімфаденектомії не менш ніж 10 лімфатичних вузлів.

G – гістологічна градація.

G_x – Ступінь диференційної пухлини не може бути визначений;

G_1 – високий ступінь диференціації;

G_2 – середній ступінь диференціації;

G_3 – низький ступінь диференціації;

G_4 – недиференційована пухлина.

Групування за стадіями.

Стадія 0	T_{is}	N_0	M_0
Стадія I	T_1	N_0	M_0
Стадія II	T_2	N_0	M_0
Стадія III	T_3	N_0	M_0
	T_1	N_1	M_0
	T_2	N_1	M_0
	T_3	N_1	M_0
Стадія IVa	$T_{4a}, T_1, T_2, T_3, N_2, M_0$	N_0, N_1	M_0
	T_{4a}	N_2	M_0
	будь-яке T	N_2	M_0
Стадія IVb	T_{4b}	будь-яке N	M_0
Стадія IVc	будь-яке T	будь-яке N	M_1

Клініка. Клінічні прояви раку губи досить різноманітні. Розрізняють екзофітні та ендофітні види росту пухлини.

До екзофітних належать папілярна та бородавчата форми, які виникають на фоні папілом, обмеженого вогнищового гіперкератозу.

До ендофітних форм належать виразкова та виразково-інфільтративна, які виникають на фоні хейліту Манганотті та інших деструктивних дискератозів. Перебіг ендофітних форм раку агресивніший. Виразкова форма характеризується поступовим поглибленням виразкової поверхні, дно виразки стає нерівним, форма – неправильною, краї підвищені, інфільтровані, завдяки чому виразка має кратероподібний вигляд. Спочатку виразка безболісна, але, внаслідок приєднання запальних явищ, з'являється біль.

При виразково-інфільтративних формах раку губи зона інфільтрації значно перевищує зону деструкції і має щільну консистенцію.

Слід підкреслити, що ранні симптоми раку губи є мало помітними, і вони, зазвичай, губляться на фоні існуючого передракового процесу. Ознакою малігнізації може бути посилення деструктивного процесу та поява інфільтрату. Зазвичай, на межі червоної облямівки шкіри з'являється жорстке ущільнення, яке нагадує струп. Після зняття рогових мас оголюється рожева поверхня з дрібними сосочками, які вкриті крапельками крові та лімфи. Струп може відпадати самостійно, але з часом він поновлюється. Темп росту пухлини від повільного до швидкого поширення на всю губу, більш інтенсивний при ендофітних формах раку. В пізніших періодах, як екзофітні, так й ендофітні форми

раку губи, прогресуючи, неодмінно приводять до виникнення інфільтративно-виразкових форм, що супроводжується утворенням великих дефектів губи, кута рота, підборіддя с переходом на нижню щелепу. На цій стадії розвитку хвороби приєднуються значні запальні явища. Стан таких хворих різко погіршується і вони гинуть від виснаження, приєднання пневмонії або від кровотечі з пухлини, яка розпадається.

Діагностика. Діагноз раку нижньої губи ґрунтується на даних огляду як неозброєним оком, так і з застосуванням стоматоскопії (хейлоскопії). Ці методи дають змогу виявити характер та глибину виразки, побачити валик інфільтрації навколо виразкової форми раку, визначити стан оточуючої слизової оболонки, на тлі якої виник осередок новоутворення. Застосування прижиттєвого фарбування 1% водним розчином толуїдинового синього дає змогу побачити зони, підозрілі на малігнізацію (зони передпухлинних утворень залишаються незабарвленими, а клітини раку фіксують синій колір).

Пальпація губи через всю товщу здійснюється великими і вказівними пальцями, що дає змогу визначити справжні розміри пухлини. Пальпацію регіонарних лімфатичних вузлів слід проводити одночасно з обох боків. При підозрі на рак губи обов'язково слід поводити цитологічне дослідження (мазків-відбитків або ін.) із пухлинної виразки (патологічну ділянку очищують від кірок, некротичного нальоту, після чого беруть матеріал для цитологічного дослідження); досліджують, також, пунктат із регіонарних лімфатичних вузлів. Біопсію бажано виконувати в умовах онкологічного диспансеру.

Рак губи на початкових стадіях розвитку необхідно диференціювати з преканцерозами, туберкульозом і сифілісом. Туберкульозна виразка дуже болюча, плоска, має навколо себе вінчик гіперемії. У сифілітичній виразки підриті краї і "сальне" дно. Однак, остаточне значення мають морфологічні і бактеріологічні дані, для сифілісу – серологічні реакції.

Методи лікування. Перед початком лікування хворих слід переконати в необхідності припинити паління тютюну і провести санацію порожнини рота. Для вибору методу лікування враховують стадію, клінічну і морфологічну форми пухлини.

Лікування при I стадії переважно променеве: близько - фокусна рентгенотерапія сумарною вогнищевою дозою до 70 Гр. У випадку радіо-резистентних раків застосовують хірургічне лікування – широке прямокутне або трапецієподібне електровисічення пухлини з пластичним закриттям дефекту. Застосовують, також, кріохірургію. Лімфатичні вузли при I стадії захворювання не видаляють.

При II стадії захворювання для лікування первинного вогнища застосовують близько - фокусну рентгенотерапію сумарною вогнищевою дозою до 70 Гр. При поодиноких регіонарних метастазах, які зміщуються, (II б стадія) – виконують операцію Ванаса або її модифікації (верхню шийну лімфаденектомію).

При III стадії раку губи для лікування первинної пухлини застосовують променеві або комбіновані методи. Дистанційну гама-терапію, як самостійний метод, проводять до сумарної вогнищевої дози 60 Гр. В окремих випадках дистанційна гама-терапія після досягнення 40-45 Гр може бути доповнена близько-фокусною рентгенотерапією або внутрішньо-тканинною гама-терапією до загальної сумарної вогнищевої дози 60-65 Гр. При IIIа стадії виконують операцію Ванаса за I або II варіантом з профілактичною метою.

Лікування регіонарних метастазів при IIIб стадії комбіноване. Дистанційну гама-терапію сумарною вогнищевою дозою 40 Гр на зони регіонарного метастазування виконують одночасно з проведенням променевої терапії первинного вогнища. Безпосередньо після вилікування первинної пухлини виконують фасціально-футлярне видалення клітковини шиї або операцію Крайля.

При IV стадії процесу при відсутності віддалених або множинних регіонарних метастазів, які не зміщуються, цілком виправдана спроба комбінованого лікування: проведення передопераційної дистанційної гама-терапії в поєднанні з розширеними і комбінованими операціями з широким видаленням нижньої губи, фронтального відділу нижньої щелепи, тканин дна порожнини рота, а також, двобічне видалення клітковини з лімфатичними вузлами зон метастазування.

З паліативною метою можливе проведення телегаматерапії до 40 Гр. При кровотечі показана перев'язка зовнішніх сонних артерій. Інколи, значної регресії пухлини вдається досягти після проведення внутрішньоартеріальної регіонарної хімотерапії (метотрексат, блеоміцин).

При рецидивах раку губи після променевої терапії показане широке (відступаючи не менш 2-3 см від пухлини) електрохірургічне видалення пухлини або кріодеструкція.

Прогноз залежить від стадії захворювання, особливостей гістологічної будови пухлини, своєчасності та адекватності лікування. Стіжке вилікування при всіх стадіях захворювання становить 50-70%.

При I-II стадіях п'ятирічне виживання спостерігається у 90% хворих. Менш сприятливий перебіг спостерігається при неороговіваючих формах раку і, особливо, при мало диференційованих раках.

Злоякісні новоутворення язика та слизової оболонки порожнини рота.

Етіологія. Початок раку слизової оболонки порожнини рота та язика можна пояснити з позицій поліетіологічної теорії походження раку. Механічні подразнення, температурні, хімічні, біологічні чинники, не будучи специфічними, при незадовільному гігієнічному стані ротової порожнини ініціюють розвиток як передракових станів, так і самого раку. Каріозні зуби з гострими краями виявляються близько у 50 %, а недосконалі ортопедичні конструкції – у 10% хворих на рак язика. Факторами, які сприяють збільшенню захворюваності, належать, також, паління тютюну, закладання під язик НАСу, жування листя бетелю, хронічні опіки алкоголем та ін. Внаслідок дії цих чинників слизова оболонка язика та ротової порожнини грубішає, втрачає еластичність, надмірно ороговіває, проявляється дискератоз в тій чи іншій формі.

Передракові захворювання. Згідно до класифікації А.Л.Машкіллейсона до передракових захворювань, які передують розвитку раку слизової оболонки порожнини рота належать хвороба Боуена (облігатний передрак) та група факультативних передраків з більшою потенційною злоякісністю: лейкоплакія ерозивна та верукозна, папілома та папіломатоз піднебіння; з меншою потенційною злоякісністю: лейкоплакія плеската, хронічні виразки слизової оболонки порожнини рота, ерозивні та гіперкератотичні форми червоного плескатої лишая та червоного вовчака, пострентгенівський стоматит та інші.

Патологічна анатомія. Макроскопічно рак слизової оболонки порожнини рота зустрічається у вигляді як екзофітних форм, до яких належать папілярні і бородавчасті (верукозні) пухлини, так і ендофітних форм, серед яких слід розрізняти виразкові, інфільтративні та виразково-інфільтративні пухлини.

Екзофітні форми раку трапляються у 20-30% хворих і мають вигляд сосочкових, бородавчастих або грибоподібних утворень на широкій основі.

Серед ендофітних форм частіше спостерігаються виразкові (30-40 %), для яких характерна наявність виразки з валикоподібними підвищеними краями, інфільтрованими стінками і основою. Інфільтративні форми найчастіше спостерігаються в ділянці задньої третини язика (біля 5 %) і характеризуються наявністю щільного інфільтрату під незміненою слизовою оболонкою. Внаслідок подальшого розвитку процесу початкові форми раку набувають характеру виразково-інфільтративних.

Гістологічно 90 % злоякісних епітеліальних пухлин слизової оболонки порожнини рота є плоскоклітинні ороговіваючі раки, інколи зустрічаються неороговіваючі та недиференційовані. За гістологічною будовою рак передніх відділів язика переважно є плоскоклітинним, ороговіваючим, тобто високо диференційованим. Ближче до кореня язика зустрічається рак плоскоклітинний неороговіючі, який є менш диференційованим, та перехідні форми. Низькодиференційований рак (головним чином кореню язика) складає біля 2-3 %. В ділянці кореню язика та піднебіння зустрічаються також залозистий рак, мукоепідермоїдний рак та аденокистозні карциноми (циліндроми), які виникають із малих слинних залоз.

Метастазування майже завжди носить лімфогенний характер. Метастазами уражаються переважно регіонарні лімфатичні вузли. Гематогенні метастази у віддалені органи спостерігаються дуже рідко. Регіонарними для слизової оболонки порожнини рота та язика вважаються підпідборідні, піднижньощелепні, заглоткові та верхні глибокі шийні лімфовузли. Найпостійнішою та самою чисельною групою первинних лімфатичних вузлів є ланцюжок глибоких шийних лімфатичних вузлів. Особливо часто спостерігається ураження цих регіонарних лімфатичних вузлів у хворих на рак кореню язика (до 70%).

Для раку переднього відділу порожнини рота і язика першим етапом метастазування є піднижньощелепні і підпідборідні лімфовузли, для раку задніх відділів порожнини рота і задньої третини язика крім того є глибокі шийні лімфовузли (верхні, середні і навкологлоткові). Другим етапом метастазування є шийні лімфовузли і третім – надключичні. У хворих на рак язика і дна порожнини рота спостерігається значно раніше і часто двобічне або перехресне метастазування і агресивний перебіг.

Класифікація раку язика за стадіями розвитку.

А. Вітчизняна:

I стадія – пухлина до 1 см в найбільшому вимірі, що розповсюджується лише на глибину слизової оболонки та підслизового шару. Метастазів немає.

II стадія – пухлина або виразка більшого розміру, що вростає в товщу підлеглої м'язової тканини, але не виходить за середню лінію язика.

IIб стадія – пухлина такого ж розміру або менша з наявністю однобічних поодиноких рухомих регіонарних метастазів.

IIIа стадія – пухлина або виразка, що розповсюджується за середню лінію язика або на дно порожнини рота.

IIIб стадія – пухлина того ж розміру або менша, але при наявності множинних рухомих регіонарних метастазів або обмежено рухомих поодиноких метастазів.

IV стадія – пухлина, яка вражає більшу частину язика і розповсюджується не тільки на сусідні м'язи тканини, але і на кістки лицьового скелету. Пухлини менших розмірів з нерухомими регіонарними метастазами або віддаленими метастазами.

Клінічна картина раку слизової оболонки порожнини рота і язика в значній мірі визначається як локалізацією процесу, так і характером росту новоутворення та стадією його розвитку. Виділяють три клінічні періоди розвитку раку порожнини рота:

I – початковий (бідний симптомами): на слизовій оболонці з'являються безболісні вузлики, тріщини, виразки, білі плями. Невдовзі з'являються біль, гіперсалівація, неприємний запах з рота;

II – розвинений період: внаслідок вторинних супутніх запальних змін у хворих виникають сильні болі з іррадіацією, утруднюється мова, хворі відмовляються від їжі, порушується сон, посилюється їхорозний запах із рота;

III – період занедбаності захворювання: рак швидко розповсюджується, процес є виключно агресивним. Пухлинний інфільтрат уражується, з'являється виразка, інфільтрат піддається розпаду, що ще збільшує страждання хворого. З'являється постійна кровоточивість з пухлинної тканини. Внаслідок росту пухлини зменшується рухомість язика; проростання пухлини в ділянку жувальних м'язів приводить до контрактури. Постійно прогресують явища некрозу. Внаслідок обмеження рухомості язика можлива аспірація інфікованої слини та харчових мас, що сприяє розвитку супутніх захворювань 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 ранне, часто двобічне або перехресне метастазування і злоякісний перебіг захворювання.

Діагностика. Проведення кваліфікованих профілактичних оглядів лікарями-стоматологами, ретельне обстеження, диспансеризація та лікування хворих з передпухлинними захворюваннями сприяє профілактиці та ранній діагностиці раку слизової оболонки порожнини рота.

До обов'язкових методів обстеження належать: огляд, пальпація пухлини та регіонарних лімфовузлів, рентгенографія легенів для визначення віддалених метастазів в них, морфологічна верифікація процесу.

Правильний ранній діагноз раку слизової оболонки ротової порожнини можна встановити на основі аналізу анамнестичних даних, детального огляду. Огляд ділянки ураження слід проводити з допомогою дзеркал, шпателя, гачка Фарабефа. застосування стоматоскопії покращує результативність обстеження.

Для уточнення характеру патологічного осередку на слизовій оболонці доцільно застосовувати прижиттєве фарбування толуїдиновим синім. Зона злоякісної пухлини утримує яскраво-синє забарвлення, нормальна тканини та зона лейкоплакії не забарвлюється.

Під час огляду та пальпації ретромолярної ділянки, дна порожнини рота, язика необхідно язик обережно захопити марлевою серветкою за кінчик і максимально витягти останній в бік, протилежний розташуванню пухлини. Пальпацію дна порожнини рота, щоки, язика завжди слід проводити бімануально. Якщо пухлина локалізується в корені язика, необхідно зробити ларингоскопію, під час якої можна встановити характер розповсюдження процесу на ротоглотку та надгортанник. При підозрі на проростання злоякісної пухлини на прилеглі кісткові тканини необхідно рентгенологічне дослідження.

Вирішальна роль у встановленні діагнозу раку належить морфологічним дослідженням – цитологічному (дослідження мазків-відбитків, пунктатів лімфовузлів) та біопсії на фоні початкової променевої терапії.

Диференційна діагностика проводиться з неспецифічними запальними процесами і хронічними виразками, сифілісом, туберкульозом, актиномікозом, аберантним зобом кореню язика, доброякісними пухлинами.

Лікування. Перед початком спеціального лікування слід провести санацію порожнини рота. Метод лікування раку слизової оболонки порожнини рота та язика визначається локалізацією, ступенем розповсюдженості, морфологічною формою пухлини та загальним станом хворого. Найкращі результати отримують при застосуванні комбінованих методів, що полягають у використанні передопераційного курсу променевої терапії (I етап), з наступним електрохірургічним видаленням опроміненої пухлини (II етап) і широкого видалення одним блоком регіонарних лімфатичних вузлів, клітковини, що їх оточує та фасцій піднижньощелепної, під підборідної та шийної ділянок.

Найкраще розроблена методика лікування раку язика. При лікуванні раку передніх двох третин язика I та II стадії спочатку проводять дистанційну гама-терапію з двох щічно-піднижньощелепних полів (сумарна вогнищева доза 40-45 Гр) в поєднанні з близькофокусною рентгенотерапією (сумарна доза 40-60 Гр). Через 3-4 тижні після стихання явищ променевого епітеліту та повної реалізації ефекту променевої терапії, виконують половинну електрорезекцію язика (в II стадії). При наявності регіонарних метастазів виконується операція Валаха (у хворих на рак передньої третини язика) або фасціально-футлярне видалення клітковини шиї за Пачесом.

У хворих III стадією раку язика проводиться дистанційна гама-терапія сумарною вогнищевою дозою 40-45 Гр, яка може поєднуватись з близькофокусною рентгенотерапією (передні відділи язика) або внутрішньо-тканинною гама-терапією. Після стихання променевих реакцій, а також достатньої регресії пухлини проводиться розширена операція з розтином тканин щоки та електрорезекцією всіх уражених тканин. Таким втручанням повинна передувати перев'язка язикових або зовнішніх сонних артерій та одночасна операція Крайля.

Для цитостатичного лікування застосовують метотрексат, блеоміцин, комплексні сполуки платини, адриабластин. Найкраще вживати регіонарну внутрішньо-артеріальну хіміотерапію.

Хворим на рак язика IV стадії показане паліативне променеве лікування, в ряді випадків – регіонарна внутрішньо-артеріальна хіміотерапія.

При лікуванні раку кореню язика внаслідок складного анатомічного розташування пухлини головним чином застосовують дистанційну гама-терапію з захопленням зон метастазування сумарною вогнищевою дозою до 70 Гр.

Принцип лікування раку слизової оболонки інших відділів порожнини рота практично такої ж, як і у хворих на рак язика, однак, в залежності від анатомічного розташування має деякі особливості. На відміну від хірургії рака язика, яка вдосконалювалась завдяки вдосконаленню оперативної техніки багатьма видатними онкологами, оперативне лікування раку слизової оболонки інших відділів порожнини рота вважається мало перспективним.

Для лікування рецидивів раку язика та слизової оболонки порожнини рота останнім часом все частіше застосовується метод криодеструкції.

Прогноз. Особливості прогнозу залежать від стадії захворювання, анатомічної форми та гістологічної структури пухлини, виду та своєчасності лікування. Найнесприятливіший прогноз у хворих на рак задньої половини порожнини рота і язика при наявності інфільтративних форм розповсюджених новоутворень. В I-II стадіях при локалізації пухлини в передніх відділах язика виживається 75-50% хворих. Кращі результати дає комбінований метод лікування.

Реабілітація. Радикальне лікування раку слизової оболонки порожнини рота і язика супроводжується значною травматизацією, що призводить до порушення процесу ковтання та артикуляції (мови). Тому дуже актуальним є питання відновного лікування, адекватної пластики дефектів тканин. Після комбінованого лікування з проведенням операції Крайля спостерігається стійка втрата працездатності, хворі підлягають експертизі у МСЕК з встановленням II групи інвалідності.

Диференційна діагностика виразкових уражень слизової оболонки порожнини рота.

Травматична	Сифілітична	Туберкульозна	Актиномікотична	Ракова
Різко обмежена. Неправильної форми. Краї інфільтровані, щільні, болісні. Виразка неглибока із гладким дном,	Має «сальне» дно. Краї виразки обрубані, гладкі, помірної щільності, мало болісні. Біля основи виразки – безболісний інфільтрат.	Виразка неглибока; дно сірувато-жовтого кольору. Краї мілкі, підриті, фестончасті із мілкими грануляціями, які легко кровоточать.	Виразка – на місці актиномікотичного вузла; дно бухто подібне, місцями вкрите жовтуватими точками. При їх дослідженні знаходять друзі актиноміцетів. Біля основи виразки –	Виразка має кратероподібний вигляд. Краї дуже щільні, валикоподібні, які поступово спускаються до дна виразки. Дно жовтуватого кольору. Біля

вкритим епітелієм рожевого кольору. Біля основи виразки може бути болючий інфільтрат.		Навкруги виразки широкий запальний пояс. Виразка дуже болюча. Біля основи виразки – болючий інфільтрат.	щільний, мало болючий, «дерев'янистий» інфільтрат.	основи виразки – щільний інфільтрат, безболісний.
---	--	---	--	---

**Диференційна діагностика виразкових уражень щелепно-лицевої ділянки
(за Д.Л. Коритним)**

Види	Декубітальна	Трофічна	Туберкульозна	Сифілітична	Ракова
Локалізація	На ділянках дії травмую чого фактора	Дно порожнини рота, ретромоларній простори, язик	Частіше в середньому відділенні порожнини рота	В будь-якій ділянці порожнини рота та червоної облямівки губ	Частіше губа, язик
Кількість елементів	Поодинокі, мілкі, різної величини	Поодинокі, значної величини, глибокі	1-3 поверхневі, невеликі, з нахилом до периферійного росту	Поодинокі розміром від чечевиці до копійкової монети, круглої або овальної форми	Поодинокі, різної величини
Характеристика: а) країв	Нерівні, фістончасті	Рівні	Підриті, нависаючі, з'їдені	Рівні, щільні, підвищуються над оточуючими тканинами	Нерівні, з'їдені, вивернуті, підвищені
б) дна	Бугристе	Відносно рівне	Вкрите кровоточащими ранами, іноді залишками сірвато-жовтуватого розпаду	Рівне	Підрите, легко кровоточить
в) нальоту	Сіро-брудний в невеликій кількості	Обширний некротичний	Сірвато-жовтий	Сальний	Кров'янистогнійний або кірки
г) болючість та консистенція	Слабка болючість, помірно-щільна	Безболісна, м'яка	Дуже болісна, м'яка	Безболісна, щільна	Болюча, значної щільності
д) оточуючих	Гіперемовані, набряклі, інфільтровані на невеликому відстані	Мало змінені, бліді	Набряклі, гіперемовані, можуть бути сірвато-жовті «тільця Треля» - туберкульозні	Запалення відсутнє, незначно інфільтровані	Щільний інфільтрат, перебільшу

тканин	Збільшена, болюча	Зазвичай не змінені	бугорки При збільшенні утворюють «пакети», болюче	Збільшення, щільні, безболісні	є розміри виразки По первах не змінені, потім – збільшені, щільні, безболісні
е) стан регіонарних лімфатичних вузлів					
Дані цитологічних досліджень	Без особливостей	Значний розпад тканин	Гігантські клітини Ланганса, туберкульозні палички	В зішкрябі знаходяться бліді трепонени	Атипові або ракові клітини
Серологічні реакції	Негативні	Негативні	Позитивні реакції Перке та Манту	Позитивна реакція Вассермана та ін.	Негативні
Загальний стан хворого	Утруднений прийом їжі, субфебрилітет, головні болі, загальна слабкість	Наявні некомпенсовані порушення з боку серцево-судинної системи	Легеневі форми туберкульозу	Задовільне	В термінальній стадії - кахексія

Злоякісні пухлини щелеп.

Злоякісні пухлини щелеп можуть бути як епітеліального походження (плоскоклітинний рак, аденокістозна карцинома, аденокарцинома), так і сполучнотканинної природи – саркоми (остеосаркоми, хондросаркоми, фібросаркоми та ін.).

Серед пухлин щелеп слід розрізняти:

- первинні;
- вторинні;
- метастатичні.

Первинний плоскоклітинний рак щелеп зустрічається дуже рідко і походить із епітеліальних островків Малясе, епітеліальних залишків гертвігівської мембрани.

Вторинні раки виникають на слизовій оболонці порожнини рота або гайморової пазухи. В зв'язку з тим, що площа епітелію, який вкриває різні анатомічні відділи верхньої щелепи, значно більша в порівнянні з епітеліальним покривом нижньої щелепи, найчастіше зустрічається рак саме верхньої щелепи. Малігнізація слизової оболонки, яка вкриває альвеолярні відростки та піднебіння, відбувається під впливом різних канцерогенних чинників, які вже описані при розгляді раку слизової оболонки порожнини рота. Метاپлазія циліндричного мерехтливого епітелію слизової оболонки гайморової пазухи розвивається внаслідок тривалого хронічного запального процесу з періодичними загостреннями.

А. Злоякісні пухлини верхньої щелепи.

За останні роки спостерігається зростання захворюваності злоякісними пухлинами верхньої щелепи. Пухлини цієї локалізації складають близько 1% - 2% всіх злоякісних пухлин. Чоловіки та жінки хворіють з однаковою частотою переважно у віці 40 – 60 років.

Класифікації раку верхньощелепної пазухи.

Вітчизняна клінічна класифікація за стадіями:

I стадія – пухлина обмежена слизово-підслизовим шаром однієї стінки верхньощелепної пазухи. Регіонарні метастази не визначаються.

IIa стадія – пухлина з вогнищевою деструкцією кісткових стінок, яка не виходить за межі верхньощелепної пазухи. Регіонарні метастази не визначаються.

IIb стадія – пухлина такого самого, або меншого розміру, з поодиноким рухомим регіонарним метастазом на боці ураження.

IIIa стадія – пухлина з руйнуванням кісткових стінок, яка розповсюджується в одну або декілька суміжних анатомічних ділянок (орбіту, порожнину носа, порожнину рота та ін.). Регіонарні метастази не визначаються.

IIIб стадія – пухлина такого самого, або меншого ступеню розповсюженості з поодинокими, обмежено рухомими, або множинними рухомими регіонарними одно-, двобічними або контрлатеральними метастазами.

IVa стадія – пухлина, яка проростає в одну або декілька сусідніх анатомічних ділянок (шкіру обличчя, другу половину верхньощелепної кістки, вилицеву кістку, основу черепа) без регіонарних метастазів.

IVб стадія – пухлина того ж ступеню місцевого розповсюдження з не зміщуваними регіонарними метастазами, або пухлина будь-якого місцевого розповсюдження з клінічними ознаками віддалених метастазів.

Класифікація раків параназальних синусів

(коди МКХ – О С31.0, 1) за системою TNM (6-е видання, 2002 рік).

Анатомічні розділи та підрозділи:

Верхньощелепний синус – С31.0.

Решітчастий синус – С31.1.

Регіонарні лімфатичні вузли:

Регіонарними лімфатичними вузлами є шийні лімфатичні вузли.

TNM клінічна класифікація:

T_x — недостатньо даних для оцінки первинної пухлини.

T₀ — первинна пухлина не визначається.

T_{is} — преінвазивна карцинома (carcinoma in situ).

Верхньощелепний синус:

T₁ — пухлина обмежена слизовою оболонкою порожнини без ерозії або деструкції кістки.

T₂ — пухлина в стадії ерозії, або спричиняє деструкцію кістки, за винятком задньої стінки порожнини, але включаючи поширення на тверде піднебіння і/або середній носовий хід.

T₃ — пухлина поширюється на будь-яку з таких структур: задню стінку максиллярного синуса, підшкірні тканини, шкіру щоки, нижню або медіальну стінку орбіти, підскроневу ямку, крилоподібну ямку, решітчастий синус.

T₄ — пухлина поширюється на орбіту поза межі нижньої або медіальної стінок, основу черепа, носоглотку, основний синус, лобний синус.

Носова порожнина і решітчастий синус:

T₁ — пухлина обмежена будь-яким одним підрозділом із/або без деструкції кістки.

T₂ — пухлина проникає в носову порожнину.

T₃ — пухлина поширюється на передню частину орбіти і/або верхньощелепний синус.

T₄ — пухлина з інтракраніальним поширенням; поширенням на орбіту, включаючи верхівку, із захопленням основного і/або лобного синуса і/або шкіри носа.

N_x — недостатньо даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів.

N₀ — немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів.

N₁ — метастази в одному гомолатеральному лімфатичному вузлі до 3 см у найбільшому вимірі.

N₂ — метастази в одному гомолатеральному лімфатичному вузлі до 6 см у найбільшому вимірі, або чисельні метастази в гомолатеральних лімфатичних вузлах, жоден з яких не перевищує 6 см у найбільшому вимірі, або білатеральні, або контрлатеральні метастатичні лімфатичні вузли розміром до 6 см у найбільшому вимірі.

N_{2a} — метастаз у гомолатеральному лімфатичному вузлі до 6 см у найбільшому вимірі.

N_{2b} — чисельні метастази в гомолатеральних лімфатичних вузлах, жоден з яких не перевищує 6 см у найбільшому вимірі.

N_{2c} — білатеральні або контрлатеральні метастази в лімфатичні вузли розміром до 6 см у найбільшому вимірі.

N₃ — метастази в лімфатичних вузлах понад 6 см у найбільшому вимірі

Примітка: Лімфатичні вузли по середній лінії тіла вважаються гомолатеральними.

M_x — недостатньо даних для визначення віддалених метастазів.

M₀ — немає ознак віддалених метастазів.

M₁ — наявні віддалені метастази.

pTNM - Патоморфологічна класифікація.

Категорії **pT**, **pN** і **pM** відповідають категоріям **T**, **N** і **M**.

pN₀ — Матеріал для гістологічного дослідження після селективної шийної регіонарної лімфаденектомії повинен включати не менше 6 лімфатичних вузлів.

Матеріал для гістологічного дослідження після радикальної або модифікованої радикальної шийної лімфаденектомії повинен включати не менше 10 лімфатичних вузлів.

G — Гістопатологічна градація.

G_x — Ступінь диференціації не може бути визначений.

G₁ — Високий ступінь диференціації.

G₂ — Середній ступінь диференціації.

G₃ — Низький ступінь диференціації.

G₄ — Недиференційована пухлина.

Групування за стадіями.

Стадія 0	T _{is}	N ₀	M ₀
Стадія I	T ₁	N ₀	M ₀
Стадія II	T ₂	N ₀	M ₀
Стадія III	T ₁	N ₁	M ₀
	T ₂	N ₁	M ₀
	T ₃	N ₀ , N ₁	M ₀
Стадія IVa	T ₄	N ₀ , N ₁	M ₀
Стадія IVb	T _{4b}	будь яке N	M ₀
	будь-яке T	N ₃	M ₀
Стадія IVc	будь-яке T	будь-яке N	M ₁

Клініка. Клінічні ознаки початкових стадій раку верхньощелепної пазухи настільки незначні, що хворі, зазвичай, не надають їм потрібної уваги і своєчасно не звертаються за медичною допомогою. Тому, більшість хворих потрапляє в онкологічні заклади в занедбаних стадіях. Затримці своєчасного потрапляння хворих в спеціалізовану клініку сприяє помилкове розпізнавання захворювання і, внаслідок, неадекватне тривале лікування хворих з приводу інших захворювань. За даними Г.П. Іоанідіса, 35% хворих на рак верхньощелепної пазухи внаслідок помилкового діагнозу були прооперовані з приводу гаймориту, поліпа носа, періоститу верхньої щелепи та ін.

Симптоми раку верхньощелепної пазухи в значній мірі залежать від локалізації пухлини в тому чи іншому відділі гайморової пазухи та напрямку росту пухлини за межі пазухи. Для систематизації цих симптомів їх доцільно розділити на ринологічні, офтальмологічні, стоматологічні, неврологічні:

Ринологічні:

- гнійно-кров'янисті виділення з носа;
- одностороннє утруднення або повна відсутність носового дихання;
- деформація зовнішнього носа, зміщення носа в здоровий бік;
- аносмія.

Стоматологічні:

- зубний біль (переважно в ділянці молярів);
- розхитування зубів;
- дистопія зубів (латеральна девіація);
- деформація, потовщення альвеолярного відростка верхньої щелепи, піднебіння;
- тенденція до утворення ороантральних сполучень після екстракції зубів;
- контрактура жувальних м'язів (інвазія в ділянку крилоподібних м'язів).

Офтальмологічні:

- екзофтальм;
- диплопія;
- слъзотеча (обструкція слъзо-носової протоки);
- набряк повік;
- зниження гостроти зору.

Неврологічні:

- прозопалгії (біль в ділянці обличчя);
- симптоматичні тригемінальні невралгії;
- парестезії в зоні іннервації суборбітального нерву;
- виснажливий головний біль.

Визнаючи тісний взаємозв'язок між локалізацією злоякісної пухлини верхньощелепної пазухи та її клінічним перебігом, шведський отоларинголог Ohngren (1933) запропонував поділяти верхню

щелепу на 4 відділи (сектори або сегменти). Такий розподіл виконується внаслідок проведення двох площин, що перетинаються: перша площина фронтальна, вона проходить через медіальний кут ока та кут нижньої щелепи і розділює верхню щелепу і гайморову пазуху на дві приблизно однакові частини: передньо-нижню та верхньо-задню; друга площина сагітальна, вона проходить через зіницю ока, розділює гайморову пазуху, відповідно, на внутрішню (медіальну) та зовнішню (латеральну) половини.

Внаслідок цього утворюються 4 сектори:

- нижньо-передньо-внутрішній;
- нижньо-передньо-зовнішній;
- верхньо-задньо-внутрішній;
- верхньо-задньо-зовнішній.

Пухлина, яка виникає в кожному із вказаних секторів, має свої власні клінічну картину і напрямок пухлинного росту.

Площину, яка розділяє верхню щелепу на верхньо-задній та передньо-нижній відділи, деякі автори називають площиною або лінією злякисності. Справа в тому, що пухлини задньо-верхніх відділів діагностуються значно пізніше, а пухлинний процес набагато раніше переходить на життєво важливі органи і, тому, прогноз при пухлинах цих локалізацій значно гірший.

Для пухлин нижньо-передньо-внутрішнього сектора характерними є слизові, слизово-гнійні або гнійно-кров'яністі виділення з носа. Проростання в порожнину носа приводить до ускладнення дихання ураженою половиною носа, пухлина стає видимою і доступною для біопсії при риноскопії. В пізніших стадіях спостерігається деформація лицьового скелету внаслідок руйнування передньої стінки гайморової пазухи, переднього відділу піднебіння, альвеолярного відростка верхньої щелепи. Пухлина може розповсюджуватись на м'які тканини. Носогубна борозна згладжується, з'являється асиметрія обличчя.

Пухлини нижньо-передньо-зовнішнього сектора викликають біль, розхитування зубів, деформацію альвеолярного відростка і верхньої щелепи в задніх відділах. Внаслідок руйнування задньої стінки і проростання пухлини в підскроневу та крилопіднебінну ямку виникають явища контрактури жувальних м'язів.

Пухлини задньо-верхньо-внутрішнього сектору часто діагностують в пізніших стадіях захворювання, тому що вони важко доступні для огляду і дослідження. Якщо пухлина спочатку проростає в носові ходи, то, насамперед, з'являються характерні симптоми (ускладнення носового дихання, кров'яністі виділення з порожнини носа), а при риноскопії у верхніх відділах носа можна побачити пухлину. Інфільтруючи ділянку орбіти, пухлина призводить до зміщення очного яблука вперед і латерально. Внаслідок здавлення пухлиною слъозового каналу виникає слъозотеча.

Пухлини задньо-верхньо-зовнішнього сектору, також, призводять до виникнення екзофтальму із зміщенням ока у внутрішні відділи, що супроводжується диплопією. Спостерігаються застійні явища, набряк повік. При подальшому збільшенні пухлини з'являється асиметрія обличчя, а потім і значна його деформація. Розвиток пухлин супроводжується інтенсивними, виснажливими болями в ділянці гілок трійчастого нерва, головним болем, явищами контрактури жувальних м'язів.

Діагностика. Для встановлення діагнозу злякисної пухлини верхньощелепної пазухи ретельно знайомляться з анамнезом захворювання, в якому є можливість простежити постійне зростання симптомів захворювання і відсутність ефекту від лікувальних заходів.

Під час зовнішнього огляду хворого в пізніх стадіях захворювання визначають асиметрію і деформацію лицьового скелету, зміщення очного яблука.

Передня риноскопія дає можливість виявити пухлину в порожнині носа, видалити шматочок пухлини для гістологічного дослідження. Якщо пухлина не виходить за межі пазухи, виконують її пункцію і проводять цитологічне дослідження пунктату. При задній риноскопії можна встановити наявність або відсутність проростання пухлини в носоглотку. При цьому необхідно відрізнити "провисання" пухлини через хоани в просвіт носоглотки від пухлинної інфільтрації її стінок, бо це є одним із критеріїв операбельності хворого.

Огляд порожнини рота дає змогу визначити деформацію альвеолярного відростка й піднебіння; наявність дистопії, розхитування та випадіння зубів, виразки або горбистої пухлини.

За допомогою пальпації можна визначити інфільтрацію м'яких тканин у ділянці іклової ямки та нижньоорбітального краю, деформацію схилю носа та вилицевої кістки. Пальпацію м'яких тканин і кісток виконують бімануально, порівнюючи симетрично розташовані ділянки. Якщо знаходять пухлину, визначають пальпаторно її межі, консистенцію (щільна, хрящоподібна, еластична, м'яка), поверхню (горбиста, гладенька), спаяність з м'якими тканинами щоки.

Пальпаторне обстеження регіонарних (піднижньощелепних, привушних, шийних і надключичних) лімфатичних вузлів має велике діагностичне значення. При метастазах пухлин в піднижньощелепну ділянку та ділянку шиї визначаються щільні, частіше безболісні, лімфатичні вузли, які в подальшому стають нерухомими та зливаються в суцільні конгломерати.

Рентгенологічне дослідження лицевого скелету відіграє значну роль в уточненні клінічного діагнозу злоякісних пухлин верхньої щелепи. Використовується як оглядова, так і прицільна рентгенографія. Особливо інформативними є рентгенограми в носопідборідній (окципітоментальній) проекції та панорамна рентгенографія верхньої щелепи (за В.Д. Сидорою із співавт.). Великими діагностичними можливостями відзначається метод рентгенологічного дослідження додаткових пазух носа за допомогою їх штучного контрастування. Важливе значення має томографія (пошарове рентгенографічне дослідження). При виконанні томограм у фронтальній проекції перший зріз проходить на відстані 1 см від перенісся. Виконують 4-5 зрізів з томографічним кроком в 1 см. Можна виконувати зрізи і в сагітальних площинах. Значну діагностичну цінність в уточненні ступеня розповсюдженості злоякісних пухлин верхньої щелепи має комп'ютерна томографія, яка є набагато інформативнішою, ніж звичайне рентгенологічне дослідження.

При локалізації пухлини в задньо-верхньо-медіальному секторі необхідно визначити стан орбіти, зокрема цілість її стінок і рухомість очного яблука, тому обов'язковою є консультативне обстеження окуліста.

Ступінь розповсюдженості пухлини на задні відділи носових ходів і носоглотку можна виявити за допомогою фіброскопії.

Клінічний діагноз обов'язково повинен бути підтверджений результатами морфологічного дослідження (біоптату пухлини із носа або порожнини рота, якщо пухлина проростає в ці анатомічні відділи) або цитологічним дослідженням пунктату або промивних вод із гайморової пазухи.

Лікування. Складні топографо-анатомічні взаємовідносини ділянки верхньої щелепи, близькість передньої черепної ямки, орбіти, носоглотки, крило-щелепної та підскроневої ямок значно знижують можливість виконання онкологічно адекватних оперативних втручань, які б задовольняли вимогам абластики та антиабластики. Ці обставини, а також, пізня діагностика пухлин верхньощелепної пазухи зумовлюють необхідність комбінованого лікування. В усіх випадках, коли можна виконати операцію, перевагу надають саме комбінованому методу лікування. Він складається з 2 етапів: перший етап – передопераційний курс дистанційної гама-терапії сумарною вогнищевою дозою 40-45 Гр і другий етап – електрохірургічне видалення верхньої щелепи. Променева терапія, як компонент комбінованого лікування, відіграє важливу роль в забезпеченні радикалізму лікування, підвищенню абластичності операцій. За допомогою передопераційної променевої терапії вдається досягти зменшення пухлини, відмежування її, зниження потенціалу злоякісності. Післяопераційна променева терапія показана лише тоді, коли немає впевненості в радикалізмі виконаної операції.

Резекцію верхньої щелепи виконують через 3 – 4 тижні після закінчення передопераційного курсу променевої терапії. Труднощі локалізації пухлини зумовлюють проведення електрохірургічних операцій широкими позаротовими доступами, які дозволяють точніше визначити межі новоутворення і радикально його видалити. Найчастіше застосовують розтин м'яких тканин за Вебером.

При розповсюдженні пухлин на решітчастий лабіринт, ділянку орбіти показані розширені операції, часто з ексцентерацією орбіти. При цьому, слід враховувати перев'язку зовнішньої сонної артерії на стороні ураження для зменшення інтраопераційної втрати крові.

При підозрі або наявності метастазів в ділянці шиї одночасно з резекцією щелепи, якщо дозволяє стан хворого, виконують фасціальну-футлярне видалення клітковини шиї за Пачесом або операцію Крайля, відповідно.

В.С. Проциком розроблений комбінований метод лікування раку верхньої щелепи, який полягає в проведенні внутрішньоартеріальної хіміотерапії з застосуванням препарату «Метотрексат», наступної телегамматерапії за інтенсивною методикою (при щоденному фракціонуванні по 5 Гр сумарною вогнищевою дозою до 20 Гр). Через 1-2 дні виконують електрорезекцію верхньої щелепи з закладанням в післяопераційну порожнину стенового аплікатора з препаратами Co^{60} і підведенням дистанційної променевої терапії на післяопераційну рану дозою до 35-40 Гр. Після лікування таким хворим показана II група інвалідності.

Реабілітація. Хворі, яким проведені оперативні втручання з приводу злоякісних пухлин верхньої щелепи, потребують складного щелепно-лицевого протезування. Найчастіше застосовують трьох етапну методику протезування: 1) перед операцією виготовляють безпосередній протез – захисну платівку; 2) на 10-15 добу після операції виготовляють формуючий протез; 3) через місяць

виготовляють остаточний протез. Дефекти орбіти і м'яких тканин обличчя відновлюють за допомогою ектопротезів.

Крім складного протезування, такі хворі потребують відновлюючих операцій, навчання у логопеда, оздоровлення в будинках відпочинку і санаторіях загального профілю.

Прогноз. Прогноз, взагалі, несприятливий: вже на протязі 1 року після комбінованого лікування спостерігається від 30% до 60% рецидивів. Хіміотерапія та ізольована променева терапія, як правило, дають короткочасний ефект.

Б. Злоякісні пухлини нижньої щелепи.

В нижній щелепі зустрічаються первинні, вторинні та метастатичні злоякісні пухлини.

Первинний плескато-клітинний рак нижньої щелепи зустрічається дуже рідко і розвивається із епітеліальних залишків гертвігієвої мембрани.

Вторинний рак нижньої щелепи, найчастіше, розвивається внаслідок переходу злоякісного процесу із слизової оболонки альвеолярного відростку нижньої щелепи, а також, дна порожнини рота, ретромолярної ділянки, щоки.

Метастатичний рак нижньої щелепи зустрічається при метастазуванні в нижню щелепу злоякісних новоутворень внутрішніх органів, щитоподібної та молочної залоз.

Патологічна анатомія. Найчастіше рак нижньої щелепи належить до пухлин, які мають будову плескато-клітинної з ороговінням, і рідше – без ороговіння, карциноми. Пухлина може бути представлена ендofітньою або екзофітньою формами росту. Метастази раку нижньої щелепи спостерігаються значно частіше, ніж при раку верхньої щелепи. Метастазування - переважно лімфогенним шляхом в піднижньощелепні та шийні лімфатичні вузли.

Клініка. Початкові прояви раку нижньої щелепи можуть бути досить різноманітними. Ранніми симптомами є напади різкого болю з іррадіацією за ходом нижнього альвеолярного нерва. Поступово збільшується здуття кістки. Внаслідок деструкції стінок альвеол, тканин пародонту, що, інколи, має прихований перебіг, з'являються патологічна рухомість, а потім, і випадіння зубів. Пухлина проростає слизову оболонку альвеолярного гребеня, укривається виразками і поширюється на тканини дна порожнини рота. На цьому етапі розвитку рак нижньої щелепи важко відрізнити від раку слизової оболонки порожнини рота, який розповсюджується на нижню щелепу.

Рак нижньої щелепи може бути представленим у вигляді як пухлинного інфільтрату, так і пухлинної виразки. При розповсюдженні пухлини на прилеглі до щелепи органи і тканини внаслідок набряку й інфільтрації тканин виникає асиметрія обличчя. Значне руйнування нижньої щелепи пухлинним процесом може привести до спонтанного патологічного перелому, що може стати першою причиною звертання до лікаря. У випадку приєднання до пухлинного процесу запальних явищ, особливо в ділянках прикріплення жувальних м'язів, і при порушенні безперервності нижньої щелепи, виникають обмеження обсягу її рухомості, різко порушується функція жування. При переважному рості пухлини вглибину кісткової тканини крім швидкого руйнування кістки з утворенням патологічної кісткової порожнини відбувається, також, резорбція коренів прилеглих зубів; проростання пухлини в нижньощелепний канал супроводжується появою симптому Венсана.

Ураження регіонарних лімфатичних вузлів значно погіршує клінічну картину захворювання.

Діагностика. Для своєчасної діагностики важливе значення мають:

- правильно зібрані і ретельно проаналізовані анамнези захворювання та життя;
- ретельно проведене об'єктивне обстеження хворого;
- рентгенологічні, цитологічні та морфологічні методи дослідження належать до основних методів розпізнавання злоякісних новоутворень щелеп.

При ураженні нижньої щелепи раком на рентгенограмі визначаються:

- деструкція кісткової тканини з нечіткими межами;
- розширення періодонтальних щілин;
- деструкція кортикальної платівки стінок альвеоли та губчастої речовини навколо неї;
- розширення нижньощелепного каналу та ін.

Найбільш достовірною верифікацією діагнозу є морфологічна та цитологічна.

При наявності виразки або пухлини на слизових оболонках альвеолярного відростку, дна порожнини рота, ретромолярної ділянки та ін. виконують біопсію пухлини; в ранніх стадіях раку нижньої щелепи, по можливості, проводять пункційне або трепанаційне цитологічне дослідження. Обов'язкове цитологічне дослідження пунктату збільшених регіонарних лімфатичних вузлів.

Диференційну діагностику проводять для уточнення діагнозу. З цією метою необхідне виключення: травматичних ушкоджень; гострих, хронічних та специфічних запальних процесів;

врожденної патології; доброякісних одонтогенних і остеогенних пухлин, пухлин судин та м'яких тканин; злоякісних та метастатичних новоутворень щелепно – лицевої ділянки.

Лікування. Як і при інших локалізаціях раку порожнини рота лікування пухлин нижньої щелепи слід починати з санації. Протипоказанням є лише видалення зруйнованих та розхитаних зубів із зони росту злоякісної пухлини. Найкращі результати при лікуванні раку нижньої щелепи спостерігають при застосуванні комбінованих методів:

I етап – дистанційна гамма-терапія на вогнище і регіонарні піднижньощелепні лімфатичні вузли сумарною вогнищевою дозою 45 – 60 Гр.

II етап – хірургічне лікування через 3 – 4 тижні після закінчення променевої терапії – резекція або екзартикуляція половини нижньої щелепи з профілактичною фасціально - футлярною лімфаденектомією або (при наявності регіонарних метастазів) операцією Крайля.

Хворим із занедбанними стадіями призначають:

а) паліативну променеву терапію (до 70 Гр);

б) регіонарну внутрішньоартеріальну хіміотерапію цитостатиками (метотрексат, блеоміцин, цисплатин та ін.).

Видаленню пухлини нижньої щелепи повинен передувати комплекс заходів, спрямованих на виготовлення ортопедичних конструкцій, що використовуються для утримання в правильному положенні залишків нижньої щелепи (шина Ванкевич). Інколи, з цією ж метою застосовують назубні дротяні шини з міжщелепною еластичною тягою. Від комплексу ортопедичних заходів в значній мірі залежить швидкість загоєння рани і естетичний аспект післяопераційних рубців. Після лікування таким хворим показана II група інвалідності.

Реабілітація. В післяопераційному періоді, особливо після резекції значної частини нижньої щелепи і жувальних м'язів, годування хворого впродовж кількох тижнів здійснюють через носостравохідний зонд. Реконструктивні операції з метою заміщення дефектів нижньої щелепи – кісткову пластику, особливо після променевої терапії, доцільно виконувати через 10-12 місяців.

Прогноз при злоякісних захворюваннях нижньої щелепи дуже несприятливий – п'ятирічне виживання після лікування всіх злоякісних пухлин цієї локалізації спостерігається у 18% - 30% хворих.

В. Саркоми щелепно-лицевої ділянки.

Саркома – злоякісна пухлина мезенхімального походження частіше уражає щелепи, рідше локалізується в оточуючих м'яких тканинах. Найчастіше спостерігаються такі форми сарком: остеогенні, хондросаркоми, фібросаркоми, ангіосаркоми та ін. В порівнянні із раком саркоми щелепно-лицевої ділянки зустрічаються у відносно молодшому віці. Метастазування, переважно, гематогенним шляхом. Клінічні прояви визначаються, головним чином, локалізацією пухлини.

Топографічно розрізняють, так звані, центральні та периферичні саркоми щелеп.

При центральних саркомах, які походять із сполучнотканинних елементів кісткового мозку і кісткової тканини, ранніми симптомами є: ниючий біль, який спочатку турбує хворого вночі, а потім набуває постійного характеру; рухомість зубів і деформація щелепи у вигляді її здуття; зниження електрозбуджуваності зубів, верхівки яких розташовані в зоні росту пухлини; сукровичні виділення з носового ходу, ускладнення носового дихання можуть спостерігатись при ураженні верхньої щелепи; парестезія в ділянці шкіри підборіддя та половини нижньої губи (симптом Венсана) при ураженні нижньої щелепи.

У хворих з центральними саркомами під час рентгенологічного обстеження визначаються вогнища деструкції кісткової тканини округлої форми з нечіткими нерівними контурами, періостальними козирками.

При периферійних саркомах щелеп одним із перших симптомів є: деформація щелепи – потовщення певного її відділу; виразки слизової оболонки - периферійні пухлини альвеолярних відростків часто травмуються під час жування, що викликає виникнення виразок на слизовій оболонці, яка вкриває пухлину, і приєднання вторинної інфекції; патологічна рухомість зубів виникає внаслідок деструкції кісткової тканини і тканин пародонту; досягнення за короткий час значних розмірів новоутворення веде до порушення носового дихання, змикання зубних рядів, обмеження рухомості нижньої щелепи, ускладнення розмови і приймання їжі.

Рентгенологічна картина при периферичних саркомах щелеп характеризується відшаруванням окістя та формуванням новоутвореної кісткової тканини у вигляді періостальних нашарувань і окремих шипів (спікул).

Для сарком притаманна експансивна форма росту, при цьому збільшення маси пухлини відбувається значно швидше, ніж у хворих на рак. До появи метастазів та пухлинних виразок з приєднанням інфекції, загальний стан хворих залишається задовільним.

Прогноз та вибір раціонального методу лікування в значній мірі визначаються структурою пухлини, тому дуже важливою є морфологічна верифікація пухлинного процесу. Слід приймати до уваги, що фібросаркома, міксосаркома, хондросаркома і остеосаркома є пухлинами, які резистентні до променевої терапії і, тому, основним методом їх лікування є хірургічний. У неоперабельних хворих застосовують хіміотерапію в поєднанні з променевою терапією.

Навчальний процес. Доповнення відповідей студентів з демонстрацією хворих, стендів, таблиць, рентгенограм. Потрібно з'ясувати чим відрізняються рентгенограми при запальних процесах, доброякісних та злоякісних пухлинах. По схемах продемонструвати розтини при оперативних втручаннях. Прийом, курація тематичних хворих проводиться в поліклініці та стаціонарі ПОКОД. При наявності декількох хворих за темою студенти розділяються на підгрупи по 2 – 3, самостійно обстежують хворих, вивчають результати спеціальних методів обстеження, в разі необхідності виконують під керівництвом викладача пункцію.

Складається план обстеження та лікування хворого, заповнюється медична документація, виписуються необхідні рецепти. Заняття можна продовжити в перев'язувальній кімнаті, вивчивши стан хворого після операції на слинній залозі, навчити студентів вести післяопераційний період у хворих.

12. ПЛАН І ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА НАВЧАЛЬНОГО ЗАНЯТТЯ З ДИСЦИПЛІНИ.

№ з/п	Етапи заняття	Розподіл часу	Види контролю	Засоби навчання
1.	Підготовчий етап.	15 хв.	Усне опитування за переліком питань. Письмове тестування.	Комп'ютер (ноутбук). Мультимедійні методичні розробки. Анатомічні муляжі. Відео- та фотоматеріали. Електронні довідники. Рентгенограми, ортопантомограми, томограми. Набір інструментарію. Результати лабораторних, цитологічних та гістологічних досліджень.
1.1	Організаційні питання.			
1.2	Формування мотивації.			
1.3	Контроль початкового рівня підготовки (стандартизовані засоби контролю).			
2.	Основний етап (вказати всі види робіт, які виконують студенти під час цього етапу).	60 хв.	Практичний тренінг. Вирішення клінічних задач. Створення алгоритмів лікарських дій, професійний тренінг.	
3.	Заключний етап.	15 хв.	Тестування. Практичні завдання. Ситуаційні та нетипові задачі. Усне опитування.	
3.1	Контроль кінцевого рівня підготовки.			
3.2	Загальна оцінка навчальної діяльності студента.			
3.3	Інформування студентів про тему наступного заняття.			

4.5. Види самостійної роботи студентів.

1. Вивчити такі питання ($\alpha= I$):

1.1. Описання анатомічної будови та особливостей кровопостачання, іннервації, лімфатичної системи голови та шиї.

1.2. Знання гістологічної будови м'яких тканин порожнини рота і обличчя, кісток лицевого черепа.

1.3. Знання патологічних змін в гістологічній будові м'яких тканин порожнини рота і обличчя, кісток лицевого черепа при злоякісних новоутвореннях.

1.4. Описання історії хвороби, порівняння клінічних обстежень.

2. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю ($\alpha= II$):

2.1. Під час обстеження хворого 64 років встановлено, що пухлина на язиці займає більшу його частину, рухомість язика обмежена, виявляються збільшені поодинокі регіонарні лімфатичні вузли на боці ураження. Після цитологічного дослідження встановлено діагноз: рак язика T2N1M0. Яке лікування необхідно застосувати у цього хворого?

А. Комбінований метод.

- В. Променева терапія.
 - С. Хірургічне видалення новоутворення.
 - Д. Хіміотерапія.
 - Е. Комплексне лікування.
- (Правильна відповідь: А).

2.2. У хворого 66 років в області підборіддя є щільна безболісна пухлина розміром 2,5x0,8 см, в центрі якої язва, дно якої вкрито активними грануляціями. В підпідборідній області під час пальпації виявлено збільшений, безболісний лімфовузол. Хворіє протягом 3-х місяців. Встановіть попередній діагноз.

- А. Актиномікоз області підборіддя.
 - В. Базальноклітинний рак області підборіддя.
 - С. Кератоакантома області підборіддя.
 - Д. Плоскоклітинний рак області підборіддя.
 - Е. Трофічна язва області підборіддя.
- (Правильна відповідь: D).

2.3. Хворий 62 років поступив до онкодіспансеру з приводу злоякісної пухлини верхньої щелепи (IV клінічна група). Який вид лікування необхідно застосувати?

- А. Комбіноване.
 - В. Паліативне.
 - С. Хіміотерапія.
 - Д. Променева терапія.
 - Е. Хірургічне.
- (Правильна відповідь: В).

3. Тестові завдання з множинним вибором:

3.1. Променева терапія в лікуванні раку слизової оболонки порожнини рота може бути застосована:

- А. Як самостійний радикальний метод.
 - В. Як паліативний метод.
 - С. Як етап комбінованого лікування.
 - Д. Правильні відповіді А і В.
 - Е. Усі відповіді правильні.
- (Правильна відповідь: В, С).

3.2. До факторів, які сприяють виникненню раку нижньої губи, відносять:

- А. Куріння.
 - В. Хронічна травма.
 - С. Контакт зі з'єднаннями миш'яку.
 - Д. Променева енергія.
 - Е. Кліматичні умови.
- (Правильна відповідь: А, В, D, E).

3.3. Які методи дослідження необхідно провести для верифікації діагнозу – рак слизової оболонки дна порожнини рота.

- А. Цитологічний.
 - В. Гістологічний.
 - С. Загальний та біохімічний аналіз крові.
 - Д. Контрастна рентгенографія.
 - Е. Комп'ютерна рентгенографія.
- (Правильна відповідь: А, В).

4. Задачі для самоконтролю:

4.1. У хворого Ш., 55 р., в центрі нижньої губи спостерігається виразка 2 см в діаметрі, з валикоподібними краями, спостерігається інфільтрація тканин, що оточують виразку. Поставте попередній діагноз? В які лімфатичні вузли можливі метастази? Визначте метод лікування хворого.

(Відповідь: рак нижньої губи. Можливі метастази в підщелепні лімфатичні вузли. Лікування комбіноване).

4.2. Хвора З., 60 років, звернулась із скаргами на біль під час ковтання, що виникла біля 3 тижнів тому і поступово посилюється. Під час огляду на боковій поверхні язика зліва виявлена виразка з переходом на слизову оболонку дна порожнини рота, до 2 см в діаметрі, болісна при пальпації, з

кровоточащим дном, спостерігається обмеження рухомості язика. Оточуючі тканини тканини інфільтровані.

Поставте попередній діагноз та вкажіть, які методи дослідження потрібно провести для уточнення діагнозу.

(Відповідь: рак бокової поверхні язика зліва. Необхідно провести гістологічне (біопсію) та цитологічне дослідження виразки.

4.3. Лікар-стоматолог поліклініки виявила у хворого ураження нижньої губи, підозріле на рак.

До якої клінічної групи належить хворий? Яка подальша тактика лікаря-стоматолога?

(Відповідь: клінічна група 1-А. Необхідно провести біопсію або цитологічне обстеження, направити хворого в онкологічний диспансер).

4.6. Перелік індивідуальних завдань (не передбачено робочою навчальною програмою з дисципліни).

4.8. Перелік теоретичних питань до підсумкового модульного контролю (з типової навчальної програми).

1. Які фактори впливають на виникнення злоякісних новоутворень м'яких тканин порожнини рота і обличчя, кісток лицевого черепа.

2. Як класифікують злоякісні новоутворення м'яких тканин порожнини рота і обличчя, кісток лицевого черепа (вітчизняна класифікація)?

3. Як класифікують злоякісні новоутворення м'яких тканин порожнини рота і обличчя, кісток лицевого черепа за класифікацією TNM (міжнародною класифікацією ВООЗ)?

4. Які принципи діагностики злоякісних новоутворень м'яких тканин порожнини рота і обличчя, кісток лицевого черепа?

5. Що таке цитологічний метод дослідження? Які методи забору матеріалу при злоякісних новоутвореннях губ, язика, слизової оболонки порожнини рота Ви знаєте? Методики виконання.

6. Що таке біопсія? Які методи біопсії Ви знаєте? Методики виконання різних методів біопсії.

7. Яких правил слід дотримуватись під час взяття біопсії?

8. Які принципи лікування злоякісних новоутворень м'яких тканин порожнини рота і обличчя, кісток лицевого черепа?

9. Що таке комбіноване лікування?

10. Що таке комплексне лікування?

11. Що таке паліативне лікування?

12. Як виконують диспансеризацію хворих із злоякісними новоутвореннями м'яких тканин порожнини рота і обличчя, кісток лицевого черепа?

4.9. Перелік практичних завдань та робіт до підсумкового модульного контролю (з типової навчальної програми).

1. Обстежити хворого зі злоякісним новоутворенням м'яких тканин порожнини рота і обличчя або кісток лицевого черепа.

2. Заповнити медичну документацію на хворого із злоякісним новоутворенням м'яких тканин порожнини рота і обличчя, кісток лицевого черепа.

3. Скласти план обстеження хворого із злоякісним новоутворенням м'яких тканин порожнини рота і обличчя, кісток лицевого черепа.

4. Взяти матеріал для цитологічного дослідження пухлини.

5. Провести забор матеріалу для цитологічного дослідження лімфатичних вузлів.

6. Провести забор матеріалу для гістологічного дослідження (виконати біопсію).

7. Поставити та обґрунтувати клінічний діагноз.

8. Скласти та обґрунтувати план лікування.

9. Призначити хворому диспансерний нагляд.

4. ЛІТЕРАТУРА.

Основна література:

1. Онкологія. За ред. Б.Т. Білинського, Ю.М. Шпарика. – Київ: «Здоров'я», 2004. – 527 с.

2. Онкологія /За ред. В.П.Баштана, А.Л. Одабашьяна, П.В. Шелешка. – Тернопіль; Укрмедкнига, 2003. – 316 с.

3. Черенков В.Г. Клиническая онкология: Руководство для студентов и врачей. М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 1999. – 384 с.

Додаткова література:

1. Онкологія. За ред. І.Б. Щепотіна. – Київ: «Книга плюс», 2006. – 496 с.

2. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. М.: Медицина, 1983. – 416 с.

3. Соловьєв М.М. Онкологические аспекты в стоматологии. М.: Медицина, 1983. – 160 с.
4. Справочник по онкологии. Под ред. С.А. Гриневича, Д.В. Мясоедова. – Київ. «Здоров'я», 2009. - 576 с.
5. Вибрані лекції з клінічної онкології. За ред. проф. Г.В. Бондаря і проф. С.В. Антіпової. Луганськ, 2009. – 560 с.
6. Стандарти діагностики і лікування онкологічних хворих. Затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Онкологія» від 17.09.2007 № 554. – 199 с.
7. Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний. Под ред. Н.И. Переводчиковой. – Москва: Практическая медицина, 2005. – 704 с.

№ 18. Вогнепальні, невогнепальні пошкодження м'яких тканин ЩЛД. Опіки і комбіновані пошкодження. Пластика м'яких тканин. Фізіотерапія в комплексному лікуванні травм ЩЛД.

1. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 1.1.Аналізувати результати клінічних обстежень хворих з пошкодженнями м'яких тканин щелепно-лищевої ділянки.
- 1.2.Запропонувати план лікування хворих з пошкодженнями м'яких тканин щелепно-лищевої ділянки різної локалізації.
- 1.3.Класифікувати різні види пошкоджень м'яких тканин щелепно-лищевої ділянки.
- 1.4.Вміти виділяти основні клінічні прояви при пошкодженнях м'яких тканин щелепно-лищевої ділянки в залежності від локалізації та пошкоджуючого агента.
- 1.5.Здійснити тимчасову та постійну зупинку кровотечі з і провести хірургічну обробку ран м'яких тканин обличчя.
- 1.6.Знати клінічні ознаки вогнепальних пошкоджень м'яких тканин щелепно-лищевої ділянки.
- 1.7.Оволодіти навичками діагностики вогнепальних поранень м'яких тканин щелепно-лищевої ділянки.
- 1.8.Вміти організувати лікування поранених з вогнепальними пошкодженнями м'яких тканин щелепно-лищевої ділянки та їх ускладненнями на етапах медичної евакуації.
- 1.9.Розвивати творчі здібності в процесі клінічного та теоретичного дослідження проблемних питань травматології щелепно-лищевої ділянки військового часу та в умовах надзвичайних ситуацій.

2.БАЗОВИЙ РІВЕНЬ ПІДГОТОВКИ.

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
Топографічна анатомія.	Визначити ділянку пошкодження щелепно-лищевої локалізації.
Пропедевтика хірургічної стоматології.	Володіти методами загального та місцевого знеболення при проведенні хірургічної обробки ран.
Загальна хірургія	Здійснити тимчасову зупинку кровотечі. Накладати основні типи м'яких пов'язок.
Пропедевтика внутрішніх хвороб.	Застосовувати схему обстеження хворого, описувати історію хвороби.
Внутрішні хвороби	Надати невідкладну допомогу
Спеціальна військова підготовка	Оформлювати первинну медичну картку пораненого та хворого.
Медицина катастроф	Організувати надання першої медичної, долікарської та першої лікарської допомоги пораненим на етапах медичної евакуації.
Військово-польова хірургія	Визначити характер вогнепального поранення м'яких тканин, оглянути та обстежити пораненого, визначити чергу та порядок надання медичної допомоги пораненому, порядок та чергу евакуації пораненого.

4. ОРГАНІЗАЦІЯ ЗМІСТУ НАВЧАЛЬНОГО МАТЕРІАЛУ.

Класифікація ушкоджень м'яких тканин.

Травми м'яких тканин:

1. Ізольовані з ушкодженням:

а) язика; б) слинних залоз; в) крупних нервів; г) крупних судин.

2. Поєднані.

Невогнепальні ушкодження м'яких тканин

Садно – поверхнєве ушкодження шкіри без порушення її цілісності та прилеглих тканин. Лікування саден: антисептична обробка 0,12% р-ном хлоргексидину, 2-4% р-ном йоду, р-ном «Вокадина» та ін.

Забой – закритє механічне ушкодження м'яких тканин без видимого порушення їх анатомічної цілісності.

Синець – крововилив в товщу шкіри або слизової оболонки

Гематома – обмеженє скупчення крові в тканинах з утворенням в них порожнини, яка містить рідку або згорнуту кров

Класифікація гематом:

По розташуванню: підшкірні, підслизові, підокісні, міжм'язові, підфасціальні

За локалізацією: щічна ділянка, підочна ділянка, периорбітальна ділянка, піднижньощелепна та ін. ділянки

За станом вилитої крові: незагноєна гематома, інфікована гематома, інкапсульована гематома

За відношенням до просвіту кровоносної судини: не пульсуюча, пульсуюча, роспираюча

Синдром позиційного стискання – закриті ушкодження м'яких тканин без значного їх розчавлення, що виникає при довготривалому стисканні тканин масою власного тіла

Лікування: перші 24-28 годин холод, с 3-ї доби теплові процедури, троксевазин гель, гепаринова мазь та ін.

Рана – порушення цілісності шкіри або слизової оболонки на всю їх товщину, що викликано механічною дією: забиті, рвані, різані, колоті, рублені, укушені, розчавлені, скальповані

Забиті рани: нерівні краї, точкові крововиливи, синці, зона крайового некрозу, зянення країв рани

Рвані рани: неправильна форма країв, відшарування або відрив тканин, крововиливи, часто наскрізні

Різані рани: лінійна або 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

1. Велика кількість рихлої клітковини, наявність густої капілярної сітки, еластичність шкірних покривів → значний набряк тканин, що швидко розвивається

2. Густа капілярно-венозна сітка, протока слинної залози, м'язова маса язика → профузна кровотеча, порушення дихання

3. Параліч або парез м'язів → спотворення обличчя

4. Втрата замикаючої функції кругового м'язу рота або очного яблука → постійна слинотеча та мацерація шкіри, кон'юнктивіт, блефарит та ін.

5. Наявність залозистих структур → стійкі слинні нориці

6. Ушкодження магістральних судин (сонні, язичні, нижньощелепні артерії, внутрішні та зовнішні яремні, лицеві вени → гостра крововтрата, повітряна емболія, гематома, стенотична асфіксія

7. В період загоєння ран рубцеві стягнення можуть викликати виворіт повік, крил носа, губи з розвитком слино-, слъзотечі → спотворення обличчя.

Фази загоєння ран м'яких тканин:

1. Початковий період мікробного забруднення та очищення рани (0-48 годин)

2. Період дегенеративно-запальних змін (формування грануляційної тканини, зменшення лімфоїдної інфільтрації, збільшення кількості фібробластів, утворення сполучнотканинного матриксу) – (3-5-а доба)

3. Період активного росту фібрознаї, епітеліальної тканини, ретракція рани, первинний рубець (5-12-а доба)

4. Завершення формування первинного рубця, зникнення набряку, інфільтрації оточуючих тканин – дегідратація, швидке наростання фіброзних та колагенових волокон (12-18-а доба)

5. Період остаточного формування рубця (до 0,5 – 1 року).

Екстрєна допомога при ушкодженнях м'яких тканин обличчя та шиї

Екстрена допомога пацієнтам з ушкодженням м'яких тканин обличчя та шиї спрямована на зупинку кровотечі, попередження асфіксії та шоку. Ранову поверхню покривають асептичною пов'язкою, вводять протиправцеву сироватку та анатоксин. Для зменшення набряку м'яких тканин рекомендується застосування холоду на ділянку ушкодження.

Первинна хірургічна обробка (ПХО) рани

– це перше хірургічне втручання, що проводять з метою профілактики ранової інфекції.

Компоненти ПХО:

- розсічення рани для ревізії, ліквідації кишень, розривів
- висічення нежиттєздатних некротизованих тканин
- накладання швів

Методика:

- механічна обробка шкіри в ділянці поранення
- механічне очищення рани
- зупинка кровотечі
- огляд і ревізія рани та ранового каналу
- видалення сторонніх тіл;
- накладання швів

Обробка рани починається з ретельного її промивання ізотонічним розчином хлориду натрію або слабим антисептичним розчином та очищення оточуючої шкіри від засохлої крові та гязі. Застосування для промивання ран, особливо тих, що кровоточать, розчинів перекису водню або перманганату калію не рекомендується через їх глибокий вплив на ранову поверхню. Ретельна обробка шкіри та гоління обов'язкові, але контакту з раною при цьому слід уникати. Промиту рану висушують та ще раз обробляють антисептиками.

При забрудненні ран та саден шкіри мілкими сторонніми тілами (піском, кусочками гравію, асфальту, шлаку, деревини, скла) необхідне їх ретельне видалення шляхом рясного промивання, миття ран із застосуванням щітки. При промиванні ран в порожнині рота можна використовувати зубну щітку. Якщо сторонні тіла упроваджуються в товщу тканин, то їх необхідно видалити із застосуванням хірургічного інструмента. В іншому випадку, після заживлення ран та саден, можуть виникнути нориці, які тривало не загоюються, з гнійним відокремлюваним. Або, якщо сторонні тіла мають темне забарвлення, вони створюють «татування» рубців та шкіри навколо них. Після механічного очищення рани можна починати її хірургічну обробку.

Показання до видалення сторонніх тіл:

- поверхневе їх розташування
- локалізація в щілині перелому або поблизу крупних судин
- обмеження рухів нижньої щелепи
- порушення функцій дихання та вживання їжі
- виникнення та підтримка запального процесу
- локалізація в порожнині носа або у верхньощелепному синусі

Види швів:

– **первинний глухий шов** – накладається в перші 24-36 г за відсутності запальних явищ в рані та проведенні антибактеріальної терапії

– **первинний відстрочений шов** – накладається в перші 36-72 г при незначних запально-інфільтративних процесах

– **вторинний ранній шов** – накладається на 5-12-у добу за відсутності запального процесу в рані

– **вторинний пізній шов** – накладається на 12-20-у добу після висічення грануляцій

– пластинчасті шви:

- зближуючі (звичайні та кисетні) для постійного зближення країв рани з дефектом тканин
- направляючі для зменшення натягу
- розвантажуючі для тимчасового утримання шкірно-м'язових клаптів
- утримуючі
- шви для глухого закриття гранулюючої ран

«**обшивання**» країв рани – у випадках значних ушкоджень м'яких тканин, які поєднуються з одночасним ушкодженням щелеп. Швами з'єднуються краї шкіри із слизовою оболонкою порожнини рота → попередження інфікування рани та розвитку рубцевої контрактури

Первинна пластика при обробці ран обличчя

Важкість спотворення обличчя визначається величиною втрати тканин та наявністю ушкоджень повік, губ, периферичної частини носа. Саме ці ушкодження можуть привести до розвитку важких функціональних та естетичних порушень у потерпілого.

Для ран обличчя характерно значне їх зянення, обумовлене скороченням м'язів у товщі м'яких тканин, що створює враження вади та у тих випадках, коли немає втрати тканин.

В цих умовах необхідно визначити, чи є така вада справжньою. Це досягається зближенням країв рани у необхідному напрямі без натягування. Якщо такий прийом не досягає мети, то вада є справжньою. Наявність справжньої вади потребує застосування первинної пластики для закриття усіх ранових поверхонь та збереження нормальної форми та функції ушкодженої ділянки. Вибір способу пластики залежить від величини, глибини та локалізації вади. Найчастіше застосовують клапті на живлячій ніжці з оточуючих тканин.

Рекомендується при висіченні нежиттєздатних тканин надати ваді певну геометричну форму (ромбоподібну, чотирикутну, трикутну) та залежно від цього здійснювати місцево-пластичну операцію.

При неможливості використовувати місцеві тканини ранові поверхні, залежно від механізму ушкодження, закривають вільними, розщепленими або повношаровими шкірними клаптями. Розщеплені шкірні трансплантати слід переважно запозичувати з зовнішньої поверхні стегна, повношарові – з внутрішньої поверхні плеча, заушного простору. Шкірний трансплантат за формою та розміром завжди має відповідати рановій поверхні, що закривається. Для забезпечення приживлення шкірного трансплантата необхідно ретельно пришити його до країв рани та притиснути на 6-7 днів до дна рани давлючою пов'язкою з мілких кусочків марлі, що просочена антисептиком.

При утворенні клаптевої рани наявність достатньо широкої живлючої ніжки дає можливість після видалення усіх нежиттєздатних ділянок на клапті використовувати його для закриття ранової поверхні. Якщо живляча ніжка вузька та не забезпечує життєздатність клаптя, то його можна перетворити на вільний трансплантат. Клапоть змазують 2% розчином йоду з обох боків. Гострим скальпелем висікають усі нежиттєздатні та сильно забруднені ділянки і усю жирову клітковину до дерми. Шкірний реплантат промивають у теплому ізотонічному розчині хлориду натрію, що вміщує антибіотики, протирають серветкою, яка просочена ізотонічним розчином хлориду натрію з етиловим спиртом у співвідношенні 1:1, та роблять декілька наскрізних насічок. Після цього клапоть укладають на місце, ретельно підшивають його до країв рани та притискають його до дна пов'язкою. Рекомендується у ділянку дна та країв рани увести розчин антибіотиків. За такою ж методикою можна використовувати для закриття ранової поверхні повністю відторгнуту шкіру, якщо вона не розім'ята та не забруднена. Після приживлення такі клапті значно відрізняються від оточуючих покривів за кольором, тургором, еластичністю. Цьому їх використанню на обличчі доцільне лише у якості тимчасових заходів.

Особливої ретельності слід дотримуватися при первинній обробці та загоюванні ран повік, губ та крил носа, тому що ці ділянки обличчя мають важливе функціональне та естетичне значення. Рани повік, носа та губ мають бути оброблені та повністю епітелізовані простим зшиванням чи використанням прийомів первинної пластики в будь-які терміни госпіталізації пацієнта (за необхідності після попередньої підготовки рани). Якщо ці рани залишити для вторинного заживлення, то виникає рубцева деформація, що викликає порушення форми та функції ушкодженого органа.

Вогнепальні поранення

Види снарядів: кулі, осколки мін та бомб, кульки, стрілоподібні елементи, вторинні снаряди (зуби, осколки кісток та ін.).

Вогнепальна рана має три зони:

I. Зона ранового каналу – являє собою дефект тканин, який може містити згортки крові, некротизовані тканини, сторонні тіла. Напрямок ранового каналу залежить від положення голови пораненого та щільності тканин.

II. Зона первинного ранового некрозу – стінка ранового каналу, тканини цієї ділянки нежиттєздатні та підлягають видаленню під час ПХО.

III. Зона молекулярного струсу – має зворотні чи незворотні (невротизація) зміни тканин. Зміни в цій ділянці відбуваються повільно та поступово, часто виникають осередки вторинного некрозу. Визначення цієї зони майже не вирішене завдання.

Дія ударної хвилі (за Г.М.Івашенком)

1. Гіперемія шкіри, висипи, точкові крововиливи.

2. Поява пухирів на шкірі за рахунок відшарування епідермісу.

3. Екскоріації, порушення цілісності епітелію, зрив рогового шару.
4. Розриви шкіри та підлеглих тканин: клітковини, м'язів, розвиток підшкірної емфіземи.
5. Руйнування лицевого скелету.

Особливості вогнепальних ран обличчя:

1. Близькість головного мозку і часті його ушкодження різного характеру і ступеня в поєднанні з ушкодженнями ЩЛД.
2. Зосередження на обличчі практично усіх (крім тактильного) видів та органів чуття (зір, слух, нюх, смак) та часте їх поєднане ушкодження.
3. Безпосередня близькість до тканин і органів ЩЛД великих судинних та нервових стовбурів, ушкодження яких може призвести до тяжких ускладнень (кровотеча, параліч, контрактури, втрата чутливості та ін.)
4. Початкові відділи дихальної (гортань, трахея) і травної (глотка, верхня третина стравоходу) систем, ушкодження яких так само викликають ускладнення різного ступеня.
5. Велика кількість судинних сіток → масивна кровотеча.
6. Наявність мімічних м'язів → зяяння рани.
7. Наявність зубів → вторинні снаряди, сприяння виникненню ускладнень запального характеру, позитивне → опора для фіксуючих та іммобілізуючих нижню щелепу конструкцій.
8. Наявність добре вираженої клітковини, широка венозна сітка, анастомози її із судинами очних ямок та синусами мозку → розвиток менінгітів, енцефалітів, тромбозу синусів та ін.
9. Поранення бокових відділів обличчя → параліч мімічної мускулатури, стійки слинні нориці.
10. Етико-соціальна функція обличчя.
11. Тканини обличчя мають високу регенераторну здатність, стійкість до «місцевої» інфекції, загоєння з утворенням рубців, що містять невелику кількість грубоволокнистих елементів → багата іннервація, значне кровопостачання, висока напруженість клітинного імунітету.
12. Спеціальне харчування, особливий догляд.
13. Необхідність особливої конструкції протигазу.
14. Ушкодження органів слуху, зору, порожнини рота → утруднення в спілкуванні з оточуючими та орієнтації у просторі.

При складанні **плану лікування** слід враховувати:

1. Вид, характер та кількість снарядів.
2. Локалізація, напрямок, характер ранового каналу.
3. Вид поранення: сліпе, наскрізне, дотичне та ін.
4. Обсяг і вид ушкодження окремих тканин і органів ЩЛД.
5. Співвідношення рани з прилеглими органами і тканинами лицевої і мозкової частин голови.
6. Наявність чи відсутність комбінованих чи поєднаних ушкоджень.
7. Функціональний стан життєзабезпечувальних систем.
8. Психоемоційний стан хворого.

Особливості ПХО вогнепальної рани:

- Обробляючи рани при ротовій ділянці → відновлення форми губ і колового м'язу рота → першим швом відновити неперервність червоної кайми → петлеподібним швом з'єднати коловий м'яз рота → шви на шкіру та слизову оболонку;
- При значних дефектах кута рота та прилеглих тканин щоки → обшити її краї по периферії, з'єднуючи шкіру та слизову оболонку;
- При наскрізних ушкодженнях, що проникають у порожнину рота, розривах щоки → починають з ушивання слизової оболонки з боку порожнини рота (пам'ятати про слинну протоку);
- При ушкодженні паренхіми залози → пошарово ушивають залозисту тканину, капсулу залози, клітковину та шкіру → гострокінцевим скальпелем протикають слизову щоки → виводять гумовий випускник чи трубчастий дренаж → профілактика слинних нориць.
- При пораненні периферичних гілок трійчастого нерва → обробка рани в умовах спеціалізованого центру.

Дотичні поранення належать до легких, для них характерно ушкодження лише м'яких тканин, зяяння рани. Діагностика не викликає труднощів.

Сліпі поранення мають лише вхідний отвір, у рановому каналі є стороннє тіло, що становить небезпеку ушкодження великих судин, нервів, головного мозку, гортані → основа виникнення гнійних ускладнень у віддалені терміни. Діагностика проводиться на основі скарг, даних анамнезу, об'єктивного дослідження, рентгенологічного дослідження (як правило у 2-х проекціях, при не рентгенконтрастних сторонніх тілах → контрастування ранового каналу або із зондом в каналі).

Наскрізні поранення мають вхідний та вихідний отвір, який більший за вхідний. За напрямком ранового каналу поранення можуть бути поперечні, сагітальні та вертикальні.

Комбінованими називають ураження, що викликаються де-кількома (двома або більше) різними за своїм походженням пошкоджуючими факторами. Комбіновані ураження можуть виникати в результаті прямої дії одного або де-кількох видів бойової зброї на організм, вторинних пошкоджуючих факторів (наприклад, вогнищ пожеж) та розвитку надзвичайних ситуацій, що пов'язані з екстремальним впливом факторів зовнішнього середовища.

Патологічний процес, що виникає при комбінованому ураженні, представляє собою не просту суму двох або кількох уражень, а складну реакцію організму, яка характеризується низкою якісних особливостей, серед яких найбільш відчутно виступає взаємний вплив компонентів комбінованого ураження.

Важлива умова правильної організації надання медичної допомоги масовому контингенту уражених – використання єдиної термінології. Термін “комбіноване ураження” можна застосовувати тільки до таких, при яких кожен з пошкоджуючих факторів призводить до виходу зі строю, порушує працездатність. При різній в часу дії декількох факторів комбінованими пошкодженнями вважають ті, в яких час між їх дією не перебільшує тривалості перебігу першого ураження, в іншому випадку це будуть незалежні одне від одного послідовні пошкодження. Розглядаючи етіопатогенез комбінованих ушкоджень, слід виділяти ведучі та супутні фактори. Ведучим фактором комбінованого пошкодження є той, ступінь впливу якого на розвиток порушень функцій органів та систем організму найбільша. Супутні фактори вносять додаткові розлади до функції органів і систем, змінюючи прогноз травми. Супутніх факторів може бути де-кілька.

Зараз немає єдиної загальноприйнятої класифікації комбінованих уражень. Умовно їх можна розподілити на дві групи: з перевагою хірургічної або терапевтичної патології в залежності від ведучого пошкоджуючого фактору. Передбачити всі можливі комбінації пошкоджуючих факторів вельми складно, і сумнівно, щоб подібна класифікація мала би серйозне практичне значення. Звичайно розглядають двофакторні моделі комбінованих уражень хірургічного профілю: механо-термічні, механо-радіаційні, механо-хімічні, механо-фізичні, механо-надзвичайнофакторні, механо-інфекційні.

Загальні риси комбінованих пошкоджень:

- синдром взаємного обтяження;
- ускладнення надання медичної допомоги;
- незадовільні функціональні наслідки лікування.

КОМБІНОВАНІ МЕХАНО-РАДІАЦІЙНІ УРАЖЕННЯ

Комбіновані ураження такого роду викликаються одночасним або послідовним впливом іонізуючого випромінювання та механічних пошкоджуючих факторів.

Променеві ураження можуть виникати при зовнішньому або внутрішньому опромінюванні, вони можливі при вибухах ядерних боєприпасів різного роду, а також при аваріях і катастрофах на атомних субмаринах і надводних кораблях, атомних електростанціях. Крім того, зовнішньому опромінюванню можуть підлягати військові при роботі на ядерних енергетичних установках і на обладнанні, що має у своєму складі джерела радіоактивного випромінювання. Це, як правило, γ -частки і нейтрони.

Загальними пошкоджуючими факторами ядерного вибуху є:

- ударна хвиля;
- проникаюча радіація;
- світлове випромінювання;
- радіоактивне зараження місцевості і повітря;
- електромагнітний імпульс.

Ударна хвиля. В залежності від середовища, в якому розповсюджується ударна хвиля, її називають, відповідно, повітряною ударною хвилею, ударною хвилею у воді та сейсмовибуховою хвилею в ґрунті.

Повітряна ударна хвиля представляє з себе різке стискання повітря, що розповсюджується від епіцентру вибуху з надзвуковою швидкістю. Вона викликає акустичну травму, баротравму, механічні пошкодження. Найбільш часто виникають переломи кінцівок, хребта та черепа, струси та контузії головного мозку, розчавлення.

Проникаюча радіація виникає в момент вибуху боєприпасів (γ -проміні та швидкі нейтрони) або при розпаді радіоактивних речовин і внаслідок наведеної радіоактивності різних елементів води, повітря та землі.

При інгаляції парів радіоактивних речовин і при надходженні їх із брудною водою та їжею розвивається внутрішнє опромінювання організму. Загальними шляхами надходження радіоактивних речовин є дихальний та травневий тракти. Радіоактивні речовини попадають до легенів при диханні повітря, в якому є пилові частки з сорбованими на них радіоактивними ізотопами. Пилові частки, проходячи скрізь дихальні шляхи, частково залишаються в порожнини рота, надходять до травневого тракту, попадають до легенів і там затримуються. Ступінь затримання речовин легеньми залежить від дисперсності речовини: великі пилові частки затримуються у верхніх дихальних шляхах, менші попадають до легенів. Радіоактивні речовини швидко всмоктуються у кров і розповсюджуються по всьому організму. При радіоактивному забрудненні місцевості радіонукліди разом з їжею та водою надходять до травного тракту і потім у кров. Розчинні сполучення всмоктуються краще, ніж нерозчинні. Суттєво гірше радіоактивні речовини проникають скрізь шкіру, однак при високому ступені забруднення шкіри і особливо в присутності органічних розчинників (ефір, бензол, тазол) проникливість шкіри збільшується, і радіоактивні речовини проникають у кров у великій кількості.

Багато з радіоактивних речовин, крім того, що є джерелами іонізуючого випромінювання, мають безпосередньо токсичний ефект, таким чином володіють не одним, а двома уражуючими факторами. Токсичні речовини особливо відчутно проявляються, коли до організму поряд з радіоактивним ізотопом надходить стійкий ізотоп.

Конкретна клінічна картина ураження залежить від складу радіоактивних ізотопів, від розподілу їх по органах і тканинах. Вони призводять до довготривалого внутрішнього опромінення, що веде до розвитку хронічної променевої хвороби або сприяє розвитку пухлин.

Світлове випромінювання ядерного вибуху надходить від області ядерного вибуху, що світиться і являє собою електромагнітне випромінювання в ультрафіолетовій, видимій та інфрачервоній частинах спектру. В першій – короткостроковій, фазі переважає випромінювання в ультрафіолетовій частині спектру, пізніше – видимій та інфрачервоній. Пошкоджуюча дія світлового випромінювання визначається потужністю та довготривалістю світлового імпульсу і залежить від виду боєприпасів.

Випромінювання в ультрафіолетовій частині спектру не має вираженого теплотворного ефекту, але викликає інтенсивну пігментацію шкіри, яка може зберігатись впродовж довгого часу. Випромінювання у видимій та інфрачервоній частинах спектру викликає опіки, що в якійсь мірі нагадують опіки спалахом вольтової дуги. Опіки можуть з'являтися навіть на покритих одягом ділянках шкіри. Ураження шкіряних покривів світловим випромінюванням ядерного вибуху мають профільний характер. В низці випадків можуть супроводжуватись опіками полум'ям від одягу та навколишніх предметів. Для дистантних опіків світловим випромінюванням внаслідок короткострокової потужності дії променевої енергії характерна наявність чіткої межі ураження як по периметру опікової рани, та і в глибину. В де-яких випадках може мати місце відшарування поверхневих шарів опікового струпу від незначно змінених підлеглих тканин.

При вибуху ядерних і нейтронних боєприпасів малої та понад малої потужності в структурі санітарних втрат будуть переважати радіаційні втрати. При вибуху ядерних боєприпасів потужністю 10 кт і більше радіуси дії ударної хвилі, світлового випромінювання, проникаючої радіації майже співпадають, тому в вогнищі ураження переважають комбіновані радіаційно-механічні ураження. При збільшенні потужності боєприпасів у структурі уражень буде зростати частка потерпілих з механічною та термічною травмою. При вибуху боєприпасів потужність більше 100 кт буде переважати термічна травма.

Комбіновані радіаційно-механічні ураження щелепно-лицевої області являють собою комбінацію ран та опіків цієї локалізації з дією на організм проникаючої радіації або з забрудненням раневої поверхні та обличчя радіоактивною пилюкою.

Вплив променевого пошкодження на перебіг вогнепальної рани:

- сповільнюються та порушуються репаративні процеси в рані;
- збільшується розвиток інфекційних ускладнень місцевого (нагноєння рани) та загального (сепсис) характеру;
- скорочується тривалість прихованого періоду променевої хвороби;
- збільшується тяжкість променевого пошкодження;
- знижується поріг розвитку променевої хвороби на фоні важкого вогнепального поранення.

Дія проникаючої радіації на організм характеризується комплексом патологічних змін у ньому, що одержали назву променевої хвороби. Сполучення її з механічною травмою або з вогнепальним пораненням надає особливість патології та клініці комбінованого радіаційного ураження щелепно-лищевої області. Механічна травма обумовлює більш тяжкий перебіг променевої хвороби. В свою чергу променева хвороба ускладнює перебіг раневого процесу. Своєрідність в перебігу раневого процесу і загоюванні ран на фоні променевої хвороби має назву – синдром взаємного обтяження. Головними проявами цього синдрому є: розвиток травматичного шоку, схильність до крововиливів і кровотечі, розвиток некрозу пошкоджених тканин, лейкопенія, зниження резистентності організму до різних шкідливих на нього дій, більш частий розвиток інфекційних ускладнень ран, а також виникнення гнійних процесів в осередках одонтогенної інфекції.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВ ПОШКОДЖЕНЬ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ В РІЗНІ ПЕРІОДИ ПРОМЕНЕВОЇ ХВОРОБИ

По тяжкості радіаційного ураження променеву хворобу прийнято розподіляти на чотири ступені:

I ступінь (легкий)	– розвивається при загальному опроміненні дозою 150-200 Р
II ступінь (середньої тяжкості)	– розвивається при загальному опроміненні дозою 200-400Р
III ступінь (тяжкий)	– розвивається при загальному опроміненні дозою 400-600 Р
IV ступінь (дуже тяжкий)	– розвивається при загальному одноразовому опроміненні дозою більше 600 Р

В розвитку променевої хвороби розрізняють чотири періоди:

- перший, або період первинних реакцій;
- другий, або прихований період;
- третій, або період розвитку променевої хвороби;
- четвертий період реконвалесценції або період видужання.

В залежності від тяжкості радіаційного ураження клінічна характеристика і тривалість кожного з цих періодів можуть бути різними. Так, при легкому ступені променевої хвороби первинні реакції клінічно не виявляються, другий період продовжується дуже довго, а третій протікає при задовільному стані уражених і закінчується повним видужанням потерпілих. В той же час, при тяжкій чи дуже тяжкій формі первинні реакції проявляються дуже бурхливо. Слизова оболонка порожнини рота і особливо ясен підлягають запально-некротичним змінам, що проявляються гіперемією та набряком слизової оболонки порожнини рота, включаючи зів з його лімфатичним апаратом і глотку. Утворюються болісні кровоточиві тріщини, афти і виразки, на губах і язиці тріщини, котрі покриваються густою, з неприємним запахом слизю. Присутність геморагічних і некротичних змін в порожнині рота часто бувають поганими прогностичними ознаками.

В період видужання – в IV періоді гострої променевої хвороби, зникають геморагічні прояви, відторгаються некротичні тканини, настає поступове загоювання ерозій і виразок.

Такі пошкодження характеризуються не тільки тяжким і довгим перебігом раневого процесу, а і більш тяжкою клінікою променевої хвороби з скороченням I і II періодів і продовженням III і IV періодів. Це необхідно враховувати при виборі часу і методів лікування ран оперативним шляхом.

При високих дозах зараження раневої (опікової) поверхні в рані наступають виражені дегенеративно-некротичні зміни, а здатність клітин до розмноження знижується або повністю зупиняється. На цьому фоні часто виникають гнійні процеси і сильні вторинні кровотечі внаслідок узурації стінок навіть великих судин.

Такий ускладнений раневий процес може спостерігатись при радіоактивному зараженні в дозі, що перевищує 4-5 мілірентген на годину.

Для переломів кісток лищевого скелету при комбінованих радіаційних ураженнях характерні затримка початку консолидації, повільне і недосконале утворення кісткової мозолі, схильність до утворення несправжніх суглобів, розсмоктування вже сформованої кісткової мозолі. Збільшується можливість виникнення остеомієліту, анаеробної інфекції, флегмон, сепсису. Особливістю перебігу комбінованих радіаційних уражень є те, що вони проявляються на загальному фоні променевої хвороби з чим, в основному, і пов'язана тяжкість цих уражень.

В результаті масового радіаційного впливу (іноді за рахунок контактного забруднення відкритих частин тіла) виникає променевий опік, котрий нерідко пошкоджує і глибше розміщені тканини, підшкірну клітковину, м'язи.

В перебігу радіаційних опіків розрізняють чотири періоди, тривалість їх залежить від дози впливу: Перший період – початкова реакція на опромінення виявляється у вигляді почервоніння різної інтенсивності (опромінення в дозі 800-1000 рад) в перші години після травми. Різде почервоніння супроводжується розвитком набряку, що з'являється до кінця першої доби після опромінення і зберігається на протязі 2-6 діб.

Вслід за зникненням початкової еритеми та набряку 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 послідуєчому на місці пошкоджених пухирів виникають ерозії та виразки з підритими краями і дном брудно-сірого кольору. При дозі 800-1500 рад на шкірі після вторинної еритеми розвивається суха десквамація, що закінчується пігментацією і затвердінням шкіри, закупоркою сальних залоз. При дозі 1800-2500 рад прихований період триває 8-15 діб. В подальшому з'являється вторинна еритема, виникають пухирі, а потім і виразки. На протязі 2-3 місяців процес закінчується епітелізацією. В більш пізні строки на уражених місцях виникають трофічні виразки. При дозі більше 2500 рад прихований період триває 4-7 діб. Відмічаються значні некротичні процеси і довгий відновлювальний період.

Особливості перебігу раневого процесу у розпал променевої хвороби: профузні кровотечі, розвиток раневого та одонтогенного сепсису, запальні та виразково-некротичні ураження слизової оболонки порожнини рота та ротоглотки, мигдалин.

НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ КОМБІНОВАНИХ РАДІАЦІЙНО-МЕХАНІЧНИХ УРАЖЕННЯХ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ НА ПОЛІ БОЮ ТА ЕТАПАХ МЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ

Дуже важливе значення має надання першої медичної допомоги в осередку ураження, що передбачає тимчасову зупинку кровотечі, попередження зупинки дихання, боротьбу з шоком, попередження вторинного мікробного забруднення ран і опікової поверхні, застосування радіопротекторів. Здійснюється:

- введення знеболюючих засобів (1 мл 2 % розчину промедолу) за допомогою шприц-тюбика;
- звільнення порожнини рота і носових ходів від бруду, пилюки та інших сторонніх тіл;
- дача антибіотиків, радіопротекторів, етаперазину, які є в аптечці індивідуальній (АІ);
- накладання асептичної або утримуючої відламки щелеп пов'язки;
- надівання шолому для поранених в голову;
- винос та вивіз потерпілих за межі забрудненої зони.

У разі радіоактивного забруднення одягу і шкірного покриву після виходу із зони зараження проводять їх часткову санітарну обробку.

Долікарська допомога доповнює першу медичну. На МПБ здійснюється контроль або виправлення неправильно накладеної пов'язки, перевіряється час накладання джгута, вводяться повторно знеболюючий засіб, серцеві (1 мл 10 % розчину кофеїну), дихальні (1 мл 0,1 % розчину лобеліна) засоби.

Після надання першої і долікарської допомоги фельдшер МПБ здійснює медичне сортування і організує евакуацію потерпілих на МПП, де їм надається перша лікарська допомога.

Перша лікарська допомога (МПП) передбачає проведення слідуючих заходів: радіометричний контроль за радіоактивним зараженням шкіри, обмундирування. Здійснюється дезактивація – видалення радіоактивних речовин з поверхні або з об'єму заражених об'єктів з метою попередження радіаційного пошкодження. Проводять часткову санітарну обробку і беззондове промивання шлунку. Здійснюється тимчасова зупинка кровотечі, попередження розвитку шоку, транспортна іммобілізація при переломах щелеп, профілактика інфекційних ускладнень ран, заміна пов'язок при забрудненні рани (опікової поверхні) радіоактивними речовинами (РР). Заповнюється первинна медична картка. Потерпілі готуються до евакуації.

Кваліфікована медична допомога (ОМедБ, ОМЗ) передбачає дезактивацію, медичне сортування поранених на сортувальному посту. Хто потребує, направляється на спеціальну обробку. Направлення до перев'язочної проводиться в залежності від тяжкості пошкодження: в першу чергу, другу, третю та четверту чергу. В першу чергу проводиться боротьба з шоком та асфіксією, кровотечами. У всіх потерпілих стоматолог оглядає рани, з'ясовує обсяг допомоги та пункт подальшого призначення.

Здійснюється остаточна зупинка кровотечі, видалення з рани вільно розміщених чужорідних тіл, осколків, вторинних пошкоджуючих снарядів, промивання та багаторазове орошення рани (при

радіаційному забрудненні її), накладання асептичної пов'язки, іммобілізація відламків стандартними шинами.

У всіх потерпілих вгамовується спрага та проводиться годування.

Спеціалізована медична допомога надається в щелепно-лицевих відділеннях спеціалізованих шпиталів для лікування поранених у голову, шию та хребет, в шпиталях для лікування легкопоранених, а також в стоматологічних відділеннях других шпиталів. Тут проводиться радикальна хірургічна обробка ран та лікування в повному обсязі до видужування, за винятком тих, котрі потребують довготривалого (що перевищує 2-3 місяці) багатоетапного лікування. Ці потерпілі зразу ж після проведення хірургічної обробки направляються в шпиталі внутрішнього району країни. Основний принцип лікування комбінованих радіаційних пошкоджень – необхідність використання прихованого періоду (до перших проявів розвитку променевої хвороби) для ПХО, кісткової пластики та реконструктивних втручань.

Принципи хірургічної обробки ран, забруднених радіоактивними речовинами (по В.В. Фіалковському, 1966 р.):

1. ПХО здійснюють в ранні строки – 24-48 годин після пошкодження (рання ПХО рани);
2. ПХО повинна бути одномоментною, вичерпною та закінчуватися здійсненням постійної іммобілізації кісткових відламків, накладанням первинних швів на рану м'яких тканин, місцевим та загальним (внутрішньом'язевим) введенням антибіотиків;
3. Повинна проводитись ретельна ревізія рани;
4. Остаточна зупинка кровотечі в рані здійснюється прошиванням судин разом з м'якими тканинами;
5. Обов'язкове видалення усіх чужорідних тіл, особливо металевих;
6. Використання оперативних методів іммобілізації відламків, обмеження використання назубних металевих шин;
7. При наявності глибоких сліпих кишень та ходів, останні повинні бути розсічені для видалення чужорідних тіл, відламків зубів та кісток, для промивання та аерації рани;
8. Для попередження некротичних виразок та пошкоджень слизової оболонки та шкіри в розпал променевої хвороби, в усіх випадках рану закривають зближенням її країв, або за допомогою викроювання та переміщення клаптів сусідніх тканин;
9. При ушиванні ран з дефектами тканин краї рани зближують, а проміжки рихло тампують марлею та закривають асептичною пов'язкою;
10. Обов'язковий щоденний нагляд за раною;
11. У період реконвалесценції застосовують вторинні шві.

В період розпалу променевої хвороби дозволяється оперативне втручання при виникненні самих невідкладних показників до цього. В цей період розвивається геморагічний синдром, що характеризується погіршенням згортання крові. Тому під час оперативних втручань по життєвим показникам необхідно одночасно проводити інтенсивну загальну терапію з метою підвищення згортання крові (гемотрансфузії, внутрішньовенне введення тромбоцитарної маси і консервованої плазми, місцеве застосування гемостатичної губки та ін.).

При проведенні первинної хірургічної обробки ран, заражених РР, необхідно більш повно видаляти некротичні тканини та чужорідні тіла, так як при цьому 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 інші.

ОР можуть потрапляти на поверхню ран і опіків у вигляді крапель, аерозолей і газоподібних речовин. Рани щелепно-лицевої ділянки можуть бути уражені ОР:

1. що мають місцеву дію;
2. що здійснюють загальну резорбтивну дію.

Місцева дія ОР: виразний запально-некротичний процес, сповільнення процесів очищення рани та репаративних процесів, розвиток інфекційних ускладнень.

Прояви загальної резорбтивної дії ОР обумовлені скорішим всмоктуванням ОР через рану та зниженням мінімальної смертельної дози ОР.

При КХУ змінюється не лише перебіг раневого процесу, але й загальний стан потерпілого (реактивність та регенеративні і компенсаторні можливості організму). Перебіг КХУ супроводжується синдромом взаємного обтяження. Так, ураження ОР погіршує перебіг поранення, опіку, закритої травми, а ті, в свою чергу, ускладнюють перебіг отруєння організму хімічними речовинами.

У разі зараження ран (опіків) фосфор-органічними речовинами (ФОР) місцева реакція організму не виникає, але дуже швидко розвиваються і наростають симптоми загальнотоксичної дії. Характерною ознакою зараження ран ФОР є фібрилярне посічування м'язових волокон у рані та навколо неї, а також посилене потовиділення із шкірного покриву, що її оточує. Фібрилярне посічування м'язів може переходити в загальні, клоніко-тонічні судоми. Швидко розвиваються бронхоспазм, міоз та інші симптоми загальнорезорбтивної дії ОР. ФОР дуже швидко всмоктується через рану. Вже через 30-40 секунд після зараження у вмісті рани визначаються лише сліди ФОР, а сама рана не містить отруйних речовин. При опіках III-IV ступенів тяжкості всмоктування ФОР може значно сповільнюватись до 40-60 хв.

Ознаки зараження ФОР:

Місцеві – запах часнику з рани або від пораненого, шкіра в зоні дії ФОР облечена, наявність сухого струпу та димлення рани, може бути горіння пов'язки або одягу, з рани рясний серозно-гнійний ексудат.

Загальні – розвиваються через 2-3 доби, спостерігається жовтуха, кровотеча у ШКТ та сечовивідних шляхах, крововиливи у шкіру та слизові оболонки, розвиток печінкової недостатності та коми.

Перебіг раневого процесу, обтяженого дією шкірно-резорбтивних речовин, характеризується розвитком глибоких дегенеративно-некротичних явищ. Уражені тканини набувають вигляду вареного м'яса, порушується скоротливість м'язів, вони легко рвуться. Можуть утворюватися між'язеві флегмони, гнійні метастази. При ураженні кісток спостерігається розвиток некротичного оститу з виникненням довготривалого остеомієлітичного процесу і секвестрів, що пізно виділяються з рани.

Потрапляння на стінку кровоносної судини іприту призводить до її некрозу і тромбозу. Можуть спостерігатись гнійне розплавлення тромбу і кровотеча.

Рани, що заражені іпритом, мають такі клінічні ознаки:

Місцеві – запах горілої гуми або гірчиці, на поверхні ран інколи утворюються темно-бурі масні плями, які мають запах гірчиці, паленої гуми, поверхня рани швидко набуває буро-коричневого забарвлення, швидко розвивається набряк країв рани, через 3-4 години після зараження спостерігається почервоніння і набрякання країв рани, через 18-24 години на шкірі утворюються пухирці, наповнені серозною рідиною та покриті некротичною плівкою, прогресування некрозу та розвиток інфекції у рані, сповільнюється очищення та загоєння рани.

При потраплянні у рану великої кількості іприту з'являються ознаки загальної резорбтивної дії – відзначаються головний біль, апатія, зниження артеріального тиску, підвищення температури тіла до 39-40°C, нудота та блювання, ентероколіт, судоми, коматозний стан, в сечі визначається білок, еритроцити, гіалінові та зернисті циліндри.

Рани гояться дуже повільно. На їх місці утворюються великі шрами.

При зараженні ран (опіків) люїзитом місцеве відразу виникає пекучий біль, не адекватний травмі. Із рани поширюється характерний запах – квітів герані. В перші хвилини прилеглі до рани тканини набувають сірого забарвлення, потім – жовто-бурого. Швидко розвивається запалення у рані, підвищується її кровоточивість. Через 15-20 хвилин після ураження навколо рани з'являються гіперемія, набряк шкіри, утворюються пухирці. Через 6-8 годин виникають петехіальні крововиливи у шкіру. До 24 годин пухирці поступово зливають у великі пухирі. При великому пошкодженні країв рани набувають блілого жовтого кольору. Через 2-3 доби розвивається суха некротична плівка та розвивається інфекція. Значно швидше, ніж при зараженні ран іпритом розвиваються явища загальної інтоксикації – слабкість, задуха, набряк легенів, колапс. Рана загоюється з утворенням грубих спаяних з тканинами болучих, часто вкритих виразками, рубців.

НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ КОМБІНОВАНИХ МЕХАНО-ХІМІЧНИХ УРАЖЕННЯХ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ НА ПОЛІ БОЮ І ЕТАПАХ МЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ

Своєчасне надання першої медичної допомоги в умовах застосування противником ОР має винятково важливе значення. Перша медична допомога включає наступний комплекс заходів:

- надівання шолому для поранених в голову (тільки після обробки шкіри обличчя дегазуючим розчином);
- застосування антидотів специфічної дії;
- проведення часткової санітарної обробки ділянок шкіри і одягу з слідами ОР;
- введення знеболюючих засобів з шприц-тюбика;
- накладання захисної пов'язки на рану чи опікову поверхню;
- винос (вивіз) потерпілого з вогнищ ураження.

Долікарська медична допомога на МПБ включає наступні заходи:

- повторне введення антидотів;
- підбинтування дуже промоклих пов'язок, іммобілізація відламків кісток лицевого скелету;
- введення знеболюючих засобів;
- дача таблетованих антибіотиків (при знятому протигазі).

Перша лікарська допомога (на МПП) зводиться до введення антидотів при ураженні ФОР, серцево-судинних і протисудомних засобів. Здійснюється інгаляція кисню і заповнення первинної медичної картки. Крім цього, при ураженні ран (опіків) ОР в перев'язочній МПП проводиться їх дегазація:

- при ураженні ФОР проводиться обробка ураженої поверхні тіла сумішшю 8 % розчину бікарбонату натрію і 5 % розчину перекису водню, котрі беруться в рівних дозах, суміш готується безпосередньо перед використанням;
- при ураженні іпритом шкіра навкруг рани протирається 10 % розчином хлораміну, а саму рану обробляють 5 % водним розчином хлораміну;
- при ураженні люїзитом проводять змазування ран 5 % настоякою йоду, рани промивають розчином Люголя або 5% розчином перекису водню.

При масовому надходженні поранених на МПП обробка забруднених ран проводиться тільки по життєвим показникам.

Кваліфікована допомога (ОМедБ, ОМЗ). Основним заходом при ураженні ран стійкими ОР шкірно-резорбтивної дії (іприт, люїзит) є хірургічна обробка їх, яка проводиться в якомога ранні строки. Первинна хірургічна обробка ран здійснюється тільки після медикаментозного купірування дії ОР – введення антидотів та проведення дегазації.

Особливості проведення ПХО ран при забрудненні ОР:

- обов'язкове видалення чужорідних тіл та кісткових відламків;
- ретельний гемостаз;
- в ході втручання періодична обробка її дегазантами;
- тампонування рани марлевими серветками, що зволожені розчинами дегазантів;
- проводиться широке обтинання країв рани на повну її глибину, що бажано проводити в перші 3-6 годин після ураження;
- накладання первинних відкладених швів або вторинних ранніх швів.

Попадання в рану ОР загальнотоксичної дії типу ФОР дуже ризиковане для життя хворого внаслідок швидкого їх всмоктування. З цієї причини первинна хірургічна обробка повинна проводитись тільки після зняття дії ФОР. Лікування ран, що забруднені ФОР, здійснюється у відповідності з принципами лікування звичайних вогнепальних ран.

Спеціалізована медична допомога надається в щелепно-лицевих відділеннях спеціалізованих шпиталів для лікування поранених в голову, шию та хребет, в шпиталях для лікування легкопоранених, а також в стоматологічних відділеннях других шпиталів.

Хірургічна обробка ран, забруднених (отруєних) іпритом чи люїзитом, повинна проводитись в найбільш ранні строки.

Для проведення хірургічної обробки таких ран виділяються окремі столи, хірургічний інструментарій, дегазуючі розчини, персонал працює в гумових рукавичках, фартухах, на рукавниках. Рукавички під час операції періодично обробляють 5-10 % спиртовим розчином хлораміну.

З метою запобігання занесення ОР вглиб рани під час операції проводять часту зміну інструментарію з послідуною його дегазацією.

Видалені патологічно змінені тканини, заражений перев'язочний матеріал під час проведення оперативного втручання викидають в закриті банки з дегазаторами, а потім знищують.

Хірургічна обробка ран, заражених ОР, може проводитись під місцевою або загальною анестезією з врахуванням загального стану потерпілого.

Основним елементом хірургічної обробки є обтинання та вилучення роздроблених, нежиттєздатних заражених тканин, а також видалення помітних крапель ОР.

Якщо маються пошкодження кісток – видаляються всі кісткові відламки і відламки, зв'язані з окістям і навколо розміщеними м'якими тканинами. Кінці кісток відпилюються в межах здорових тканин.

Кровоносні судини перев'язуються за межами дії ОР, на рану накладають первинні шви.

Вплив високої температури, хімічних речовин та променевої енергії призводить до патологічних змін в тканинах – до опіків. В мирний час опіки зустрічаються в результаті порушень правил техніки безпеки на підприємстві або в побуті. Опіки обличчя та голови складають від 12,4 % до 24,5 % (за даними В.Д. Братуся, О.В. Шумова). В роки Великої Вітчизняної війни термічні опікові ураження частіше всього спостерігались у льотчиків, танкістів, при вибухах горючих матеріалів на складах. За даними Г.М. Іващенко, термічні опіки у льотчиків та танкістів складали біля 35 % всіх пошкоджень щелепно-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 шиї, глибокі дефекти та деформації брів, повік, вушних раковин, носа, губ, підборіддя та других частин обличчя.

Характеристика термічних опіків

Післяопікові зміни тканин обличчя, як правило, ведуть до серйозних порушень зору, функції нижньої щелепи та інші функціональні і косметичні дефекти. Більш за все пошкоджуються виступаючі частини обличчя – ніс, вушні раковини, губи, брови, вилицева частина, підборіддя. Термічні опіки всіх ступенів викликають у хворого почуття нестерпного пеку та різкого болю, яке посилюється при дотику до пошкодженої поверхні.

Після опіків обличчя I ступеню шкіра мало змінюється, інколи залишається пігментація. Опіки обличчя II ступеню з асептичною течією завершуються в кінці другого тижня лікування епітелізацією шкіри, яка дуже чутлива при доторканні і легко травмується. У випадках інфікування пухирів або травмованої поверхні при опіках обличчя II ступеню на місці грануляції завжди залишаються гіпертрофічні рубці. Опіки III А та III Б ступенів супроводжуються інфекцією. Процес загоювання супроводжується утворенням післяопікових рубців, які часто перетворюються на келоїдні. На них, як правило, утворюються виразки, тріщини. При ураженні повік можливі ускладнення у вигляді кон'юнктивітів. При опікових травмах обличчя одночасно з пошкодженнями других частин тіла, які супроводжуються змінами в організмі, необхідні спостереження відповідних спеціалістів.

Розміри поверхні опіку визначають у відсотках по відношенню до всієї поверхні тіла за допомогою "правила дев'ятки" та "правила долоні". "Правило дев'ятки" доцільно використовувати при значних пошкодженнях поверхні тіла. Розрахунок для визначення слідує: поверхня голови та шиї – 9 %, нижні кінцівки – по 18 %, верхні кінцівки – по 9 %, передня поверхня тулуба – 18 %, задня поверхня тулуба – 18 %, проміжність та статеві органи – 1 % від загальної площі тіла. Більш точні результати одержують при використанні методики Постнікова. Площу опіку виміряють прикладаючи до поверхні опіку стерильну прозору плівку, на якій обводять контури пошкодженої поверхні. Потім плівку кладуть на міліметровий папір і підраховують площу опіку в квадратних сантиметрах. Процентне співвідношення визначають, враховуючи загальну площу тіла, яка дорівнює 16000 см².

В характеристиці опіку (запис у медичних документах) вказують площу і ступінь пошкодження у вигляді відношення: в чисельнику приводять процент пошкодженої поверхні, в знаменнику – ступінь опіку.

Площу опікового пошкодження можна виміряти долонею – площа долоні дорівнює 1 % поверхні тіла.

Тяжкість опіків визначають за допомогою індексів, наприклад, індексу Франка: 1% площі поверхневого опіку дорівнює 1 ОД, 1% площі глибокого опіку – 3 ОД, ураження дихальних шляхів складає 30-45 ОД. Значення індексу Франка до 30 ОД відповідає легкому ступеню опіку, 31-60 ОД – середньому ступеню, 61-90 ОД – тяжкому ступеню, більш 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, променеву) травму, в основі якої існує нервово-больовий фактор. При опіковому шоці виділяють дві фази: еректильну (короткочасну) і торпідну (довготривалу). В першій фазі збудження ЦНС досягає дуже високого рівня. Хворі плаксиві, скаржаться на біль в зоні опіку, визначається тахікардія – пульс до 100 за хв., артеріальний тиск в межах норми.

В торпідній фазі потерпілий заторможений, не реагує на навколишні обставини, апатичний, шкірні покриви бліді, риси обличчя загострені, слизові оболонки синюшні, визначається тахікардія, артеріальний тиск знижений.

II період – гостра опікова токсемія, розпочинається через декілька годин після опікового шоку. Пульс частий, слабкого наповнення, артеріальний тиск знижений. Температура шкіри знижена, визначається загальмованість хворого, в'ялість, інколи коматозний стан. Спостерігається ціаноз слизових оболонок та периферійних шкірних покривів (ніс, вуха, губів, щік). Констатується згущення крові.

III період – септикотоксемія, характеризується всіма ознаками сепсису: різкі температурні коливання, кахексія, порушення нервового статусу, загальмованість, зниження рівня гемоглобіну, токсичні речовини у крові та сечі, сповільнена епітелізація опікової поверхні, пролежні, пневмонія. Хворі помирають від виснаження та інфекційних ускладнень. У хворих з важкими опіками (ШБ-IV ступені) може спостерігатись повна ареактивність стану.

IV період – реконвалесценції, при сприятливому перебігу відзначається активною епітелізацією грануляційної тканини, що заповнює раневу поверхню після відторгнення некротизованих ділянок. При значних опіках можливі виразки, які набувають хронічного перебігу.

Характеристика хімічних опіків

Хімічні опіки викликаються дією неорганічних кислот (сірчана, соляна, азотна), луг (негашене вапно, їдкий калій і натрій), солями важких металів (нітрат срібла) на відкриті ділянки тіла або слизової оболонки порожнини рота, ротоглотки, стравоходу. Глибина опіку залежить від концентрації та температури речовини, тривалості впливу. Механізм опіку кислотою заключається у тому, що кислоти змінюють біологічні рідини колоїди клітин, відбувається дегідратація і коагуляція тканин, розвивається сухий некроз. Механізм опіку лугами заключається у тому, що луги утворюють із тканинами лужні альбумінати, омилують жири, розвивається вологий некроз.

Хімічні опіки класифікують також по чотирьох 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 (подтеки) хімічної речовини, на слизовій оболонці різка гіперемія, потім формуються ділянки некрозу, просочені ексудатом і покриті щільною плівкою фібрину, під плівкою гоїться рана, відторгнення плівки повільне.

НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА ЛІКУВАННЯ ОПІКІВ ОБЛИЧЧЯ НА ЕТАПАХ МЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ

Перша медична допомога пораненим з опіками на полі бою складається з самопомоги, взаємодопомоги, допомоги санітарів та санінструкторів. Перша чергова задача при наданні допомоги

пораним припинення дії вражаючого фактору. Для цього необхідно швидко скинути палаючий одяг (шинель, плащ-палатку, бушлат та ін.). Якщо не встигли скинути одяг, то палаючу ділянку покривають щільною тканиною, а іноді використовують сиру землю, пісок та глину. Бігти при палаючому одязі не можна. Обливання водою тільки збільшує площу пошкодження. Погасити палаючий одяг можливо, якщо занурити потерпілого у воду (ставок, басейн та інш.).

Найважливіший елемент першої допомоги – усунення болю, що є протишоковим заходом. Вводять наркотичні анальгетики із аптечки індивідуальної. Це має бути зроблено перед всілякими маніпуляціями на поверхні опіку. Потерпілий сам чи за допомогою товариша вводить собі вміст шприца-тюбика. Потерпілим з тяжкими опіками це повинен зробити санітар чи санінструктор.

Щоб захистити опалені поверхні від забруднення і додаткового пошкодження, слід накласти асептичну пов'язку (застосовують індивідуальний перев'язувальний пакет), при цьому одяг з опаленої ділянки не знімають, а розрізають над ділянкою пошкодження. Перед накладанням пов'язки не слід звільняти опалену поверхню від залишків одягу, намагатись видалити чи проколоти пухирі. Однак залишки запальної суміші, що не встигли згоріти, мають бути обережно видалені, в зв'язку з можливістю їх повторного займання.

Значній кількості пораних 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 пораних з опіками обличчя особливо важливим є медичне сортування. Насамперед виділяють пораних, які потребують невідкладної медичної допомоги (лікарської). До цієї групи відносяться потерпілі з багатofакторними враженнями та різко вираженими ознаками порушення дихання, з отруєнням токсичними продуктами горіння і проявами судинного колапсу, а також опалені в шоківому стані. Невідкладним заходом є заміна пов'язки у потерпілих, у яких поверхня опіку і пов'язка забруднені радіоактивними речовинами вище допустимої дози. Відносно потерпілих з легким опіковим шоком обмежуються комплексом таких заходів: вводять внутрішньом'язово або в вену анальгетики (1 мл 2 % розчину пантопону або 1 мл 2 % розчину промедолу) в поєднанні з антигістамінними препаратами (1 мл 2 % розчину діпрозіну чи піпольфену), призначають відповідно показанням серцеві та дихальні анальгетики (1мл 10 % розчину кофеїну підшкірно, 1-2 мл кордіаміну підшкірно, 1 мл 0,06 % розчину корглікону в 20 мл 40 % глюкози у вену), спазмолітики (10 мл 2,4 % розчину еуфіліну у вену або 1 мл 12 % розчину у м'язи), дають випити: соляно-лужний розчин, білковий морс (розведений водою білковий гідролізат з добавкою 10 % розчину глюкози, аскорбінової чи лимонної кислоти), гарячий чай чи каву. Всі ці заходи проводять в сортувально-евакуаційному відділенні.

Потерпілих з опіками, які потребують невідкладної допомоги направляють у перев'язочну, де вони отримують необхідний комплекс лікувальних заходів. Всім опаленим вводять правцевий анатоксин.

На МПП також проводять заходи, що сприяють безпеці подальшої евакуації.

Повний обсяг кваліфікованої медичної допомоги в ОМедБ чи ОМЗ передбачає: медичне сортування та здійснення заходів, що забезпечують можливість найскорішої евакуації легко обпечених та потерпілих з опіками середнього ступеню; комплексну протишокову терапію у обпалених, які поступили у стані опікового шоку і невідкладну реанімаційну допомогу потерпілим із враженням дихальних шляхів, отруєнням продуктами горіння вогневих сумішей, загальним перегріванням; лікування до видужання легко обпечених, підлягаючих затримці у команді видужуючих чи повернення їх в частини.

Усі потерпіли з опіками обличчя, які поступили із районів ядерного вибуху, підлягають дозиметричному контролю.

В ОМедБ проводять комплексну протишокову терапію у повному обсязі до остаточного виведення потерпілого із стану опікового шоку. В протишовій палаті головні лікувально-діагностичні заходи здійснюються в такій послідовності: оцінюють загальний стан потерпілого (притомність, пульс, дихання, АТ, ректально-шкірний градієнт температури), уточнюють, по можливості, площу, глибину та локалізацію опіку; вводять знеболюючі, седативні та серцеві засоби; здійснюють внутрішнє вливання рідин і медичних засобів, застосовуючи венепункцію, венесекцію чи катетеризацію центральних вен, беруть кров для лабораторних досліджень; вводять постійний катетер в сечовий міхур для спостереження за динамікою діурезу на протязі всього періоду шоку; накладають пов'язки (при їх відсутності) на обпалену поверхню. При циркулярних опіках кінцівок, що призводять до грубого порушення та розладу місцевого кровообігу або кровообігу тулубу, що в свою чергу порушує дихання, попередньо проводять декомпресивну некротомію; наносять повздовжні розрізи через всю

товщину некротизованих тканин від проксимального чи дистального краю струпа для послаблення натягу тканин.

Температура повітря в палатах на рівні носилок повинна підтримуватись $+23\text{--}+25^{\circ}\text{C}$. При відсутності блювання дають теплий чай, соляно-лужний розчин, білковий морс. Напувати обпаленого слід невеликими порціями (50-100 мл).

Для попередження та лікування гострої ниркової недостатності призначають осмотичні діуретики (манітол, сечовина, тіосульфат натрію), еуфілін (5-10 мл 2,4 %), фуросемід (2 мл 1 % розчину внутрішньовенне та внутрішньом'язево). Корекцію метаболічного ацидозу досягають введенням 150-200 мл 3-5 % розчину гідрокарбонату натрію.

Психомоторне збудження у потерпілих з тяжкими опіками знімають ін'єкцію оксидутирату натрію (10-20 мл 20 % розчину внутрішньовенне, дроперідолу (10-20 мл 0,25 % розчину внутрішньовенне). При гіпертермії вводять 1 мл 50 % розчину анальгіну внутрішньом'язево чи 5 мл реопіріну і одночасно 5000 ОД гепарину, внутрішньовенне струйно переливають 700-800 мл ізотонічного розчину натрію хлориду чи плазми крові.

Туалет обпаленої поверхні на етапі кваліфікованої допомоги не проводять, за винятком випадків забруднення опікових ран радіоактивними речовинами, а також при необхідності заміни пов'язок у легко обпечених, залишених для лікування на даному етапі (в команді видужуючих). Особливо недопустимі які б то не були маніпуляції (за виключенням некротомії) на обпеченій поверхні у потерпілих, які знаходяться в стані шоку.

На цьому етапі медичної евакуації при опіках верхніх дихальних шляхів здійснюють трахеостомію, а також призначають іригації ротової порожнини лужними та дезінфекційними розчинами, змазують уражені ділянки слизової оболонки розчинами анестетиків. Харчування потерпілих організують з врахуванням змін у порожнині рота та глотки.

Особливу увагу треба приділяти обпеченим крилам носа, вушним раковинам, повікам. Оголені хрящі слід особливо ретельно ізолювати емульсією від навколишнього середовища, так як їх забруднення приведе до перихондриту та загибелі хряща.

Обпеченим, не потребуючим кваліфікованої допомоги по невідкладним показникам і підлягаючим евакуації в спеціалізований шпиталь, в сортувально-евакуаційному відділенні вводять анальгетики, антибіотики та симптоматичні засоби, контролюють стан пов'язок, виправляють їх та дають пити.

Для лікування на місці залишають поранених, які можуть самостійно рухатись і обслуговувати себе з невеликими опіками I-II ступеню (2-3 % поверхні тіла) і строком лікування до 10 днів. Потерпілих з більш поширеними (до 40 % поверхні тіла) поверхневими опіками (I, II, IIIA ступенів) направляють в ВПШЛП, а поранених з середніми та тяжкими опіками (після надання їм необхідної допомоги в повному обсязі) евакуюють в спеціалізовані шпиталі.

Спеціалізовану медичну допомогу надають після ретельного огляду, уточнення характеру та тяжкості ураження. Лікування опіків I і II ступенів здійснюється в шпиталі для легкопоранених або у дерматологів, так як хірургічного лікування вони не потребують. При глибоких опіках на невеликих, функціонально пасивних ділянках обличчя показані ранні пластичні операції, в зв'язку з чим ця категорія обпечених повинна бути госпіталізована або у шпиталі для обпечених, або в спеціалізовані шпиталі для поранених в голову, шию та хребет, де знаходяться спеціалісти, які володіють прийомами первинної пластики.

У лікувальних установах шпитальних баз проводять першу заміну пов'язок та радикальну первинну хірургічну обробку ран. Для цього попередньо вводять наркотичні анальгетики. На початку спиртом, бензином, 0,25 % розчином аміаку очищають шкіру навколо опіку. Потім з опікової рани вилучають частинки видимого забруднення, відшарований епідерміс, спорожнюють та розкривають великі пухирі. Найбільш забруднені ділянки обпеченої поверхні очищають марлевими кульками, змоченими в 3 % розчині перекису водню і обмивають розчином фурациліну чи новокаїну. Далі опікову рану осушують і закривають пов'язкою.

Подальше лікування обпечених поверхонь здійснюється відкритим чи закритим методом. У спеціалізованому військовому польовому хірургічному шпиталі проводяться ранні відновлювальні операції з використанням місцевих тканин методом вільного пересадження тканин, а також використовують метод клаптика на ніжці. Проводиться фізіотерапевтичне, ортопедичне лікування та профілактика ранніх і пізніх ускладнень.

Важливим завданням спеціалізованої допомоги є оперативне лікування потерпілих з обмеженими (до 5-7 % поверхні тіла) глибокими опіками, що можуть повернутися в стрій. Для цього необхідне відновлення шкіряного покриття шляхом аутодермопластики.

Гранулювання ран губів та повік, як правило, викликає виворіт губ, крил носа. Враховуючи те, що

пересажені вільні шкіряні трансплантати будуть скорочуватись, що збільшить виворіт, перед пересадкою потрібно обтинати грануляції до нормальних тканин, мобілізувати краї рани та розсунути їх, що збільшить раневу поверхню – трансплантат повинен значно перевищувати недостаток шкіри. При цьому з метою збереження функції повік та губів треба прагнути зберегти 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.

ПРИНЦИПИ ЛІКУВАЛЬНОЇ ФІЗКУЛЬТУРИ

Основними засобами лікувальної фізкультури є фізичні вправи, характер застосування яких визначається руховим режимом хворого й особливостями плину захворювання. При лікуванні щелепно-лицевих поранених застосовують **загальнозміцнюючі, дихальні і спеціальні вправи**. Основною умовою є регулярне і тривале їх застосування при достатній інтенсивності загального і місцевого впливу. Одним із важливих компонентів комплексного лікування хворих є правильна організація рухового режиму – співвідношення між спочинком і рухами. Диференційований руховий режим, призначений у залежності від стадії розвитку хвороби, клінічного стану хворого і методу лікування, дозволяє індивідуалізувати застосування засобів лікувальної фізкультури і забезпечити максимальну ефективність лікувальних заходів.

Для хворих, що знаходяться в стаціонарі, розрізняють такі **рухові режими**: суворий постільний, постільний, палатний (полупостільний), вільний (загальний).

Суворий постільний режим призначають у гострий період травми, а також у стадії декомпенсації діяльності основних систем життєзабезпечення. Ціль режиму - створення максимального фізичного і психічного спочинку хворому для мобілізації механізмів саногенеза. При цьому режимі хворий постійно перебуває в положенні лежачи на спині або полусидячи. Виключаються елементи самообслуговування, хворий потребує індивідуального спеціалізованого догляду. Для полегшення діяльності серцево-судинної системи, профілактики розвитку застійної пневмонії, атонії кишечника і тромбозів судин нижніх кінцівок обережно застосовують вправи для дрібних м'язових груп кінцівок і дихальної гімнастики, особливо діафрагмальне дихання. Хворим показаний легкий масаж і пасивні вправи. Цей режим призначають пораненим із важкими сполученими і комбінованими травмами, політравмою.

Постільний режим також передбачає стан спочинку. Хворому забороняється підводитися і ходити, але можна сідати і повертатися. **Палатний режим** є перехідним до вільного рухового режиму. Зрівнюється співвідношення спочинку і рухової активності. Хворим вирішується підводитися, ходити (спочатку в палаті), виконувати елементи самообслуговування, але половину денного часу вони повинні проводити в постелі. Фізичні управи виконують у постелі лежачи, сидячи й у положенні стоячи для всіх м'язових груп із зменшеним дозуванням для поступової адаптації хворого до переходу у вертикальне положення і підготування до навантажень.

Вільний режим призначають у період видужання для ліквідації залишкових явищ і функціональних порушень, пов'язаних із перенесеними захворюваннями. Загальний обсяг фізичного навантаження високий, що забезпечує підготування хворого до виписки зі стаціонару. Основна задача режиму – забезпечити повну фізичну реабілітацію хворого.

Найбільше раціональним методом проведення лікувальної фізкультури з щелепно-лицевими пораненими є індивідуальні заняття. Це дозволяє уникнути негативних емоцій у поранених при виконанні спеціальних вправ груповим методом. Необхідно чергувати спеціальні вправи. Тому, крім щоденних занять з інструктором ЛФК, хворий повинний не менше 10-12 разів у день самостійно виконувати спеціальні, індивідуально підібрані вправи.

Терміни призначення ЛФК залежать від характеру і ступеня ваги ушкодження.

Протипоказання до призначення ЛФК носять тимчасовий характер, до них ставляться: загальний важкий стан хворого; висока температура тіла - вище 37⁰С; наявність гострого запального процесу в області ушкодження, збільшена ШОЕ, септичний стан; болючий синдром при фізичних управах; небезпека повторної кровотечі через наявність стороннього тіла поблизу судин; недостатня іммобілізація отломков ушкодженої кістки.

Призначає хворому ЛФК лікар, що гоїть, після визначення показань він робить запис в історії хвороби з указівкою рухового режиму, періоду лікування і що рекомендуються форм ЛФК. Методика лікувальної гімнастики при переломах щелеп будується з урахуванням періодів загоєння кістки, методу іммобілізації і клінічного стану хворого. У період формування первинної кісткової мозоли - І період застосування ЛФК, що триває 12-14 доби, повинні строго дотримуватися умови іммобілізації.

Задача лікувальної фізкультури в цей період - поліпшення загального стану, стимуляція консолідації отломків і загоєння рани, профілактика ускладнень, пов'язаних із гиподинамією височно-нижнечелюстного суглоба, сприяння координированной роботи м'язів, що беруть участь у ковтанні, жуванні і промові.

Протягом перших 3-4 днів призначають палатний режим, потім вільний руховий режим. Заняття починають із 2-3 дня після іммобілізації відламків. Виключаються різкі прямування, повороти тулуба і голови, стрибки. Не застосовують управи для жувальної мускулатури через небезпеку зсуву отломків. Сприяють розслабленню м'язів - застосовують управи для м'язів мови, шиї, сидячи перед дзеркалом. Починають заняття з тривалістю 10-15 хв., до кінця I періоду - 20-25 хв.

Під час закінчення I зростаються кісткові відламки. Подальший розвиток процесу регенерації кісткової тканини пов'язано з просочуванням солями фосфору, калію і кальцію первинного кісткового мозолу і перетворенням його в кістку. До кінця 3-й тижня послабляють міжщелепну фіксацію або накладають знімну шину, що дозволяє використовувати активні вправи для жувальної мускулатури з метою підготування до роботи м'язів, що беруть участь у рухах нижньої щелепи. У цей час переходять до II періоду лікування – вводять управи для жувальної мускулатури в повільному темпі, із незначною амплітудою, не викликаючи болючих відчуттів. Механотерапію і пасивні рухи нижньої щелепою в II періоді не застосовують. Тривалість занять збільшується до 30 хвилин за рахунок введення великого числа загальнозміцнюючих вправ, збільшується кількість повторень, темп і амплітуда рухів, часто змінюються вихідні положення.

Задача ЛФК у II періоді – боротьба з розвитком тугорухомості і контрактури скронево-нижньощелепного суглоба.

Після зняття іммобілізації переходять до III періоду лікування хворих із переломами щелеп. Це відбудовний період, протягом якого відбувається повна медична реабілітація хворого. До цього періоду хворі виписуються зі стаціонару для лікування в поліклініці. У III період широко застосовують спеціальні вправи для жувальної мускулатури. Вправи виконуються в середньому темпі, із максимальною амплітудою й акцентом на відкривання рота, бічні прямування нижньою щелепою. Застосовують масаж і механотерапію для ліквідації залишкових явищ – постіммобілізаційних контрактур, фіброзних анкілозів, зморщування суглобних капсул і низок, ригідності суглобів, рубців, що стягають, парезів нервів. Застосовують гумові розпірки, пробки, дерев'яні клини і причепки, апарати – рухомі ложки Лимберга, еспандер Балона Л.Р., жомові апарати, дощечки Ядрової, апарат Дарсіссака, апарат ММСІ. Тривалість виконання вправ на механотерапевтичних апаратах – 5-10 хв., повтор 6-10 разів у день. Контролюється ефективність механотерапії по показниках ступеня відкривання рота і сили жувальної мускулатури. Ступінь відкривання рота визначають за допомогою лінійки, окклюзійного вимірювача, або введенням пальців хворого між центральними різцями щелеп. «Робоче» відкривання рота - 2-2,5 см, максимальне - біля 4 см. Силу жувальної мускулатури визначають гнатодинмометром або міотометром, за допомогою жувальних проб по І.С. Рубінову.

13. ПЛАН І ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА НАВЧАЛЬНОГО ЗАНЯТТЯ З ДИСЦИПЛІНИ.

№ з/п	Етапи заняття	Розподіл часу	Види контролю	Засоби навчання
1.	Підготовчий етап	15 хв.	Усне опитування за переліком питань. Письмове тестування.	Комп'ютер (ноутбук). Мультимедійні методичні розробки. Анатомічні муляжі. Відео- та фотоматеріали.
1.1	Організаційні питання			
1.2	Формування мотивації			
1.3	Контроль початкового рівня підготовки (стандартизовані засоби контролю)	60 хв.	Практичний тренінг. Вирішення клінічних задач. Створення алгоритмів лікарських дій, професійний тренінг.	Електронні довідники. Рентгенограми, ортопантомограми, томограми. Набір інструментарію. Результати лабораторних, цитологічних та
2.	Основний етап (вказати всі види робіт, які виконують студенти під час цього етапу).			
3.	Заключний етап	15 хв.	Тестування. Практичні завдання.	лабораторних, цитологічних та
3.1	Контроль кінцевого рівня			

	підготовки		Ситуаційні та нетипові задачі. Усне опитування.	гістологічних досліджень.
3.2	Загальна оцінка навчальної діяльності студента			
3.3	Інформування студентів про тему наступного заняття			

4.5. Види самостійної роботи студентів.

1. Вивчити такі питання ($\acute{a}=I$):

- 1.1. Класифікації вогнепальних та невогнепальних пошкоджень м'яких тканин ЩЛД.
- 1.2. Клінічна картина невогнепальних поранень м'яких тканин ЩЛД.
- 1.3. Особливості вогнепальних пошкоджень м'яких тканин ЩЛД. Загальну характеристику вогнепальної рани.
- 1.4. Клінічна картина сліпих, дотичних, наскрізних поранень м'яких тканин ЩЛД.
- 1.5. Визначення поняття "первинна хірургічна обробка рани".
- 1.6. Особливості проведення первинної хірургічної обробки ран обличчя.
- 1.7. Види хірургічної обробки ран обличчя. Види швів.
- 1.8. Обсяг та порядок надання медичної допомоги пораненому з пошкодженням м'яких тканин ЩЛД на етапах першої медичної допомоги, долікарської допомоги, першої лікарської допомоги, кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги.

2. Тестові завдання з **одиночною правильною відповіддю** ($\acute{a}=II$):

2.1. Яке пошкодження називають раною:

- A. порушення шкіри, яке супроводжується кровотечею
- B. з порушенням цілісності шкіри
- C. з порушенням цілісності шкіри та слизової оболонки
- D. з порушенням неперервності кістки
- E. з порушенням слизової оболонки

(Правильна відповідь: C)

2.2. Вогнепальні поранення щелепно-лицевої ділянки за характером пошкодження діляться на:

- A. наскрізні, сліпі, дотичні, проникаючі у порожнини роту, носу, придаткові пазухи
- B. забиті, розчавлені, колоті, різані, рублені, укушені
- C. поранення нижньої щелепи, верхньої щелепи, вилицевих кісток, кісток носу, декількох кісток
- D. кульові, осколочні, міно вибухові, поранення кулеподібними та стрілоподібними елементами
- E. ізольовані травми м'яких тканин, травми кісток щелепно-лицевої ділянки, сполучені травми

(Правильна відповідь: A)

2.3. Вогнепальні поранення щелепно-лицевої ділянки за видом зброї поділяються на:

- A. наскрізні, сліпі, дотичні, проникаючі у порожнини роту, носу, придаткових пазух
- B. забиті, розчавлені, колоті, різані, рублені, укушені
- C. поранення нижньої щелепи, верхньої щелепи, вилицевих кісток, кісток носу, декількох кісток
- D. кульові, осколочні, міно вибухові, поранення кулеподібними та стрілоподібними елементами
- E. ізольовані травми м'яких тканин, травми кісток щелепно-лицевої ділянки, сполучені травми

(Правильна відповідь: D)

3. Тестові завдання з **множинним вибором** ($\acute{a}=III$):

3.1. Для діагностики сліпих поранень щелепно-лицевої ділянки використовують наступні методи діагностики:

- A. збір анамнезу та вивчення медичної документації
- B. пальпацію, зондування, рентгенографічне дослідження, фістулографія
- C. бімануальну пальпацію, контрастну рентгенографію
- D. сіалографію, цитологічне дослідження
- E. рентгеноскопію з введеним в рану зондом, загальний аналіз крові та сечі

(Правильні відповіді: A, B)

3.2. Перерахуйте головні клінічні ознаки дотичної вогнепальної рани обличчя:

- A. завжди в глибині рани є чужорідне тіло, клапті м'яких тканин, кишені в тканинах
- B. рана забруднена, з дрібними розривами, клаптями м'яких тканин, має чужорідні тіла
- C. рана забруднена, є дрібні розриви, розчавлення та забій країв рани
- D. рана має раневий канал, вхідний та вихідний отвори, супроводжується спотворенням обличчя
- E. рана лінійної форми, нагадує різану або рублену рану,

(Правильні відповіді: C, E)

3.3. Перерахуйте головні клінічні ознаки наскрізної вогнепальної рани обличчя:

A. рана лінійної форми, нагадує різану або рублену рану, забруднена, є дрібні розриви, розчавлення та забій країв рани

B. завжди в глибині рани є чужорідне тіло, клапті м'яких тканин, кишені в тканинах

C. рана має розчавлення та забій країв, раневий канал з девіаціями, має чужорідні тіла

D. рана має раневий канал, вхідний та вихідний отвори, супроводжується спотворенням обличчя

E. рана має раневий канал з вхідним та вихідним отворами, біля отворів крововилив в підшкірну клітковину

(Правильні відповіді: D, E)

4. Задачі для самоконтролю:

4.1. Військовослужбовцю з проникаючим пошкодженням щічної ділянки втручання проведено через 18 годин після поранення, а шви на рану накладені на другий день після втручання. Який вид первинної хірургічної обробки мав місце у цьому випадку і який за строком вид швів було накладено? (Відповідь: рання первинна хірургічна обробка, первинний відстрочений шов)

4.2. У ОМедБ (ОМО) доставлений поранений через дві години після травми з осередку напалмового ураження. Пов'язки на обличчі, шиї, пензлях рук. Свідомість заплутана. Голос сиплий, тихий. Подих частий, гучний. На які першочергові заходи потребує постраждалий?

(Відповідь: Протишокові заходи)

4.3. У солдата, обпеченого полум'ям вогню, на фоні гіперемованої та набряклої шкіри обличчя виявлено різної величини пухирі, заповнені прозорою рідиною. Який ступінь опіку шкіри обличчя?

(Відповідь: II ступінь.)

4.6. Перелік індивідуальних завдань.

Провести пальпацію щелепно-лищевої ділянки у хворого з підозрою на уражень м'яких тканин.

4.8. Перелік теоретичних питань до підсумкового модульного контролю.

1. Перелічити фактори, які сприяють виникненню вогнепальних і невогнепальних уражень м'яких тканин.

2. Описати клінічну картину вогнепальних і невогнепальних уражень м'яких тканин.

3. Описати клінічну картину опіків.

4. Описати клінічну картину комбінованих уражень.

6. Методи діагностики та додаткові методи дослідження хворих.

7. Основні методи обстеження постраждалого в амбулаторних умовах.

8. Додаткові методи обстеження постраждалих.

9. Методи профілактики та лікування хворих.

4.9. Перелік практичних завдань та робіт до підсумкового модульного контролю.

1. Провести пальпацію постраждалих з ураженням м'яких тканин.

2. Провести диференційну діагностику та призначити план лікування хворим з термічними ураженнями.

3. Провести диференційну діагностику та призначити план лікування хворим з комбінованими ураженнями.

6. ЛІТЕРАТУРА:

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2т. – Т.2/В.О.Маланчук, І.П.Логвіненко, Т.О.Маланчук, О.Л.Ціленко – К.: ЛОГОС, 2011. – С. 3-4, 9-12.

2. Рузин Г.П. Краткий курс лекций по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / Геннадий Петрович Рузин – Киев: «Книга плюс», 2006 – С. 100 - 122.

3. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия: Руководство для врачей / Под ред. проф. В.Н.Балина и проф. Н.М.Александрова. 4-е изд., доп. и испр. – СПб.: СпецЛит, 2005. – С. 42-52.

4. Щелепно-лицева хірургія: підручник / О.О.Тімофєєв. – К.: ВСВ «Медицина», 2011. – С. 370-380.

5. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство / под ред. А.А.Кулакова, Т.Г.Робустовой, А.И.Неробеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 – С. 406-416.

№ 19. Вогнепальні, невогнепальні пошкодження кісток лицевого скелета. Рентгендіагностика пошкоджень лицевого скелета. Комплексне лікування пошкоджень щелеп. Регенерація тканин

ЩЛД. Посаднані та комбіновані травматичні ушкодження щелепно-лицевої ділянки.

Травматична хвороба: особливості клінічних проявів, діагностика, лікування.

1. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 1.1. Методи діагностики та негайної допомоги при вогнепальних, невогнепальних пошкодженнях кісток лицевого скелету.
 - 1.2. Особливості хірургічної обробки ран обличчя, порожнини рота.
 - 1.3. Методи діагностики при пошкодженнях кісток лицевого скелету.
 - 1.4. Негайна допомога при пошкодженнях кісток лицевого скелету.
 - 1.5. Рентгендіагностика при пошкодженнях кісток лицевого скелету.
 - 1.6. Лікування пошкодженнях кісток лицевого скелету.
 - 1.7. Регенерація тканин ЩЛД.
 - 1.8. Травматична хвороба.
- 2. БАЗОВИЙ РІВЕНЬ ПІДГОТОВКИ.**

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Етика та деонтологія.	Встановити психологічний контакт з хворим.
2. Організація охорони здоров'я.	Застосовувати знання з принципів організації допомоги при пошкодженнях кісток лицевого скелету. Оформити необхідну документацію.
3. Патоморфологія.	Описувати характер патологічних змін при пошкодженнях кісток лицевого скелету.
4. Патологічна фізіологія.	Визначати етіологію та патогенез травматичних станів.
5. Пропедевтика внутрішніх хвороб.	Написати схему загального обстеження хворого. Провести курацію хворого.
6. Загальна хірургія.	Описувати принципи діагностики та лікування пошкодженнях кісток лицевого скелету Призначити схему обстеження пацієнта.

3. ОРГАНІЗАЦІЯ ЗМІСТУ НАВЧАЛЬНОГО МАТЕРІАЛУ.

При вогнепальних пораненнях можуть пошкоджуватись в різних варіантах 1-2 і більше кісток лицевого скелету, що в значній мірі визначає важкість травми. Якщо врахувати особливість будови верхньої щелепи, наявність в ній ЛОР-органів і органів зору, близькість головного мозку, участь в акті дихання, мови, прийому їжі і жування, то можна спрогнозувати вкрай важкі ускладнення при подібних травмах.

Головними відмінними рисами вогнепальних переломів є наявність рани, пошкодження кісток на місці дії раничного снаряду не залежно від "місць слабкості", оскольчатий характер перелому, швидка зміна клінічних ознак з моменту поранення до поступлення травмованого в спеціалізовану лікувальну установу. Завжди вогнепальні переломи більш важкі, ніж невогнепальні, хоча при першому огляді, наприклад, коли поранення сліпе, деколи можуть виглядати як незначні. Подібна недооцінка становить небезпечну для життя хворого. Особливо уважним слід бути до сліпих поранень, а також до наскрізних поранень кулями і осколками. В залежності від характеру бойові операції і умов ведення бою питома вага вогнепальних поранень обличчя серед всіх поранень суттєво змінюється. Вогнепальних поранень обличчя значно більше в період оборонних боїв, коли військо перебуває в утиманні, а під час наступаючих боїв збільшується число поранень інших локалізацій. В середньому ізольовані щелепово-лицеві поранення складають 3,5-4% від загального числа поранень.

Найбільш важкі є наскрізні кульові поранення і поранення уламками артилерійських снарядів. Велика кінетична енергія, яку несе раничий снаряд викликає важкі розрушення. В зв'язку з цим поява нових видів стрілецької зброї і раничих снарядів, які мають високу початкову швидкість та велику кінетичну енергію, яку вони внаслідок легкості і наданої їм форми, здатні миттєво віддавати пошкоджувальному предмету, суттєво змінило характер вогнепальної травми: при вкрай малих розмірах вхідного отвору розрушення дуже великі, а вихідний отвір в десятки разів перевищує вхідний. Різко зросло значення пульсуючої порожнини, так званого внутрітканевого вибуху, який визначає ступінь ураження тканин вздовж раневого каналу "боковий удар", утворюючий тимчасову пульсуючу порожнину, розрушує тканини за доли секунд і продовжує діяти навіть після того, як раничий снаряд покидає вихідний отвір. В результаті внутрітканевого вибуху в рані залишається більше нежиттєздатних тканин і тому хірургічна обробка повинна бути більш радикальною. У випадку поранення середньої зони обличчя внаслідок первинної втрати тканин відмічаються значні зміни форми лица. Наступають важкі функціональні порушення: затруднена мова, ковтання,

розжовування їжі. В результаті зміщення органів і тканин часто виникає загроза асфіксії, в зв'язку з чим необхідно провести екстренне втручання, деколи конікотомію або трахеотомію.

В зв'язку з близькістю головного мозку і крупних судин, трахеї, органів зору і нервових стовбурів при більшості сліпих поранень вважають травму за важку доти, поки не буде проведено рентгенологічне дослідження. Таке припущення особливо необхідне під час евакуації пораненого: близько розміщений до життєво важливих органів уламок чи інше стороннє тіло при транспортуванні може зміститись і викликати їх вторинне пошкодження, а в більш пізні строки нагноєння, яке, поширюючись на оточуючі тканини, може привести до різних наслідків. Не випадково майже 4-% сліпих поранень ЩЛД супроводжувались важкими ускладненнями. Деколи ці ускладнення розвивались відразу після поранення, але нерідко розміщений біля життєво важливого органу уламок або куля давали про себе знати через багато тижнів, місяців або років. Через те, до повного обстеження потерпілого всі сліпі поранення доцільно вважати потенційно важкими. Суттєво від непроникаючих ран відрізняються вогнепальні рани лица, проникаючі в порожнину рота і носа, верхнещелепову пазуху, орбіту. Проникаючі рани, навіть без "вторинних снарядів" завжди забруднені вмістом порожнини рота, тому і нагноєння в рані протікає завждиважче, виздоровлення настає в значно більш пізні строки, ніж при сліпих пораненнях.

Класифікація пошкоджень обличчя
(Ентин і Кабаков)

I. Вогнепальні поранення

За виглядом пошкодження Тканин	За характером пошкоджень	За видом ранячої зброї
1.Поранення м'язких тканин. 2.Поранення з пошкодженням кісток: А)нижньої щелепи; Б)верхньої щелепи; В)обох щелеп; Г)вличної кістки; Д)одночасне пошкодження декількох кісток	1.Наскрізні; А.Ізольовані: 2.Сліпі; а)без пошкодження; 3.Дотичні ня органів лица; б)з пошкодженням органів лица. Б. Поеднані (одночасне поранення інших ділянок тіла); В. Одиночні Г. Множинні Д. проникаючі в порожнину рота і носа; Е. непроникаючі	Кульові; Оскольчаті.

II. Невогнепальні поранення і пошкодження.

III. Опіки.

IV. Відмороження.

V. Комбіновані радіаційні ураження.

Також широкого розповсюдження набула класифікація за Ле-Фор:

I- лінія зламу проходить горизонтально над альвеолярним паростком від основи грушевидного отвору до криловидного паростка основної кістки, при цьому часто відламується дно гайморової пазухи і ламається перегородка носа (Гереновський перелом).

II- лінія зламу проходить поперечно через спинку носа, по внутрішній стінці і дну очниці, далі по щелепово-вличному шву до криловидних паростків. При такому переломі верхня щелепа разом з носовими кістками відділяється від вличної кістки і кісток мозкового черепа.

III- повний відрив кісток лицевого скелету (відрив верхньої щелепи з носовими, вличними кістками та криловидними відростками основної кістки). Такий перелом називається щелепово-лицевим роз'єднанням.

Клінічна картина тим важча, чим вище проходить щілина перелому і чим більший кістковий масив відділяється від черепа. Скарги потерпілого, крім наявності рани – на головний біль, неможливість змикання зубних рядів, деколи хрускіт у вухах при стисканні щелеп, може бути частков або повна втрата зору, кровотеча з носа. При огляді, в одних випадках, звертає на себе увагу значний набряк середнього відділу обличчя, деколи з крововиливами під нижніми повіками і біля внутрішніх відділів очей (крововилив в кон'юктиву), а при огляді через 3-4 дні крововилив у вигляді

оправи рогових окулярів, що говорить про глибокі крововиливи чи перелом основи черепа. В інших випадках виявляється западіння середньої частини обличчя, що вказує на зміщення уламка верхньої щелепи дозад. Одночасно може виникнути деформація спинки носа, якщо є перелом носових кісток і перегородки носа. При крововиливах в ретробульбарну клітковину спостерігається вип'ячування очного яблука (екзофтальм). Інтенсивна сльозотеча вказує на перелом кістки в ділянці сльозного каналу. Вогнепальні пошкодження гайморової пазухи деколи супроводжується підшкірною емфіземою на відповідній стороні. У важких випадках емфізема може поширюватись навіть на шию. Якщо уламки змістились і тиснуть на підочний нерв, відмічається анестезія в ділянці верхньої губи і крила носа відповідної сторони. При пошкодженні нерва до виходу його з підочного отвору настає анестезія зубів на відповідній половині верхньої щелепи. Якщо перелом верхньої щелепи поєднується з переломом крила основної кістки, можливий біль при ковтанні. При огляді порожнини рота в більшості випадків можна виявити порушення прикусу.

Переломи нижньої щелепи зустрічаються частіше ніж інші. Частота переломів нижньої щелепи, в порівнянні з переломами інших кісток лица, пояснюється тим, що тіло і гілки нижньої щелепи майже вдвоє більше поверхні верхньої щелепи. Нижній край тіла, підборіддя і кути нижньої щелепи вкриті незначним шаром м'яких тканин і крім того являються виступаючими ділянками, через що ділянки ці найбільш часто травмуються. Класифікація Д.А.Ентіна (1939) в залежності від місць слабого спротиву нижньощелепової кістки: серединні, бокові (ментальні), кутові (ангулярні), шийкові (цервікальні), кутові розділяються на переднекутові і заднекутові. Вогнепальні пошкодження нижньої щелепи в 30% оскольчаті. Клінічна картина і діагностика переломів нижньої щелепи залежить від кількості переломів і ступені зміщення уламків. Діагноз встановлюється на підставі опитування, огляду, пальпацій і результатів рентгенологічного обстеження. Подавляючі частину вогнепальних переломів нижньої щелепи складають поєднані пошкодження. Це пояснюється тим, що крупні осколки і кулі, маючи велику пробивну силу, пошкоджують щелепу одночасно в декількох місцях. Двобічні переломи з відривом переднього відділу нижньої щелепи часто супроводжуються забрудненим диханням (загроза асфіксії). Діагностика вогнепальних переломів нижньої щелепи не складна. Особлива увага – поранення язика, слинових залоз та інших органів, можливість проникнення в м'які тканини сторонніх тіл, відламків кістки і зубів (вторинних снарядів). Не дивлячись на те, що діагноз може бути встановлений клінічно, рентгенографія обов'язкова (анфас і профіль).

Лігатурне зв'язування:

травмуючий вивих або травм. екстракція зуба;

частковий перелом альвеолярного відростка верхньої або нижньої щелепи;

перелом нижньої щелепи в межах зубного ряду без зміщення або з незначним зміщенням уламків.

Покази до міжщелепного зв'язування за Айві, Гоцко:

перелом нижньої щелепи в межах зубного ряду зі зміщенням і будь-який перелом за межами зубного ряду при умові непошкодженої верхньої щелепи;

перелом однієї верхньої щелепи при непошкодженні нижньої, і другий верхньої щелепи (фіксується щелепа на протилежній стороні);

перелом обох верхніх щелеп в поєднанні з використанням давлючої жорсткої праці;

при відстрілах ментального відділу нижньої щелепи слід використати лігатурне зв'язування тому, що накладання прашевидних пов'язок може змістити нижню щелепу досередини і викликати дислокаційну асфіксію.

Міжщелепне зв'язування протипоказане:

при непритомності пораненого;

при загрозі кровотечі з порожнини рота (навіть незначного);

у поранених зі струсом головного мозку;

при евакуації повітряним або морським шляхом;

у поранених з диспепсичними явищами і захворюваннями шлунково-кишкового тракту.

Постійні (лікувальні) методи репозиції і фіксації уламків щелеп ділянки на ортопедичні (консервативні) і хірургічні (оперативні). Ортопедичні, в свою чергу, діляться на поза лабораторні і лабораторні. Основним методом поза лабораторного лікування переломів нижньої щелепи є ручна репозиція уламків при провідниковому знечуленні і закріплення їх в правильному положенні назубними шинами з алюмінієвого дроту. Шини С.С.Тігерштедта (1916):

гладка шина-скоба;

шина з розпиркою – при переломах з дефектом в зубному ряді;

шина з похилою площиною використовується при “відстрілі” – дефекті однієї половини нижньої щелепи з метою утримання другої половини в правильному положенні;
шина з опорною площиною – коли звисають клапті твердого піднебіння;
шина з зачіпними гачками і між щелеповим ви тяжінням.

Ускладнення пошкоджень нижньої щелепи – вторинні кровотечі, травмуючий остеомієліт, слинові нориці, анкілози, ложні суглоби, бронхо-пульмональні порушення. При зміщенні уламків дозад і вниз спостерігається відкритий прикус, при зміщенні вниз уламок може утримуватись тільки на м'яких тканинах і висовуватись вперед, але частіше спостерігається зміщення дозад під дією сили снаряду чи кулі. На відміну від вогнепального перелому верхньої щелепи майже не спостерігаються вколочені переломи. Самою характерною ознакою перелому верхньої щелепи є її рухомість. При значному зміщенні рухомих уламків відмічається подовження обличчя. В тих випадках, коли разом з верхньою щелепою зміщуються виличні і носові кістки, обличчя не тільки подовжується, але і сплющується. Очні яблука при двобічних переломах опускаються разом з нижніми стінками очниці. При односторонньому переломі це буває тільки на стороні пошкодження та супроводжується диплопією (двоїнням в очах). Направлення зміщення уламків верхньої щелепи залежить в більшості від напрямку раничаго снаряду. Але, має значення вага самих уламків і тяга тої чи іншої частини крило видного м'язу, яка прикріплена до крило видного відростка і горба верхньої щелепи, та очевидно, тяга деяких мимічних м'язів, що прикріплені до верхньої щелепи. При пальпації покровів обличчя (без зондування рани), можна визначити рухомість уламків, яке супроводжується різкою болючістю. Пальпація зі сторони порожнини рота виявляє ще більшу рухомість уламків. При пошкодженні рухових гілок трійчастого і лицевого нервів, які йдуть через крило піднебінний канал, при внутрішньо ротовому огляді можна побачити парез відповідної половини м'якого піднебіння. Близькість верхньої щелепи до основної кістки з її відростками зумовлює можливість її пошкодження і появи симптомів, які не вкладаються в звичну симптоматику пошкоджень верхньої щелепи. При цьому відмічається: парез м'якого піднебіння, порушення смаку на всьому язичку, зниження слиновиділення, тахікардія, лабільність пульсу, тобто симптоми ураження язикоглоткового, блукаючого, язикового нервів і барабанної струни. При косих пораненнях з пошкодженням сосковидного паростка може спостерігатись глухота, параліч жувального м'язу, порушення больової чутливості в потиличній ділянці і за вушною раковиною. Описані невралгічні зміни часто залишаються нерозпізнаними і внаслідок цього нелакованими.

Вогнепальні поранення верхньої щелепи в 90% випадків поєднуються з порушенням цілісності спинок гайморової пазухи та інших оточуючих верхню щелепу порожнин. Дотичні поранення верхньої щелепи нерідко поєднуються з одночасним пошкодженням гілки нижньої щелепи, орбіти, носа і навіть мозкового черепа. За характером розрушень ці ураження являються найбільш важкими. Враховуючи, що діагностика вогнепальних переломів верхньої щелепи в польових умовах, становить труднощі, необхідно звертати більше уваги на локалізацію вхідного і вихідного отворів і, подумки відтворюючи шляхи раничаго снаряду, робити ті чи інші припущення про можливі анатомічні розрушення. Хорошим підґрунтям для встановлення діагнозу може бути зондування рани затупленим зондом. Але зондування має бути дуже обережним, щоб не пошкодити кровоносні судини і викликати кровотечу, яку важко зупинити. Наявність рани, порушення прикусу, рухомість уламків і наявність інших вищевказаних симптомів дозволяють з достатньою точністю встановити діагноз перелому верхньої щелепи та його характер. Оглядова рентгенографія верхньої щелепи з укладкою на підборіддя та ніс (окципітментальна проекція) в деяких випадках допомагає уточнити локалізацію щілини перелому. Обстеження хворого передбачає необхідність виявлення ліквореї, що є абсолютним доказом перелому кісток основи черепа. Спинномозкова рідина може витікати з вух, носових ходів, рідше – з рота. Складність виявлення ліквореї, особливо в ранні строки спостереження, пояснюється тим, що спинномозкова рідина змішується з кров'ю і залишається непоміченою. Для диф. діагностики ліквореї і кровотечі існує симптом плями: виявлення світлої кайми навколо кров'янистої плями при нанесенні краплі витікаючої рідини на марлеву салфетку свідчить на користь ліквореї.

Хірургічна обробка кісткової рани верхньої щелепи може проводитись після виведення пораненого зі стану асфіксії, шоку і усунення гострої крововтрати. При проникаючому пораненні в гайморову пазуху слід провести її ревізію. Часто гайморова пазуха виявляється заповненою кров'ю, уламками кістки, інколи в ній виявляються металічні сторонні тіла, уламки зубів і навіть цілі зуби. Все це сприяє в подальшому розвитку травматичного гаймориту, деколи остеомієліту стінок пазухи, котрі в переважній більшості протікають в'яло, без вираженого гострого гнійного запалення. В таких випадках слід при ревізії пазухи видаляти з неї сторонні тіла, згустки крові, уламки кісток та ін.

Деколи при ревізії гайморової пазухи виявляється пошкодження тих стінок її, які клінічно і рентгенографічно здавались цілими. Ревізію гайморової пазухи проводять під провідниковим знеболенням на фоні передопераційної медикаментозної підготовки.

Види фіксуючої іммобілізації:

працевидна пов'язка (Померанцевої-Урбанської);

шина-праща Ентіна;

між щелепове зв'язування за Айві, Гоцко.

Проти покази до лігатурного зв'язування:

відсутність свідомості пораненого;

при загрози кровотечі з порожнини рота, через виникнення аспіраційної асфіксії;

при евакуації повітряним або морським шляхом (небезпека виникнення блювоти і пов'язанням з цим асфіксії);

Фіксацію уламків верхньої щелепи бажано проводити ортопедичними чи консервативними заходами (назубні шини, лабораторні і позалабораторні шини і апарати). І тільки при неможливості добитись достатньої фіксації застосовують остеосинтез. Протипоказами до остеосинтезу є шоківий стан, а також період розгару променевої хвороби при комбінованих ураженнях.

Вогнепальні переломи виличних кісток нерідко супроводжуються пошкодженням жувальних м'язів, орбіти, лицевого і трійчастого нерва, а також очей, вуха, носа і стінок гайморової пазухи. Клінічна картина таких вогнепальних поранень важча в порівнянні з невогнепальними ураженнями. Ранні симптоми вогнепальних переломів виличної кістки виражаються в затрудненому відкриванні рота, носовій кровотечі, головній болі, болючості при змиканні зубних рядів, шумі у вухах, головокружінні, деколи в зниженні слуху і зору на стороні поранення. При огляді, поміж рани м'яких тканин в ділянці виличної кістки, часто відзначається набряк і крововиливи в клітковину повік. Очна щілина при цьому закрита. Часто крововиливи поширюються на ближні ділянки і в товщу щоки. Разом з тим, при незначному пошкодженні покривів обличчя і різкому набряку розпізнавання вогнепального перелому становить значні труднощі. В діагностиці може допомогти рентгенографія. Пораненим з пошкодженням виличних кісток і дуг на полі бою накладається стерильна пов'язка на рану і надається положення, при якому не буде затікання крові в дихальні шляхи, тобто сидячи з нахилоною вперед головою або лежачи обличчям донизу.

В післяопераційному періоді хворим з травмою лица і переломами виличних кісток показана протизапальна терапія, симптоматичні середники, фізіотерапія та ЛФ з механотерапією. Наслідком поранень ЩЛД є не тільки анатомічні дефекти і порушення функцій, але і важкі психічні розлади. Лицем індивідуум представлений в суспільстві з втратою тонких мімичних рухів лица людини позбавлена важливих засобів спілкування та інших функцій.

и.

4. ПЛАН І ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА НАВЧАЛЬНОГО ЗАНЯТТЯ З ДИСЦИПЛІНИ.

№ з/п	Етапи заняття	Розподіл часу	Види контролю	Засоби навчання
1.	Підготовчий етап.	15хв.	Усне опитування за переліком питань. Письмове тестування.	Комп'ютер (ноутбук). Мультимедійні методичні розробки. Анатомічні муляжі. Відео- та фотоматеріали. Електронні довідники. Рентгенограми, ортопантомограми, томограми. Набір інструментарію.
1.1	Організаційні питання.			
1.2	Формування мотивації.			
1.3	Контроль початкового рівня підготовки (стандартизовані засоби контролю).			
2.	Основний етап (вказати всі види робіт, які виконують студенти під час цього етапу).	60 хв.	Практичний тренінг. Вирішення клінічних задач. Створення алгоритмів лікарських дій, професійний тренінг.	

3.	Заключний етап.	15хв.	Тестування. Практичні завдання. Ситуаційні та нетипові задачі. Усне опитування.	
3.1	Контроль кінцевого рівня підготовки.			
3.2	Загальна оцінка навчальної діяльності студента.			
3.3	Інформування студентів про тему наступного заняття.			

4.5. Види самостійної роботи студентів.

1. Вивчити такі питання ($\alpha=I$):

- 1.1. Методи діагностики та негайної допомоги при вогнепальних, невогнепальних пошкодженнях кісток лицевого скелету.
- 1.2. Особливості хірургічної обробки ран обличчя, порожнини рота.
- 1.3. Методи діагностики при пошкодженнях кісток лицевого скелету.
- 1.4. Негайна допомога при пошкодженнях кісток лицевого скелету.
- 1.5. Ренгендіагностика при пошкодженнях кісток лицевого скелету.
- 1.6. Лікування пошкодженнях кісток лицевого скелету.
- 1.7. Регенерація тканин ЩЛД.
- 1.8. Травматична хвороба.

2. Тестові завдання з одиничною правильною відповіддю ($\alpha=II$):

2.1. Перерахуйте види тимчасової іммобілізації при переломі нижньої щелепи:

- 1) лігатурне зв'язування зубів;
- 2) гладка шина-скоба;
- 3)* прашевидна пов'язка;
- 4) апарат Збаржа;
- 5) шина-ложка Лімберга.

2.2. Перерахуйте види тимчасової іммобілізації при переломі верхньої щелепи:

- 1)* прашевидна пов'язка;
- 2) апарат Збаржа;
- 3) лігатурне зв'язування;
- 4) шина-ложка Лімберга;
- 5) двощелепна шина із зачіпними петлями.

2.3. Перерахуйте види постійної іммобілізації при переломі нижньої щелепи за межами зубного ряду:

- 1) апарат Рудько;
- 2)* остеосинтез;
- 3) гладка шина-скоба;
- 4) шина Вебера;
- 5) шина Порта.

2.4. Перерахуйте види постійної іммобілізації при вивиху зубів:

- 1) апарат Рудько;
- 2) остеосинтез;
- 3) шина Вебера;
- 4) шина Порта;
- 5) *гладка шина-скоба.

3. Тестові завдання з множинним вибором:

3.1. Перерахуйте основні клінічні прояви неінфікованої кісткової рани:

- 1) набряк м'яких тканин;
- 2) інфільтрат м'яких тканин;
- 3) кровотеча;
- 4) порушення прикусу;
- 5) порушення акту жування.

3.2. Перерахуйте основні клінічні прояви інфікованої кісткової рани:

- 1) набряк м'яких тканин;
- 2) інфільтрат м'яких тканин;
- 3) гноєвиділення;
- 4) порушення прикусу;
- 5) порушення акту жування.

3.3. Перерахуйте види постійної іммобілізації при переломі альвеолярного відростку верхньої щелепи:

- 1) шина-ложка Лімберга;
- 2) апарат Збаржа;
- 3) двощелепна шина із зачіпними петлями і праще видна пов'язка;
- 4) лігатурне зв'язування зубів;
- 5) гладка шина-скоба.

3.4. Перерахуйте види постійної іммобілізації при ураженні верхньої щелепи:

- 1) гладка шина-скоба;
- 2) двощелепна шина із зачіпними петлями і міжщелепними витягуванням
- 3) остеосинтез;
- 4) шина Вібера;
- 5) апарат Рудько.

3.5. Перерахуйте види постійної іммобілізації при переломі нижньої щелепи в межах зубного ряду, якщо на малому фрагменті наявні 2-3 стійких зуба:

- 1) гладка-шина скоба;
- 2) двощелепна шина із зачіпними петлями і міжщелепними витягуванням;
- 3) остеосинтез;
- 4) шина Вібера;
- 5) апарат Рудько.

3.6. Перерахуйте види ранніх ускладнень при переломі беззубої щелепи:

- 1) шок;
- 2) колапс;
- 3) кровотеча;
- 4) асфіксія;
- 5) непритомність.

Вірні відповіді:

- | | |
|----------|----------|
| 1. 3,4,5 | 4. 2,3 |
| 2. 1,3,5 | 5. 2,3 |
| 3. 3,4,5 | 6. 3,4,5 |

4. Задачі для самоконтролю:

4.1. У хворого в результаті ДТП виник перелом тіла нижньої щелепи з зміщенням відломків. Вкажіть метод транспортної іммобілізації для транспортування потерпілий до відділення щелепно-лицевої хірургії?

- A.* Кругова тім'яно-підборідна пов'язка
- B. Шинування за допомогою шини Тігерштедта
- C. Міжщелепне лігатурне скріплення
- D. Шинування за допомогою гладкої шини-скоби
- E. Шинування за допомогою шини Васильєва

4.2. До лікаря-стоматолога звернувся хворий 38-ми років з скаргами на біль і кровотечу з носа, які виникли після травми. Об'єктивно: асиметрія обличчя за рахунок ущільнення правої виличної ділянки, гематома в клітковину повік правого ока. Відкривання рота не в повному обсягу. Прикус не порушений. При пальпації відмічається сходинок по правому нижньоочному краю. Тактильна чутливість злегка знижена в правій підочній ділянці. Який із методів лікування показаний даному хворому в першу чергу?

- A.* Позаротове витягнення
- B. Репозиція кістки
- C. Реплантація
- D. Остеотомія
- E. Остеосинтез

4.3. До щелепно-лищевого відділення доставлено хворого 32-х років з ознаками ядухи. Після огляду встановлено: осколковий перелом нижньої щелепи у ментальному відділі, дислокаційна асфіксія. Які невідкладні маніпуляції необхідно провести?

- A.* Зафіксувати язик лігатурою
- B. Зафіксувати рухомі клапті слизової оболонки
- C. Звільнити просвіт ротоглотки від стороннього тіла
- D. Провести конікотомію
- E. Негайно накласти трахеостому

4.4. В СВПХГ поступив поранений з відломчастий проникаючим в ліву гайморову пазуху пораненням верхньої щелепи. ЗЧМТ тяжкого ступеня. Поранений без свідомості. Які фактори, що впливають на розвиток клініки, необхідно враховувати щелепно-лицевому хірургу при складанні плану комплексного лікування в цьому випадку?

- A.* Ступінь ЧМТ і вид ранового агента
- B. Ступінь ЧМТ
- C. Вид вогнепальної зброї
- D. Розвиток синдрому взаємного обтяження
- E. Вид ранового агента

4.5. В щелепно-лицеве відділення поступив пацієнт в ургентному порядку після побутової травми. Травма отримана добу тому. Скарги на біль в ділянці носа, носову кровотечу. Об'єктивно: ніс деформований. Відмічається обмежений симптом окулярів, який з'явився після отриманої травми. Пальпаторно відмічається біль в ділянці стінок носа, рухомість носових кісток. Носові ходи заповненні кров'яними згустками. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A.* Травматичний перелом носових кісток
- B. Перелом виличної дуги
- C. Перелом по Ле-Фор I
- D. Перелом по Ле-Фор III
- E. Суборбітальний двосторонній перелом

4.6. У потерпілого 32-х років скарги на біль в верхній щелепі, порушення прикусу, рухомість верхніх зубів, кровотечу з носа. При огляді відмічається відкритий прикус, мануально - рухомість верхньої щелепи. Рентгенологічно: лінія перелому по дну верхньощелепних пазух і по краю грушоподібного отвору. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A.* Перелом верхньої щелепи по Ле-Фор I
- B. Перелом верхньої щелепи по Ле-Фор II
- C. Перелом альвеолярного відростка
- D. Перелом виличної кістки
- E. Перелом верхньої щелепи по Ле-Фор III

4.7. На прийомі до стоматолога звернувся пацієнт 39-ти років після ДТП. Об'єктивно: обличчя видовжене, прикус порушений(відкритий). При пальцьовому дослідженні відмічається рухомість всього зубного ряду на верхній щелепі, сліди крововиливів вдовж перехідної складки. Порушення цілісності кістки по нижньоочному краю і виличній дузі не відмічається. Який попередній діагноз?

- A.* Перелом верхньої щелепи Ле-Фор по серединному типу
- B. Перелом верхньої щелепи по Вассмунду 1
- C. Перелом верхньої щелепи Ле-Фор по верхньому типу
- D. Перелом верхньої щелепи Ле-Фор по нижньому типу
- E. Перелом верхньої щелепи по Вассмунду

4.6. Перелік індивідуальних завдань (не передбачено робочою навчальною програмою з дисципліни).

4.8. Перелік теоретичних питань до підсумкового модульного контролю.

1. Вогнепальні, невогнепальні пошкодження кісток лицевого скелета.
2. Рентгендіагностика пошкоджень лицевого скелета.
3. Комплексне лікування пошкоджень щелеп.
4. Регенерація тканин ЩЛД.
5. Поєднані та комбіновані травматичні ушкодження щелепно-лицевої ділянки.
6. Травматична хвороба: особливості клінічних проявів, діагностика, лікування.

4.9. Перелік практичних завдань та робіт до підсумкового модульного контролю.

1. Вміти зібрати анамнез та провести клінічне обстеження пацієнта, оформити історію хвороби або амбулаторну карту, встановити діагноз і призначити лікування.

2. Вміти провести шинування хворого.

6. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области.- Киев: Вища школа,1985.- 390с.
2. Юрай Галмаш. Травматология челюстно-лицевого скелета.- Братислава,1975.- 458с.
3. Рожко М.М., Кириленко І.І., Денисенко О.Г. та ін.. Стоматологія: Т.2.- К.: Книга-плюс, 2010.- 608с.
4. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии.- Москва: Медицинская литература, 2007.- 416с.
5. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии/ Под ред. В.М. Безрукова, Т.Г. Робустовой.- М.,2000.-772 с.
6. А.А. Тимофеев. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии.- 4-е изд., перераб. и доп.- Киев: ООО «Червона Рута-Турс»,2004.- 1062с.

Додаткова література:

1. Александров Н.М. и соавт. Травмы челюстно-лицевой области.- М.: Медицина,1986.- 446с.
2. Жабин В.Е. Клиника и лечение переломов челюстей и повреждений мягких тканей лица.- Минск, 1966.- 567с.
3. Козлов В.А. Неотложная стационарная стоматологическая помощь.- М.: Медицина,1988.-406с.
4. Травматологія та онкологія щелепно-лицевої ділянки: Збірник тестових запитань для студентів стоматологічного факультету / О.В.Рибалов, Л.М.Саяпіна, І.В.Яценко, О.О.Розколупа: АСМІ, 2002. – 197с.

20. ПІДСУМКОВИЙ МОДУЛЬНИЙ КОНТРОЛЬ

Питання до підсумкового модульного контролю та перелік практичних навичок

1. Періостит щелеп: класифікація, етіологія, патогенез, клініка, диференціальна діагностика.
2. Лікування гострого гнійного одонтогенного періоститу щелеп.
3. Остеомієліт щелеп. Етіологія, теорії патогенезу, класифікація.
4. Одонтогенний остеомієліт щелеп. Гостра стадія. Клініка, діагностика, лікування.
5. Одонтогенний остеомієліт щелеп. Хронічна стадія. Клініка, діагностика. Консервативне лікування.
6. Операція секвестрэктомії. Показання, терміни виконання та її методика. Профілактика ускладнень.
7. Особливості клінічного перебігу одонтогенного остеомієліту нижньої щелепи. Залежність від анатомо-топографічних особливостей.
8. Особливості клінічного перебігу одонтогенного остеомієліту верхньої щелепи. Залежність від анатомо-топографічних особливостей.
9. Диференційна діагностика гострого періодонтиту, періоститу та остеомієліту щелеп.
10. Особливості клінічного перебігу, діагностики і лікування неодонтогенного гострого остеомієліту щелеп.
11. Особливості клінічного перебігу, діагностики та лікування травматичного остеомієліту.
12. Ускладнення остеомієліту щелеп.
13. Актиномікоз щелепно-лицевої ділянки: етіологія, патогенез, клініка, диференціальна діагностика, лікування.
14. Сифіліс щелепно-лицевої ділянки: клініка, диференціальна діагностика, лікування.
15. Туберкульоз щелепно-лицевої ділянки: клініка, диференційна діагностика, лікування.
16. Хірургічна анатомія клітковинних просторів голови та шиї.
17. Абсцеси та флегмони щелепно-лицевої локалізації. Загальні клінічні ознаки, методи та прийоми діагностики.
18. Абсцеси та флегмони щелепно-лицевої локалізації. Принципи комплексного лікування.
19. Флегмона підскроневої та крилопіднебінної ямок. Етіологія, патогенез, клініка; діагностика, лікування.
20. Флегмона скроневої ділянки. Етіологія, клініка, діагностика, лікування.

21. Абсцеси та флегмони підочної ділянки. Етіологія, клініка, діагностика, лікування.
 22. Абсцеси та флегмони виличної ділянки. Етіологія, клініка, діагностика, лікування.
 23. Абсцес та флегмона піднижньощелепного клітковинного простору, його хірургічна анатомія. Етіологія, клініка, діагностика, лікування.
 24. Абсцес і флегмона крилоподібно-щелепного клітковинного простору. Хірургічна анатомія, етіологія, клініка, діагностика, лікування.
 25. Абсцес і флегмона субмасетеріального клітковинного простору. Хірургічна анатомія. Етіологія, клініка, діагностика, лікування.
 26. Абсцес і флегмона привушно-жувальної ділянки. Етіологія, хірургічна анатомія, клініка, діагностика, лікування.
 27. Абсцес і флегмона щічної ділянки. Хірургічна анатомія, етіологія, клініка, діагностика, лікування.
 28. Абсцес і флегмона защелепної ділянки. Хірургічна анатомія, етіологія, клініка, діагностика, лікування.
 29. Абсцес та флегмона язика. Етіологія, клініка, діагностика, лікування.
 30. Флегмона дна порожнини рота. Хірургічна анатомія, етіологія, клініка, діагностика, лікування.
 31. Абсцес щелепно-язикового жолобка. Хірургічна анатомія, етіологія, клініка, діагностика, лікування.
 32. Гнилісно-некротична флегмона Жансуля-Людвіга. Хірургічна анатомія, етіологія, клініка, діагностика, лікування.
 33. Абсцес і флегмона навкологлоткового клітковинного простору. Хірургічна анатомія, етіологія, клініка, діагностика, лікування.
 34. Одонтогенна та неодонтогенна флегмона ЩЛД: диференційна діагностика, особливості клінічного перебігу, лікування, ускладнення.
 35. Клініка, топографічна анатомія та лікування флегмони шиї.
 36. Одонтогенний сепсис. Етіологія, клініка, диференційна діагностика, лікування.
 37. Інфекційно-токсичний шок. Етіологія, клініка, диференційна діагностика, лікування.
 38. Тромбофлебіт вен обличчя. Етіологія, клініка, диференційна діагностика, лікування.
 39. Тромбоз печеристого синусу. Етіологія, клініка, диференційна діагностика, лікування.
 40. Одонтогенний гайморит. Етіологія, класифікація, клініка, діагностика.
 41. Одонтогенний гайморит. Консервативне та хірургічне лікування. Ускладнення та їх профілактика.
 42. Лімфаденіт щелепно-лицевої ділянки: класифікація, клініка, диференціальна діагностика, лікування.
 43. Фурункули щелепно-лицевої ділянки: класифікація, клініка, ускладнення та лікування.
 44. Карбункули щелепно-лицевої ділянки: класифікація, клініка, ускладнення та лікування.
 45. Гостре запалення слинних залоз: класифікація, клінічний перебіг, лікування.
 46. Слиннокам'яна хвороба: етіологія, клініка, ускладнення і лікування.
 47. Псевдопаротит Герценберга: етіологія, клініка, ускладнення і лікування.
 48. Хронічне запалення слинних залоз: класифікація, клінічний перебіг, лікування.
 49. Нома. Етіологія, патогенез, клінічна картина, лікування. Диференційна діагностика, ускладнення.
 50. Бешиха обличчя. Етіологія, патогенез, клінічна картина, лікування. Диференціальна діагностика, ускладнення.
1. Класифікація пухлин щелепно-лицевої ділянки.
 2. Теорії канцерогенезу. Фактори ризику.
 3. Онкологічна настороженість у практиці лікаря-стоматолога.
 4. Методи обстеження пацієнтів із злоякісними пухлинами щелепно-лицевої ділянки.
 5. Класифікація TNM. Клінічні групи онкологічних хворих.
 6. Основні ознаки добро- та злоякісної пухлини.
 7. Облігатні передракові захворювання щелепно-лицевої ділянки.

8. Факультативні передракові захворювання щелепно-лицевої ділянки.
9. Рак губи. Класифікація, клініка, діагностика.
10. Рак губи. Лікування, ускладнення.
11. Рак слизової оболонки порожнини рота. Класифікація, клініка, діагностика.
12. Рак слизової оболонки порожнини рота. Лікування, ускладнення.
13. Рак нижньої щелепи. Класифікація, клініка, діагностика.
14. Рак і саркома нижньої щелепи. Лікування, ускладнення.
15. Саркома нижньої щелепи. Класифікація, клініка, діагностика.
16. Рак верхньої щелепи. Лінії Онгрена. Класифікація, клініка, діагностика.
17. Саркома верхньої щелепи. Класифікація, клініка, діагностика.
18. Рак і саркома верхньої щелепи. Лікування, ускладнення.
19. Злоякісні пухлини слинних залоз. Класифікація, клініка, діагностика.
20. Злоякісні пухлини слинних залоз. Лікування, ускладнення.
21. Злоякісні пухлини шиї. Класифікація, клініка, діагностика.
22. Види шийних лімфаденоктормій.
23. Принципи лікування злоякісних пухлин щелепно-лицевої ділянки в залежності від стадії процесу.
24. Бранхіогенний рак. Клінічна картина, діагностика, лікування.
25. Меланома. Клінічна картина, діагностика, тактика лікаря-стоматолога, принципи лікування.
26. Класифікація передракових захворювань шкіри обличчя, червоної облямівки губ, слизової оболонки порожнини рота. Фонові захворювання.
27. Поняття про факультативні та облігатні форми передракових захворювань шкіри обличчя, червоної облямівки губ, слизової оболонки порожнини рота.
28. Клінічні прояви та методи діагностики передракових захворювань шкіри обличчя, червоної облямівки губ, слизової оболонки порожнини рота.
29. Основні принципи лікування, профілактики та диспансеризації пацієнтів із передраковими захворюваннями шкіри обличчя, червоної облямівки губ, слизової оболонки порожнини рота.
30. Класифікація, клінічні прояви та методи діагностики епітеліальних пухлин, пухлино подібних процесів і кіст шкіри голови та шиї.
31. Основні принципи лікування та профілактики епітеліальних пухлин, пухлино подібних процесів і кіст шкіри голови та шиї.
32. Дермоїдна та епідермальні кісти: класифікація, клінічна картина та морфологічна будова.
33. Дермоїдна та епідермальні кісти: діагностика, лікування, ускладнення.
34. Кіста шиї (серединна та бічна): етіологія, патогенез, класифікація, гістологічна будова.
35. Кіста шиї (серединна та бічна): клінічна картина, диференційна діагностика, особливості лікування, ускладнення.
36. Доброякісні пухлини та кісти слинних залоз: класифікація, етіологія, патогенез, гістологічна будова, клінічні прояви.
37. Доброякісні пухлини та кісти слинних залоз: клінічна картина, диференційна діагностика, принципи і методи лікування
38. Доброякісні пухлини меланогенної системи. Клініка, особливості діагностики, лікування.
39. Одонтогенні кісти щелеп. Класифікація, клінічні прояви, діагностика, механізм росту та патологічна анатомія.
40. Одонтогенні кісти щелеп. Методи хірургічної лікування. Техніка оперативного втручання, післяопераційне введення хворих.
41. Доброякісні одонтогенні пухлини щелеп. Класифікація, клінічна картина та морфологічна будова.
42. Доброякісні одонтогенні пухлини щелеп. Сучасні принципи діагностики, методи лікування.
43. Брахіогенні кісти та нориці: класифікація, етіологія, патогенез, гістологічна будова та клінічна картина.
44. Брахіогенні кісти та нориці: клінічна картина, диференційна діагностика, принципи і методи лікування.
45. Принципи і методи диспансеризації хворих із передпухлинними захворюваннями обличчя і органів порожнини рота.
46. Доброякісні неодонтогенні пухлини щелеп. Класифікація, гістологічна будова та клінічна картина.

47. Доброякісні неондонтогенні пухлини щелеп. Диференційна діагностика, принципи та основні методи лікування, профілактика ускладнень.
48. Остеогенні пухлиноподібні новоутворення щелеп: етіологія, патогенез, класифікація.
49. Остеогенні пухлиноподібні новоутворення щелеп: Гістологічна будова, клініка, диференційна діагностика.
50. Остеогенні пухлиноподібні новоутворення щелеп: особливості лікування, ускладнення, профілактика.
51. Сучасні принципи діагностики пухлин голови та шиї.
 1. Статистика та класифікація пошкоджень щелепно-лищевої ділянки мирного часу.
 2. Основні та додаткові методи обстеження постраждалого з пошкодженням щелепно-лищевої ділянки.
 3. Предмет і завдання військової стоматології, щелепно-лищевої хірургії. Організація допомоги пораненим військовим Збройних Сил України в мирний та військовий час.
 4. Пошарова будова м'яких тканин у різних топографічних ділянках обличчя. Визначення понять "подряпина", "забій", "рана".
 5. Класифікація та клініка ран м'яких тканин щелепно-лищевої ділянки мирного часу. Особливості діагностики травматичних ушкоджень м'яких тканин щелепно-лищевої ділянки мирного часу.
 6. Класифікація кровотечі. Тимчасові та постійні методи зупинки кровотечі.
 7. Визначення поняття "первинна хірургічна обробка рани". Особливості проведення первинної хірургічної обробки ран обличчя. Види первинної хірургічної обробки. Види швів.
 8. Загальна характеристика вогнепальних ран. Особливості вогнепальних пошкоджень тканин щелепно-лищевої ділянки. Класифікація вогнепальних пошкоджень тканин щелепно-лищевої ділянки.
 9. Класифікація ускладнень вогнепальних пошкоджень тканин щелепно-лищевої ділянки.
 10. Безпосередні та ранні ускладнення вогнепальних пошкоджень тканин щелепно-лищевої ділянки. Клінічні прояви. Заходи профілактики. Лікування.
 11. Пізні ускладнення пошкоджень щелепно-лищевої ділянки. Клінічні прояви. Заходи профілактики. Лікування поранених з пізніми ускладненнями пошкоджень щелепно-лищевої ділянки.
 12. Травматична хвороба: патогенез, класифікація, періоди та перебіг, особливості лікування у щелепно-лищевих поранених.
 13. Асфіксія при пошкодженнях тканин ЩЛД: класифікація, особливості клінічного перебігу. Надання допомоги хворим.
 14. Класифікація, клінічна картина та методи лікування вивихів зуба.
 15. Класифікація, клінічна картина та методи лікування переломів зуба.
 16. Клініка і діагностика перелому альвеолярного відростка. Методи лікування перелому альвеолярного відростка.
 17. Особливості клінічної картини сліпих, дотичних та наскрізних поранень м'яких тканин щелепно-лищевої ділянки.
 18. Визначення обсягу та порядку надання медичної допомоги щелепно-лищевому пораненому на етапі першої медичної допомоги.
 19. Визначення обсягу та порядку надання медичної допомоги щелепно-лищевому пораненому на етапі долікарської допомоги.
 20. Визначення обсягу та порядку надання медичної допомоги щелепно-лищевому пораненому на етапі першої лікарської допомоги.
 21. Визначення обсягу та порядку надання медичної допомоги щелепно-лищевому пораненому на етапі кваліфікованої медичної допомоги.
 22. Визначення обсягу та порядку надання медичної допомоги щелепно-лищевому пораненому на етапі спеціалізованої медичної допомоги.
 23. Хірургічні методи лікування невогнепальних переломів нижньої щелепи. Види прямого остеосинтезу, показання та протипоказання до застосування, сучасні методики оперативних втручань. Помилки та ускладнення.
 24. Хірургічні методи лікування невогнепальних переломів нижньої щелепи. Види непрямого остеосинтезу, показання та протипоказання до застосування, сучасні методики оперативних втручань. Помилки та ускладнення.
 25. Загальне (медикаментозне) лікування невогнепальних переломів щелеп.
 26. Хірургічні методи лікування невогнепальних переломів верхньої щелепи. Види прямого остеосинтезу, показання та протипоказання до застосування, методики оперативних втручань. Помилки та ускладнення.

27. Хірургічні методи лікування невогнепальних переломів верхньої щелепи. Види непрямого остеосинтезу, показання та протипоказання до застосування, методики оперативних втручань. Помилки та ускладнення
28. Класифікація та клінічні прояви переломів кісток носа. Діагностика переломів кісток носа. Зупинка носової кровотечі при переломі кісток носа. Передня та задня тампонада носа: показання, техніка. Хірургічне лікування переломів кісток носа.
29. Класифікація та клінічні прояви переломів вилицевої кістки та дуги. Діагностика переломів вилицевої кістки та дуги.
30. Консервативні та хірургічні методи лікування переломів вилицевої кістки та дуги.
31. Термічні та хімічні пошкодження щелепно-лицевої ділянки. Особливості клінічних проявів, діагностики та надання медичної допомоги пораненим.
32. Транспортна іммобілізація відламків кісток. Види тимчасової іммобілізації відламків щелеп. На яких етапах медичної евакуації доцільно використовувати транспортну іммобілізацію.
33. Постійна іммобілізація відламків кісток щелепно-лицевої ділянки. Види постійної іммобілізації відламків щелеп.
34. Спеціалізована допомога при вогнепальних пошкодженнях нижньої щелепи.
35. Спеціалізована допомога при вогнепальних пошкодженнях верхньої щелепи.
36. Ортопедичні методи лікування переломів нижньої щелепи. Види шин. Назубні, зубо-ясеневі та ясеневі шини. Лабораторні шини та їх використання при пошкодженнях щелеп. Показання та протипоказання. Позитивні та негативні сторони використання.
37. Ортопедично-апаратний метод лікування пошкоджень щелеп: види, показання.
38. Поєднані пошкодження лицевого та мозкового черепа: класифікація, особливості перебігу, діагностика ліквореї, принципи надання допомоги.
39. Комбіновані радіаційні пошкодження щелепно-лицевої ділянки: класифікація, особливості перебігу, надання допомоги.
40. Комбіновані хімічні пошкодження щелепно-лицевої ділянки: класифікація, особливості перебігу, надання допомоги.
41. Опіки обличчя: класифікація, особливості перебігу, надання допомоги на етапах медичної евакуації. Лікування наслідків опіків обличчя.
42. Клітинні елементи кісткової тканини. Типи регенерації кістки. Види кісткової мозолі. Оптимальні умови регенерації кісткової тканини та формування кісткової мозолі.
43. Опікова хвороба. патогенез, класифікація, періоди та перебіг, особливості лікування у щелепно-лицевих поранених. Наслідки опікової хвороби.
44. Класифікація відмороження. Додаткові фактори, що стимулюють відмороження.
45. Клініка та лікування відмороження тканин обличчя. Наслідки відмороження залежно від ступеня.
46. Визначення обсягу та порядку надання медичної допомоги щелепно-лицевому пораненому на етапі кваліфікованої медичної допомоги.
47. Визначення обсягу та порядку надання медичної допомоги щелепно-лицевому пораненому на етапі спеціалізованої медичної допомоги.
48. Мета та завдання військово-лікарської експертизи. Особливості огляду щелепно-лицевих поранених та хворих під час військово-лікарської експертизи. Критерії визначення придатності до військової служби та боєздатності щелепно-лицевих поранених та хворих. Види втрати працездатності.
49. Основні принципи та методи лікувального харчування щелепно-лицевих поранених, види дієт.
50. Основні принципи, показання та протипоказання до лікувальної фізкультури та фізіотерапевтичного лікування щелепно-лицевих поранених.

Перелік практичних навичок

1. Виконайте мандибулярну анестезію аподактильним способом.
2. Виконайте мандибулярну анестезію пальцевим способом.
3. Виконайте центральну анестезію за Карреа (піднебінний шлях крилопіднебінної анестезії).
4. Виконайте туберальну анестезію позаротовим методом.
5. Виконайте туберальну анестезію внутрішньо-ротовим методом.
6. Виконайте піднебінну анестезію у великого піднебінного отвору.
7. Виконайте піднебінну анестезію.
8. Виконайте термінальну анестезію для знеболення середніх верхніх альвеолярних нервів.
9. Виконайте різцеву анестезію на верхній щелепі позаротовим способом.
10. Виконайте різцеву анестезію на верхній щелепі внутрішньоротовим способом.

11. Виконайте інфраорбітальну анестезію позаротовим методом.
 12. Виконайте провідникову інфраорбітальну анестезію внутришньоротовим методом.
 13. Виконайте інфраорбітальну анестезію біля підчочномкового отвору внутрішньо-ротовим методом.
 14. Виконайте термінальну анестезію за Вишневським.
 15. Виконайте інтралігаментарну анестезію.
 16. Виконайте інтрасептальну анестезію.
 17. Виконайте підокісну анестезію.
 18. Виконайте термінальну анестезію.
 19. Виконайте провідникову анестезію II та III гілок трійчастого нерву у підскроневої ямки способом повзучого інфільтрату за Вишневським.
 20. Виконайте анестезію біля овального отвору підскроневої шляхом.
 21. Виконайте анестезію верхньощелепного нерву підвлично-крилоподібним шляхом за С.М. Вайсблатом.
 22. Виконайте анестезію за Берше-Дубовим.
 23. Виконайте анестезію за Берше-Дубовим.
 24. Виконайте анестезію за Вейсбремом.
 25. Продемонструйте виконання анестезії щічного нерву.
 26. Виконайте різцеву анестезію на нижній щелепі.
 27. Виконайте анестезію біля ментального отвору внутришньоротовим методом.
 28. Виконайте мандибулярну анестезію позаротовим способом.
 29. Виконайте торусальну анестезію на беззубих щелепах.
 30. Виконайте анестезію за Вейсбремом.
 31. Виконайте торусальну анестезію.
 32. Виконайте анестезію біля ментального отвору позаротовим методом.
 33. Виконайте мандибулярну анестезію аподактильним способом.
 34. Виконайте мандибулярну анестезію пальцевим способом.
 35. Виконайте центральну анестезію за Карреа (піднебінний шлях крилопіднебінної анестезії).
 36. Виконайте туберальну анестезію позаротовим методом.
 37. Виконайте туберальну анестезію внутришньоротовим методом.
 38. Виконайте піднебінну анестезію у великого піднебінного отвору.
 39. Виконайте піднебінну анестезію.
 40. Виконайте термінальну анестезію для знеболення середніх верхніх альвеолярних нервів.
 41. Виконайте різцеву анестезію на верхній щелепі позаротовим способом.
 42. Виконайте різцеву анестезію на верхній щелепі внутришньоротовим способом.
 43. Виконайте інфраорбітальну анестезію позаротовим методом.
 44. Виконайте провідникову інфраорбітальну анестезію внутришньоротовим методом.
 45. Виконайте інфраорбітальну анестезію біля підчочномкового отвору внутришньоротовим методом.
 46. Виконайте анестезію за Вишневським.
 47. Виконайте інтралігаментарну анестезію.
 48. Виконайте інтрасептальну анестезію.
 49. Виконайте підокісну анестезію.
 50. Виконайте термінальну анестезію.
1. Техніка анестезії для розкриття флегмони підщелепної ділянки.
 2. Продемонструйте техніку виконання анестезії при розкритті флегмони скроневої ділянки (середній шар).
 3. Продемонструйте техніку виконання анестезії для розкриття глибокої флегмони скроневої ділянки.
 4. Продемонструйте техніку виконання анестезії для розкриття флегмони привушно-жувального простору.
 5. Продемонструйте техніку виконання анестезії при розкритті флегмони підскроневої ямки.
 6. Продемонструйте виконання анестезії для розкриття флегмони защелепного простору.
 7. Продемонструйте послідовність виконання анестезії для розкриття абсцесу язика.
 8. Продемонструйте послідовність виконання анестезії для розкриття флегмони підпідборідної ділянки.
 9. Продемонструйте послідовність виконання анестезії для розкриття гнійного осередку при лімфаденіті щічного лімфатичного вузла.

10. Продемонструйте послідовність виконання анестезії для розкриття абсцесу іклової ямки.
11. Продемонструйте послідовність виконання анестезії для розкриття гнійного осередку при периаурикулярному лімфаденіті.
12. Продемонструйте порядок виконання анестезії для розкриття гнійного осередку при гнійному лімфаденіті піднижньощелепної ділянки.
13. Виконайте анестезію при оперативному втручанні – гайморотомія.
14. Продемонструйте виконання анестезії при переломі кута нижньої щелепи.
15. Виконайте анестезію при переломі верхніх щелеп за Ле Фор I (нижній тип).
16. Виконайте анестезію при переломі верхніх щелеп за Ле Фор II (середній тип).
17. Виконайте анестезію при переломі верхніх щелеп за Ле Фор III (верхній тип).
18. Продемонструйте етапи виготовлення гладкої шини-скоби за С.С.Тігерштедтом Виконайте анестезію для репозиції відламків виличної кістки та виличної дуги.
19. Продемонструйте виконання анестезії при глибокій флегмоні скроневої ділянки.
20. Продемонструйте виконання анестезії для розкриття флегмони скроневої ділянки (середній шар).
21. Продемонструйте виконання анестезії для розкриття флегмони піднижньощелепної ділянки.
22. Продемонструйте етапи репозиції та фіксації відламків при переломах виличної кістки та дуги позаротовим доступом за Лімбергом.
23. Продемонструйте послідовність виконання анестезії для розкриття поверхневих абсцесів щелепно-лицевої ділянки.
24. Продемонструйте виконання анестезії для оперативного втручання – резекції верхівок коренів зубів 11 та 21.
25. Продемонструйте послідовність фіксації відламків верхньої щелепи шиною з опорною площиною.
26. Продемонструйте тимчасову іммобілізацію відламків верхніх щелеп
27. Продемонструйте послідовність виконання лікувальних заходів при стенотичній асфіксії у пораненого в щелепно-лицеву ділянку.
28. Продемонструйте етапи репозиції, фіксації та іммобілізації кісткових уламків нижньої щелепи при наявності зубу в щілині перелому.
29. Продемонструйте послідовність репозиції та фіксації кісткових уламків нижньої щелепи за допомогою апарату Рудька.
30. Продемонструйте послідовність виконання постійної іммобілізації відламків верхніх щелеп за Фальтіним-Адамсом.
31. Продемонструйте методику вправлення переднього вивиху нижньої щелепи.
32. Продемонструйте послідовність накладання шин Васильєва.
33. Продемонструйте послідовність виготовлення та накладання шини з опірною площиною.
34. Продемонструйте етапи виготовлення та накладання шини з похилою площиною.
35. Продемонструйте послідовність виготовлення та накладання шини з розпірковим вигином.
36. Продемонструйте етапи виготовлення та накладання двощелепної шини з зачіпними гачками.
37. Продемонструйте етапи виготовлення та накладання гладкої шини-скоби.
38. Продемонструйте етапи лігатурного міжщелепового закріплення відламків щелеп за методикою Військово-медичної академії (просте лігатурне зв'язування).
39. Продемонструйте послідовність лігатурного вісімкоподібного зв'язування зубів.
40. Продемонструйте послідовність лігатурного зв'язування зубів за Гейкіним.
41. Продемонструйте послідовність лігатурного зв'язування зубів за Айві.
42. Продемонструйте лігатурне зв'язування зубів за Вільга.
43. Продемонструйте тимчасову іммобілізацію нижньої щелепи міжщелепним лігатурним зв'язуванням.
44. Продемонструйте етапи накладання стандартної праці Ентіна.
45. Продемонструйте виготовлення та накладання індивідуальної гіпсової підборідної пов'язки при переломах нижньої щелепи.
46. Продемонструйте тимчасову іммобілізацію нижньої щелепи еластичною підборідною пращею за Померанцевою-Урбанською.
47. Продемонструйте етапи тимчасової іммобілізації нижньої щелепи бинтовою тім'яно-підборідною пов'язкою.
48. Продемонструйте виготовлення та техніку виконання бинтової пращоподібної пов'язки при переломах нижньої щелепи.

49. Продемонструйте послідовність дій лікаря при вправленні застарілого переднього вивиху нижньої щелепи.
50. Продемонструйте техніку вправлення гострого переднього двобічного вивиху нижньої щелепи.
 1. Продемонструйте видалення зуба 11.
 2. Видаліть зуб 22.
 3. Виконайте видалення фронтальних зубів верхньої щелепи.
 4. Видалити зуб 13.
 5. Продемонструйте етапи видалення ретенуваних зубів 13, 23.
 6. Видаліть зуб 14.
 7. Видаліть зуб 15.
 8. Видаліть зуб 24.
 9. Видаліть зуб 16.
 10. Видаліть 26 зуб.
 11. Видаліть зуб 17.
 12. Видаліть зуб 27.
 13. Видаліть зуб 18.
 14. Видаліть зуб 28
 15. Продемонструйте видалення ретенуваних третіх великих кореневих зубів нижньої щелепи.
 16. Видаліть 31 зуб.
 17. Видаліть 41 зуб.
 18. Видаліть корені зуба 42.
 19. Видаліть корені зуба 33.
 20. Видаліть корені зубів 46 та 47.
 21. Видаліть корені зубів 35 та 36.
 22. Видаліть зуб 46.
 23. Видаліть зуб 47.
 24. Видаліть корені зуба 48
 25. Продемонструйте етапи операції видалення зуба 38 при його дистопії.
 26. Видаліть різці на верхній щелепі.
 27. Видаліть зуб 48 при його ретенції.
 28. Видаліть ікла верхньої щелепи.
 29. Видаліть малі кореневі зуби на правій верхній щелепі.
 30. Видаліть малі кореневі зуби на лівій верхній щелепі.
 31. Видаліть моляри на правій верхній щелепі.
 32. Видаліть моляри на лівій верхній щелепі.
 33. Видаліть треті великі кореневі зуби нижньої щелепи за допомогою елеваторів.
 34. Видаліть різці на нижній щелепі.
 35. Видаліть іклі на нижній щелепі.
 36. Видаліть премоляри на нижній щелепі зліва.
 37. Видаліть премоляри на нижній щелепі зліва.
 38. Видаліть моляри на нижній щелепі зліва.
 39. Видаліть моляри на нижній щелепі справа.
 40. Видаліть корені молярів верхніх щелеп.
 41. Видаліть корені премолярів на верхніх щелепах.
 42. Видаліть корені молярів нижньої щелепи.
 43. Видаліть корені зуба 18.
 44. Видаліть зуб 22.
 45. Видаліть зуб 23.
 46. Видаліть зуб 13.
 47. Видаліть ретенуваний зуб 13.
 48. Видаліть зуб 14.
 49. Видаліть зуб 35.
 50. Видаліть зуб 25.

№ 1. Принципы организации хирургической стоматологической и челюстно-лицевой помощи населению. Общая и специальная подготовка больного к амбулаторной операции и

послеоперационному периоду. Наркоз, премедикация, выбор метода обезболивания при хирургических вмешательствах в условиях стационара и поликлиники.

1. КОНКРЕТНЫЕ ЦЕЛИ:

- 1.1. Дать определение что такое принципы организации хирургической стоматологической помощи.
- 1.2. Анализировать критерии общей и специальной подготовки больного к операции.
- 1.3. Предложить план обследования больного для амбулаторных операций и оперативных вмешательств в стационаре.
- 1.4. Дать определение что такое наркоз.
- 1.5. Дать классификацию общего обезболивания.
- 1.6. Дать определение что такое премедикация, ее виды.
- 1.7. Перечислить показания и противопоказания к проведению общего обезболивания.
- 1.8. Перечислить осложнения после проведения общего обезболивания.
- 1.9. Предложить алгоритм оказания помощи при лечении пациентов с осложнениями после проведения общего обезболивания.

5. БАЗОВЫЙ УРОВЕНЬ ПОДГОТОВКИ.

Название предыдущих дисциплин	Полученные навыки
1. Общая гигиена и экология, социальная медицина	1. Гигиенические требования к помещениям амбулаторных и стационарных медицинских заведений. 2. Принципы организации медицинской помощи населению. 3. Виды медицинских учреждений и объем медицинской помощи, которая предоставляется ими.
2. Общая хирургия	1. Оборудование и инвентарий, необходимый для организации работы кабинета обще-хирургического профиля. 2. Понятие о хирургическом вмешательстве: плановые и неплановые операции.
3. Препаредвтика хирургической стоматологии	1. Понятие о наркозе и общем обезболивании в поликлинике и стационаре. 2. Особенности проведения общего обезболивания в клинике челюстно-лицевой хирургии.
4. Клиническая фармакология.	1. Знать механизм действия основных групп препаратов для проведения анестезиологического пособия.

6. ОРГАНИЗАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА

Организация стоматологической помощи населению, включая хирургическую, представляет собой комплекс мероприятий, направленных на создание лечебно-профилактических заведений и координацию их деятельности по предоставлению медицинских услуг, оздоровлению (санации) полости рта путем проведения профилактических и лечебных мероприятий.

Систему стоматологической службы Украины образуют: областные, городские, районные стоматологические поликлиники (детские, взрослые, объединенные), хозрасчетные (платные) стоматологические поликлиники, стоматологические отделения при территориальных (многопрофильных) поликлиниках, лечебно-профилактические заведения разнообразных министерств и ведомств, стоматологические отделения клиник вузов и научно-исследовательских институтов, челюстно-лицевые отделения больниц, стоматологические кабинеты в больницах, амбулаториях, диспансерах, женских консультациях, в дошкольных и школьных заведениях, высших и средних учебных заведениях, в здравпунктах предприятий, строительных организаций и т. д., организованные на основе предпринимательства стоматологические кабинеты (центры, ассоциации, фирмы и т. п.).

Основной объем (98,5-99%) стоматологической помощи оказывается в поликлинике (амбулаторно).

**ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ
(схема)**

Республиканская стоматологическая	Хирургическое отделение	Хирургический кабинет
-----------------------------------	-------------------------	-----------------------

поликлиника		
Областная стоматологическая поликлиника	Хирургическое отделение	Хирургический кабинет
Городская (районная) стоматологическая поликлиника	Хирургическое отделение	Хирургический кабинет
Стоматологическое отделение многопрофильной поликлиники	Стоматологический кабинет Хирургический кабинет	Смешанный прием Хирургический прием
Центральная районная больница	Стоматологический кабинет	Смешанный прием
Частные стоматологические кабинеты и клиники		Смешанный прием

Штатная численность персонала в стоматологических поликлиниках:

- 4 должности врачей стоматологов по терапевтической и хирургической стоматологии (суммарно) на 10000 человек взрослого населения города (с населением свыше 25000 человек), в котором расположена поликлиника;
- 2,5 должности суммарно на 10000 человек взрослого сельского населения и 2,7 должности суммарно на 10000 человек взрослого населения других населенных пунктов.

На 20 врачебных должностей стоматологического профиля предусматривается 1 должность врача анестезиолога

На 25 врачебных должностей стоматологического профиля предусматривается 1 должность врача рентгенолога.

СРЕДНИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ

На 1 должность врача хирургического приема устанавливается 1 должность медицинской сестры.

МЛАДШИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ

Устанавливается 1 должность санитарки на 1 должность стоматолога-хирурга.

КАТЕГОРИЙНОСТЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОЛИКЛИНИК.

Категории стоматологических поликлиник, характеризующие их мощности

Категория стоматологической поликлиники	Количество врачебных должностей
Внекатегорийная	Свыше 40
I	30-40
II	25-29
III	20-24
IV	15-19
V	10-14

В стоматологических поликлиниках первой категории при наличии 2-3 ставок хирургов-стоматологов выделяется 1 должность заведующего отделением.

Должности заведующих стоматологическими отделениями устанавливаются на каждые 12 врачебных должностей, но не более 3 должностей на стоматологическую поликлинику.

Во внекатегорийных стоматологических поликлиниках при наличии более 4 ставок хирургов-стоматологов выделяется 1 должность заведующего отделением.

Во внекатегорийных и стоматологических поликлиниках I категории, где организуется отделение хирургической стоматологии должно быть не менее пяти помещений:

- комната ожидания для больных из расчета 1,2 м² на одного больного, но не меньше 6 м² общей площадью;
- предоперационная не меньше 10 м² общей площадью;
- операционная с одним стоматологическим креслом не меньше 23 м², а при установке каждого следующего кресла (стола) должно добавляться 10 м²;
- стерилизационная не менее 8 м²;
- комната временного пребывания больных после операции из расчета 2 кушетки на одно кресло, но не менее 12 м².

В стоматологических поликлиниках второй-третьей категорий при наличии 2 ставок хирургов-стоматологов выделяется 1 должность заведующего отделением.

В стоматологических поликлиниках четвертой-пятой категорий хирург-стоматолог входит в состав лечебного отделения и проводит дифференцированный хирургический прием.

В хирургическом отделении стоматологической поликлиники II-V категорий кроме хирургического кабинета должно быть не менее трех помещений:

- комната ожидания для больных из расчета 1,2 м² на одного больного, но не менее 6 м² общей площадью;
- комната для стерилизации инструментов, подготовки материала, подготовки персонала (мойка рук, переодевание) площадью не менее 10 м²;
- операционная площадью 14 м², и 10 м² на каждое следующее кресло для удаления зубов и других амбулаторных операций.

В БОЛЬНИЦАХ:

1 должность стоматолога на 250 кроватей и дополнительно 1 должность на каждые следующие 300 кроватей. В больницах оборудованных стоматологическим кабинетом, с фондом менее 250 кроватей может быть выделено 0,5 ставки стоматолога.

В туберкулезных больницах с количеством коек от 75 до 200 стоматологические кабинеты устанавливаются из расчета 0,5 ставки стоматолога, а при количестве кроватей свыше 200 – одна должность врача-стоматолога.

Стоматологические кабинеты, которые входят в состав стоматологической поликлиники или стоматологических отделений другой поликлиники, могут быть организованы на промышленных предприятиях и строительных организациях с количеством работающих 1500 и больше, а также во всех высших и средних учебных заведениях, где есть 800 и более учеников или студентов.

Все оперативные вмешательства объединяют в две группы: неплановые (экстренные, urgentные) и плановые.

НЕПЛАНОВЫМИ операциями называют оперативные вмешательства, которые выполняются в любое время при обращении больного в поликлинику.

К ним относят:

- операция типичного и атипичного удаления зуба при дистопии, ретенции или полуретенции);
- операции по поводу острых и хронических воспалительных процессов: операция раскрытия гнойного очага при остром периостите, остеомиелите, а в некоторых случаях - и при флегмонозных процессах, когда нет возможности госпитализировать больного и промедление может привести к тяжелым осложнениям;
- операции при острой травме мягких тканей и (или) некоторых костей челюстно-лицевой области: наложение швов на раны мягких тканей, вправление отломков, шинирование при переломах челюстей, вправление вывихов нижней челюсти.

ПЛАНОВЫЕ оперативные вмешательства предусматривают предыдущую подготовку (обследование) пациента и назначаются на определенный операционный день. В поликлиническом отделении может быть проведен целый ряд плановых оперативных вмешательств:

- реплантация, трансплантация, живление зубов, резекция верхушки корня;
- удаление небольших доброкачественных новообразований мягких и костной тканей челюстно-лицевой области;
- взятие ткани для биопсии;
- операции по поводу кист челюстей;
- операции по поводу слюнокаменной болезни;
- пластические операций по поводу рубцовых деформаций мягких тканей и деформаций костной ткани (преимущественно альвеолярного отростка);
- секвестрэктомия;
- удаление посторонних тел, залегающих поверхностно;
- оперативное лечение заболеваний пародонта.

СТАЦИОНАРНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

Определенная часть (1-1,5 %) стоматологических больных нуждается в предоставлении стационарной стоматологической помощи. Существуют также такие заболевания челюстно-лицевой области, при которых больные должны быть госпитализированы в срочном порядке службой скорой помощи. Хирургические стоматологические стационары организуются, как правило, в составе специализированных лечебно-профилактических заведений. Во всех областных больницах, а также при одной или нескольких многопрофильных городских больницах в больших городах и промышленных центрах кроме поликлинических заведений организуют стационарные отделения хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, в которых оказывают высококвалифицированную специализированную стоматологическую помощь больным

хирургического и терапевтического профиля, а также проводят сложное челюстное протезирование по показаниям.

**Структура заведений стационарной
хирургической стоматологической помощи**

Республиканская клиническая больница	Стационар челюстно-лицевой хирургии	
Областная клиническая больница	Стационар челюстно-лицевой хирургии	
Городская клиническая больница	Стационар челюстно-лицевой хирургии	
	Хирургическое отделение общего профиля	Койки для челюстно-лицевых больных
Центральная районная больница	Хирургическое отделение общего профиля	Койки для челюстно-лицевых больных

СТАЦИОНАР состоит из следующих подразделений:

Операционный блок:

- операционная (две "чистая" и "септическая");
- предоперационной; стерилизационной; наркозной;
- аппаратной;
- инструментальной;
- кабинета хирурга;
- материальной;
- гипсовочной;
- душевой.

Перевязочные.

Лечебный кабинет.

Кабинет врача-ортопеда.

Специальные боксы.

Палаты стоматологического отделения (мужские и женские). Число палат определяется количеством коек (1,7 койки на 100000 городского населения и 1,6 койки – для сельского). Целесообразно предусматривать 60 % палат на 4 коек, 20 % – на 2 и 20 % – на 1 койку. Во многоместных палатах норма площади на 1 койку – 7 м², в послеоперационных – 10 м². Палата на 1 койку должна иметь площадь 9 м². Палаты стоматологического отделения как правило не нуждаются в специальном оборудовании.

Две послеоперационных палаты – женская и мужская. Число коек определяется характером и объемом работы стационара.

В отделении челюстно-лицевой хирургии также предусматриваются кабинет заведующего, ординаторская, комната старшей медсестры и другие.

Площадь вспомогательных помещений должна равняться площади палат или быть больше.

Медицинская документация хирургического стоматологического отделения, кабинета.

Название документа	Значение и назначение данного документа	Примечание
1	2	3
Медицинская карта стоматологического больного (Ф. № 043/у)	Юридические документы, в которых отображены сведения о больном и всех манипуляции, которые проведены хирургом и медицинской сестрой	Необходима точность и четкость записи в этих документах
Медицинская карта стационарного больного Ф. № 003/у		
Листок врачебных назначений Ф. № 003-4/у		
Листок ежедневного учета работы врача-стоматолога (Ф. № 037/у)	Для регистрации количества больных и объема проделанной работы хирурга-стоматолога	Необходим для учета работы хирурга и отделения в целом
Дневник учета работы врача стоматолога (Ф. № 039-2/у)	Для регистрации количества больных и объема проделанной работы хирурга-стоматолога за месяц	--- //- ---

Журнал записи амбулаторных операций Ф. № 069/у	Для подробной записи хода операций, выполненных хирургом, а также результатов операции	Для анализа работы хирурга-стоматолога и отделения в целом
Направление на консультацию и вспомогательные кабинеты Ф. № 028/у	Для фиксации сведений о больном, направленного на консультацию или госпитализацию	---//---
Контрольная карта диспансерного наблюдения Ф. № 030/у	У хирурга-стоматолога должна быть картотека больных со щелинными дефектами лица, врожденными и приобретенными деформациями челюстно-лицевой области, хроническими одонтогенными воспалительными процессами челюстей, заболеваниями слюнных желез, нервов челюстно-лицевого области, предопухолевыми и опухолевидными процессами лица и челюстей	Отбор на диспансерное наблюдение проводится во время профилактических осмотров, поликлинического приема, по направлениям больных из стационарных отделений
Журнал для записи консультаций	Организуется запись больных определенными, специально выделенными днями консультаций, которые проводят хирурги-стоматологи из научных и учебных заведений	Большие стоматологические (I-III категории) поликлиника конечно являются консультативно-методическими центрами
Рецептурный бланк Ф. № 107/у	Для прописи медикаментозных средств	Необходима тщательность и четкость выписывания рецепта
Клинический анализ крови Ф. № 224/у	Для постановки конечного диагноза, обследование больных, которым планируется оперативное вмешательство под наркозом	Направления на иммунологические исследования заполняются в соответствующих лабораториях, согласно с действующими стандартами.
Биохимический анализ крови Ф. № 228/у		
Анализ мочи общий Ф. № 210/у		
Анализ мочи на глюкозурический профиль Ф. № 213/у		
Листок нетрудоспособности	Подтверждает временную нетрудоспособность граждан	Выдается согласно инструкции в соответствии со статьей 51 Закона Украины "Об всеобщем государственном страховании в связи со временной потерей работоспособности и расходами, обусловленными рождением и погребением"
Справка Ф. № 095/у	Подтверждает нетрудоспособность студентов высших, средних и профессионально-технических учебных	Может быть выдана в произвольной форме гражданам, которые ищут

	заведений	работу, лицам что проходят обследование за направлением военных комиссариатов, лицам, что самостоятельно обратились за консультативной помощью
Акт о несчастном случае на производстве Ф. Н-1	Для регистрации несчастного случая, мероприятий по устранению его последствий, возмещения расходов и др.	Составляется в пяти экземплярах

Наркоз – это состояние обратного торможения центральной нервной системы, при котором отсутствуют сознание и реакция на болевые раздражители и сопровождается угнетением всех жизненно важных функций организма.

ТЕОРИИ НАРКОЗА

Липоидная теория основана на растворимости наркотических средств в липоидных клеточных мембранах с нарушением их функции.

Теория граничного натяжения состоит в том, что наркотические вещества, которые применяются для общего обезболивания, оседая на клеточных мембранах, изменяют граничное натяжение между мембраной и жидкостью, которая окружает клетку, и свободно проникают в клетку.

Теория нарушения окислительных процессов объясняет, что анестетик блокирует ферменты, которые регулируют окислительно-восстановительные процессы в клетке.

Коагуляционная теория утверждает, что общие анестетики вызывают обратную коагуляцию протоплазмы нервных клеток, с последующим наступлением наркотического сна.

Теория водных микрокристаллов. Соответственно данным этой теории молекулы наркотических веществ и боковые цепи белковых молекул, соединяясь, образуют стойкие водные микрокристаллы, которые снижают химические реакции в организме, электрическую активность мозга, блокируют передачу импульсов из синапса на синапс.

Клиника наркоза

При введении в организм наркотических препаратов наблюдается закономерная стадийность в соответствующих реакциях его органов и систем, которые наглядно можно продемонстрировать на анестезирующем веществе, которое стало классическим – эфире.

Существует несколько классификаций эфирного мононаркоза. Наиболее распространенные классификации Гведела и И.С.Жорова. Различие между ними лишь в трактовании четвертой стадии наркоза. По Гведелу четвертая стадия – агональная, по И.С.Жорову – стадия пробуждения (клинический подход). Приводим классификацию Гведела.

Первая стадия – анальгезии (привыкания, засыпания). Продолжительность ее 3-8 мин. Охватывает период от начала вдыхания паров эфира к потере сознания. Сознание и болевая чувствительность в первой стадии теряются и выключаются в его конце.

Вторая стадия – возбуждения (расторможения), наступает вслед за потерей сознания. Подкорка в этот момент выходит из-под контроля коры. Артериальное давление повышается, пульс частый, глоточный и рвотный рефлексы повышены.

Третья стадия – хирургическая. Характеризуется угасанием процессов возбуждения вследствие насыщения органов и тканей парами эфира. В этой стадии можно проводить хирургические вмешательства. В зависимости от глубины наркоза Гведел выделяет в ней четыре уровня, которые значатся в анестезиологии как 3_1 , 3_2 , 3_3 , 3_4 . На первом уровне хирургической стадии наркоза (3_1) возбуждение угасает. Больной углубляется в спокойный сон, дыхание спокойное и глубокое. Глазные яблоки делают медленное движение по кругу или фиксированы эксцентрично. Зрачок сужен к нормальным границам, хорошо реагирует на свет. Сохраняются роговичные и гортанно-глоточный рефлексы. Пульс и артериальное давление (АД) в норме, мышечный тонус сохраняется.

На втором уровне хирургической стадии наркоза (3_2) глазные яблоки прекращают движение, зрачки немного расширены, реакция на свет слабая. Гортанный и глоточный рефлексы отсутствуют. Роговичный рефлекс исчезает до конца уровня 3_2 , дыхание немного учащается. АД в норме, пульс немного ускоренный, мышечный тонус снижен.

На уровне 3_2 хорошо проводить операции на брюшной полости.

На третьем уровне хирургической стадии наркоза (3_3) начинает проявляться токсическое действие эфира на жизненно важные органы и центры. Зрачки расширены, на свет не реагируют, глаза

становятся сухими, теряют блеск. Дыхание нарушается, становится поверхностным, асинхронным. АД падает, пульс ускорен. Мышечный тонус сильно снижается. Это предельно допустимый уровень (на короткое время, не более 10-15 мин.).

На четвертом уровне хирургической стадии наркоза (3₄) зрачки предельно расширены, реакция на свет отсутствует, роговица тусклая и сухая, полный паралич межреберных мышц, уменьшение сокращения диафрагмы, ускоренный пульс, низкое АД, паралич сфинктеров. Поддержка или углубление наркоза на этой стадии может привести к летальному исходу. Это предельное состояние между жизнью и смертью.

Четвертая стадия агональная – конечная стадия наркоза, которая характеризуется остановкой дыхания, исчезновением пульса, не измеряется АД. Появляется холодный пот, невольное отделение мочи и кала. Через 3-5 мин. останавливается сердце и наступает клиническая смерть.

Оптимальным режимом для проведения операций есть 3₁ и 3₂ уровни, в этих границах анестезиолог и должен работать. Наркоз в условиях клиники нельзя доводить до глубоких и сверхглубоких уровней. В клинике рассматривается еще одна стадия наркоза, стадия выхода из него или пробуждения.

Стадия пробуждения наступает после прекращения введения наркотических веществ, начинается их выведение из организма через легкие или почки в зависимости от вида наркоза.

Общее обезболивание – наркоз, делится на ингаляционный, неингаляционный и нейролептанальгезию (НЛА).

Ингаляционный наркоз

Эффект достигается вдыханием наркотических газов или паров летучих наркотиков. Для проведения необходимы три непереносимых условия по Б.С.Уварову (1973): обеспечение во вдыхаемой смеси соответствующие концентрации наркотика, достаточное количество в ней кислорода, адекватное выведение кислоты из легких. Наркотическая смесь может подаваться через маску, воздуховод или эндотрахеальную трубку.

Различают четыре вида наркотизации: 1) по открытому контуру, когда воздух поступает при вдохе из атмосферы и возвращается в нее; 2) по полуоткрытому контуру, когда наркотик поступает из баллона в смеси с кислородом и наркотической смесью, выдыхается в атмосферу целиком; 3) по полузакрытому контуру, когда часть выдыхаемого воздуха выделяется в атмосферу, часть его, пройдя через поглотитель углекислоты, возвращается к больному; 4) по закрытому типу, когда система рециркуляции газов в аппарате целиком изолирована от атмосферы.

Масочный наркоз связан в основном с применением эфира и хлороформа. Эфир или хлороформ капельным путем наносился на маску и при вдыхании происходила наркотизация больного за открытым типом. Регулировать концентрацию анестетика при таком способе подачи очень тяжело. С появлением современных аппаратов для масочного наркоза и большого выбора наркотических веществ появилась возможность дозирования анестетика и осуществления искусственной вентиляции легких, поэтому в данное время можно рекомендовать его в широкую анестезиологическую практику.

Эндотрахеальный наркоз. При эндотрахеальном наркозе анестезирующие вещества вводятся в организм путем ингаляции через интубационную трубку. Основными преимуществами эндотрахеального наркоза есть: исключение такого грозного осложнения во время операции, как аспирация крови и слюны в дыхательные пути больного, устранение опасностей, связанных с нарушением и остановкой дыхания, обеспечение нормального газообмена и вентиляции легких, управление важнейшими функциями организма путем применения таких средств, как миорелаксанты, ганглиолитики, нейроплегики ганглионарного блока без гипотонии.

Во время интубации трахеи анестезиолог изолирует дыхательные пути больного от полости рта, что обеспечивает свободное дыхание при оперативном вмешательстве в челюстно-лицевой области.

К особенностям эндотрахеального наркоза относится и выбор метода интубации трахеи. Если при операциях в общей хирургии интубация делается через рот под контролем прямой ларингоскопии, то при операциях в челюстно-лицевой хирургии такой метод используется редко и у тех больных, которые хорошо открывают рот и не имеют патологических процессов в полости рта и глотке, и если интубационная трубка не мешает работе хирурга в данной области. В остальных случаях применяют другие методы интубации трахеи (через нос, трахеостому).

Средства для ингаляционного наркоза

Закис азота (Nitrogenium oxidatum) Бесцветный газ, тяжелее воздуха. Применяется только в смеси с кислородом в соотношении 3:1. Закис азота – слабый анестетик, поэтому применяется в комбинации с более сильными анестетиками. В хирургической стоматологии применяется в основном при кратковременных оперативных вмешательствах (раскрытии абсцессов и флегмон).

Преимущества: имеет выраженные анальгетические свойства, не загорается, малотоксичный, владеет быстрым введением в наркоз и пробуждением, не вызывает раздражающего действия на органы дыхания и слизистые оболочки, редко возникает тошнота и рвота.

Недостатки: возникновения гипоксии, судорожное подергивание мышц, слабая наркотическая сила.

Противопоказания: не имеет.

Фторотан (Phthorothanum). Бесцветная прозрачная жидкость со слабым сладковатым запахом. Владеет сильным наркотическим действием, не раздражает дыхательные пути, более сильный за эфир в три раза. В соединении с другими смесями не является взрывоопасным, не горит, а положительные наркотические свойства разрешили ему занять главное место в анестезиологии. Фторотан – сильный анестетик. Для наркотизации применяется испаритель фторотек, что имеет две шкалы, одна предусматривает подачу по полуоткрытому, другая – по полузакрытому типу.

Преимущества: не вызовет раздражения верхних дыхательных путей, возможность применения в амбулаторной практике, спазмолитическое действие на гортань и бронхи, не загорается в чистом виде и в смесях, скорость введения в наркоз и пробуждение, химическая стабильность, возможность использования высоких концентраций кислорода, улучшение микроциркуляции.

Недостатки: возможность повреждения печени при повторном введении, передозировка, по мере углубления анестезии – угнетение дыхания, кардиотоксичность, уменьшение сердечного выброса, снижение сократительной способности миокарда, дилатация сосудов, сенсбилизация сердца к катехоламинам.

Противопоказания: больным с заболеваниями печени.

Эфир для наркоза (Aether pro narcosi) – летучая, с резким запахом, бесцветная, прозрачная жидкость, которая легко испаряется. Эфирные пары хорошо горят, в смесях взрывоопасные, что ограничивает его применение в данное время в анестезиологии. Владеет выраженной терапевтической широтой, наркотическими и обезболивающими свойствами.

Преимущества: возможность использования для мононаркоза, стимулирует органы дыхания без угнетения сердечно-сосудистой системы, есть сильным анестетиком с достаточным диапазоном между терапевтической и токсичной дозами, возможность применения без сложной наркозной аппаратуры, безопасное при применении анестезиологом с небольшим опытом.

Недостатки: огнеопасный, взрывоопасный, продолжительное введение в наркоз и выраженный период возбуждения, тошнота и рвота, нарушение процессов метаболизма в организме, раздражающее действие на слизистые оболочки, ларингоспазм.

Противопоказания: острые воспалительные заболевания дыхательных путей и легких, хронические заболевания печени и почек, недостаточность надпочечников.

Трихлорэтилен (Trichloroethylenum), трилен, наркоген. Прозрачная, бесцветная жидкость со специфическим запахом, не растворимая в воде. Пары его в разных смесях не являются взрывоопасными и не горят.

Применяется только по открытой и полуоткрытой системе, так как его нельзя использовать с химическим поглотителем углекислоты в связи с тем, что при разложении трихлорэтилена получается ядовитое вещество фосген. Применяется в стоматологии при кратковременных амбулаторных операциях, удалении зубов, а также для аутоаналгезии.

Преимущества: не огнеопасный, выраженный анальгетический эффект, отсутствие раздражающего действия на слизистую оболочку, быстрое получение анальгетического эффекта и быстрый выход из него.

Недостатки: невозможность достижения хирургической стадии наркоза, токсичное влияние на сердце и печень, медленное выведение из организма, возможность разложения на составные части, невозможность использования с адсорбентом.

Противопоказания: заболевания сердца, печени, почек.

Метоксифлуран (Methoxyfluranum). Бесцветная, прозрачная жидкость, с характерным запахом яблок. Особое свойство – низкое давление паров, которое исключает возможность отравления ним при вдыхании смеси. Показания к применению такие же, как в трихлорэтилена. Не горит и не взрывоопасный. Мощный анестетик, который владеет сильным анальгетическим эффектом.

Преимущества: миорелаксация, высокая степень аналгезии и анестезии, химическая стабильность, не вызывает сердечных аритмий, отсутствие раздражительного

действия на слизистые оболочки, не горючесть.

Недостатки: продолжительное введение в наркоз с возбуждением, продолжительное пробуждение, головная боль в посленаркозный период, токсичное действие на печень и почки, угнетение дыхания, высокая растворимость в жирах и медленное выведение из организма.

Противопоказания: болезни почек и печени, гипотония, заболевания миокарда.

Хлороформ (Chloroform), трихлорметан. Бесцветная, прозрачная жидкость со сладковатым запахом. Пары хлороформа не взрывоопасны и не горят. Хлороформ – мощный анестетик, подача его осуществляется с помощью маски Есмарха или точных испарителей. В связи с тем, что различие между терапевтической и токсичной дозами у него небольшая, наркоз должен проводиться опытным и квалифицированным анестезиологом, который пользуется точной дозирующей аппаратурой. Через сильное раздражающее действие на кожу и слизистую и выраженного токсичного эффекта в данное время применяется редко.

Преимущества: быстрое введение в наркоз, возможность простого применения без сложной аппаратуры, не огнеопасный, химическая стабильность, хорошая миорелаксация.

Недостатки: токсичное действие на органы дыхания и сердце, тошнота и рвота в посленаркозном периоде, раздражающее действие на слизистые оболочки и кожу, маленький диапазон между терапевтической и летальной дозами, выраженные метаболические нарушения.

Противопоказания: болезни сердечно-сосудистой системы, диабет, заболевания печени и почек, болезни органов дыхания.

Азеотропная смесь по своему действию более сильная от эфира, но более слабая от фторотана. Смесь состоит из двух объемных частей фторотана и одной объемной части эфира.

Циклопропан (Cyclopropanum), триметилен. Бесцветный горючий газ с запахом нефти. Взрывоопасный. Циклопропан в организме не разрушается и быстро выводится через легкие. Органы дыхания не раздражает. Широкого применения не получил через высокую стоимость и возникновение аритмий.

Циклопропан – мощное наркотическое средство, применяется в смеси с кислородом в разных концентрациях. Для наркоза используется закрытый и полужакрытый контур.

Преимущества: большой разрыв между терапевтической и летальной дозами, быстрое и спокойное введение в наркоз, хорошая управляемость наркозом, легкое достижение апное, что облегчает проведение ШВЛ, быстрое пробуждение.

Недостатки: взрывоопасность, возникновение сердечных аритмий, ларингоспазм во время вводного наркоза и после пробуждения, угнетение дыхания, апное, тошнота, гиперкапния с следующим метаболическим ацидозом, циклопропановая гипотензия, острые посленаркозные психозы, высокая стоимость.

Циклопропан используется для вводного или основного наркоза при продолжительных операциях или как средство для усиления действия других анестетиков, а также для проведения поверхностного наркоза с мышечными миорелаксантами.

Противопоказания: невозможный в случае применения электроагуляции и электроножа через взрывоопасность, в больных с лабильным сердцем, тиреотоксикозом, когда используются препараты адреналина и норадреналина.

Неингаляционный наркоз

Неингаляционные анестетики применяются для внутривенного, внутримышечного и прямокишечного введения.

Средства для неингаляционного наркоза

Гексенал (hexenalum). Синонимы – эвипан натрия, гексобарбитал натрия, циклобарбитал. Представляет собой белую пенообразную, гигроскопическую массу, горькую на вкус. Хорошо растворяется в воде, поддается гидролизу, раскладывается на свете. Вводится внутривенно не больше 1 г. Применяется в основном как средство для вводного наркоза. В дозе от 200 до 500 мг наступает наркоз. У детей применяется внутримышечно и ректально.

Преимущества: скорость введения в наркоз и пробуждение, отсутствие неприятных ощущений. При применении небольших доз отсутствие рвоты и тошноты.

Недостатки: угнетение дыхания, тяжесть управления наркозом, возможность возникновения ларингоспазма, депрессивное действие на миокард и вазомоторный центр, недостаточная миорелаксация, отсутствие анальгезирующего эффекта, раздражающее действие на кожу.

Противопоказания: бронхиальная астма, заболевания печени и почек, сердечная декомпенсация, гипотония, шок, нарушение проходимости верхних дыхательных путей.

Тиопентал-натрий (Thiopentalum natrium, Natrii Carbonate). Сухая пористая масса желтоватого цвета, гигроскопическая, хорошо растворимая в воде. Растворы нестойкие и распадаются в течение часа, поэтому должны использоваться свежеприготовленными (1-2-5% растворы). Продолжительность действия 15-30 мин., применяется для вводного наркоза, в стоматологической практике для кратковременных амбулаторных операций так же, как и гексенал. Вводится внутривенно, засыпание происходит в дозе 200-500 мг. Отличие от гексенала более быстрое наступление сна и пробуждения. В анестезиологии тиопентал натрия используется с теми же осторожностями, что и гексенал.

Преимущества, недостатки и противопоказания к введению те же, что и в гексенала. Присутствие в составе атома серы делает препарат спазмотогенным. В отличие от гексенала, тиопентал-натрий владеет еще и ваготоническим действием.

Виадрил (Viadril), предион, пресурен, гидрооксидион. Стероидный препарат, лишенный активных гормональных свойств. Представляет собой белый кристаллический порошок, хорошо растворимый в воде. Для растворения применяют глюкозу, новокаин, дистиллированную воду, изотонический раствор хлорида натрия. Вводится препарат внутривенно в отличие от барбитуратов быстро, но вводится с любой скоростью.

Хирургическая стадия наркоза наступает в дозе 15-20 мг/кг. Малотоксичный, летальных последствий в литературе не описано. В поликлинической стоматологии не применяется через маленькую пригодность для кратковременного наркоза.

Преимущества: быстрое и спокойное введение в наркоз, не вызывает ларинго- и бронхоспазмы, маленькая токсичность, угнетение рвотного и кашлевого центров.

Недостатки: болезненность при введении в вену, развитие флебитов, неуправляемость наркозом, гипотензия, снижение ударного объема сердца, отсутствие анальгезирующего эффекта, рефлекторный вагоспазм.

Противопоказания: заболевания вен, противопоказан детям.

В данное время препарат самостоятельно используется редко, в основном в соединении с закисью азота для поддержки базисного наркоза и комбинированного с местными анестетиками, может быть использован для вводного наркоза. Хорошая его комбинация с таламоналом и фентанилом, что дополняют его слабый анальгезирующий эффект.

Альтезин (Althesin) СТ-1341. Стероидный препарат-анестетик со слабым анальгезирующим эффектом. Форма выпуска в ампулах по 5-10 мл, вводится внутривенно, разбавляется любым изотоническим раствором. Потеря сознания наступает от 10 до 15 мин. Применяется для вводного наркоза и кратковременных операций в поликлинической хирургии и хирургической стоматологии.

Преимущества: малая токсичность, большая терапевтическая широта, скорость метаболизма, быстрый выход из наркоза, отсутствие раздражающего эффекта на сосудистую стенку.

Недостатки: слабый анальгезирующий эффект, кратковременные нарушения в посленаркозном периоде (кашель, икота, повышенная саливация, тремор).

Противопоказания: продолжительные хирургические вмешательства.

Натрий оксибутират (Natrii oxybutyras) – белый, гигроскопический, желтоватого цвета кристаллический порошок, хорошо растворимый в воде и спирте, а также в физиологическом растворе. Усиливает действие анестетиков и анальгетиков, вызывая общую анестезию. Вводится внутривенно 70-200 мг/кг. Вглубь в дозе 100-150 мг/кг. Препарат разводится в 5% растворе глюкозы или в 50-100 мл изотонического раствора хлорида натрия. Введения медленное, капельное на протяжении 10-15 мин. или многократное фракционное. Быстрое введение всей дозы препарата нежелательно через кратковременные осложнения: брадикардию, усиленную саливацию, тошноту, рвоту, нарушение ритма дыхания, двигательного возбуждения. Оксибутират натрия используется для вводного наркоза, мононаркоза, для базис наркоза в объединении с другими анестетиками.

Для базис наркоза доза препарата составляет 100-200 мг/кг, для мононаркоза 150-200 мг/кг с продолжительностью наркоза 2-3 ч. Для введения в наркоз необходимая доза 50-90 мг/кг, при этом создается благоприятный фон, когда эфир, закис азот, фторотан действуют значительно сильнее, обеспечивая долгую и стойкую анестезию.

Преимущества: маленькая токсичность, большая терапевтическая широта, противосудорожное действие, усиления действия других анестетиков, повышение стойкости к гипотермии, стабильность гемодинамики.

Недостатки: слабый анальгезирующий эффект, ГОМК применяется в условиях стационара опытными квалифицированными анестезиологами, неуправляемость глубиной наркоза в походке операции, продолжительный период пробуждения, тяжесть контроля по глубине наркоза.

Противопоказания: амбулаторно-поликлиническая практика.

Пропанидид (Propanididum) эпонтол, сомбревин представляет собой маслянистую жидкость светло-желтого цвета, плохо растворимую в воде. Вводится внутривенно 7-10 мг на 1 кг веса 2,5% или 5% раствор, который разводится изотоническим раствором хлорида натрия. Скорость введения 20-30с больной засыпает очень быстро.

Преимущества: маленькая токсичность, быстрое наступление сна и пробуждения, возможность применения в амбулаторной практике, выраженный анальгезирующий эффект, достаточная миорелаксация.

Недостатки: возникновение флебитов, из-за раздражающего действия на сосудистую стенку, вызывает тахикардию и гипотонию, гиповентиляцию, и апное, увеличивает давление в правом желудочке и легочной артерии, вызовет аллергические реакции.

Противопоказания: гиповолемический шок, декомпенсированная сердечная и печеночная недостаточность, аллергические заболевания, гемолитическая анемия. Нельзя применять без аппаратуры искусственной вентиляции легких (ИВЛ).

Кетамин (Ketaminum), кеталар, кетанест, калипсол – анестетик, который выборочно действует на центральную нервную систему. Кетамин – белое кристаллическое вещество, хорошо растворимое в воде. Вводится внутривенно в дозе 1-3 мг на 1 кг веса и внутримышечно 6-8 мг/кг с содержанием в 1 мл от 10 до 50 мг кетамина. Наркоз при внутривенном введении наступает через 15-20 с, внутримышечно через 2-4 мин., длится 15-20 мин. в амбулаторных условиях, а в условиях стационара поддерживается до 6-7 ч. Кетаминовый наркоз применяется в разных вариантах: внутривенный мононаркоз, внутримышечный мононаркоз, внутривенный кетаминовый наркоз в объединении с релаксантами и ИВЛ, внутривенный или внутримышечный вводный наркоз и наркоз в комбинации с другими анестетиками.

Преимущества: быстрое введение в наркоз, сильное анальгезирующее действие, относительная безопасность наркоза, не выраженное действие на гемодинамику и дыхание. Есть единственным анестетиком, при котором можно достичь хирургического уровня наркоза (3_1 и 3_2) путем внутримышечного введения.

Недостатки: вызывает тахикардию, тошноту, рвоту, продолжительную послеоперационную депрессию, гипертонус жевательных мышц, иногда психические нарушения (бред, галлюцинации), повышает АД и давление ликвора.

Противопоказания: гипертоническая болезнь, больные с эклампсией и в состоянии преэклампсии.

Наркоз в условиях стоматологической поликлиники

В данное время наркоз в условиях поликлиники применяется довольно часто, и показания к его применению расширяются. Преимущества лечения и удаления зубов, проведения малых оперативных вмешательств под наркозом в некоторых случаях очевидно. Снимаются не только эмоциональное напряжение, страх, но и создаются благоприятные условия для врачебной работы (Бажанов, 1968);

Требования к общему обезболиванию в поликлинике (Бажанов; Ганина, 1979):

- наркоз должен быть простым и абсолютно безопасным;
- наркоз должен быстро наступать, достигать достаточной глубины за короткое время;
- пробуждение после наркоза должно быть быстрым: с полным восстановлением функций;
- во время и после наркоза побочные явления должны отсутствовать или быть минимальными;
- больной через короткое время должен самостоятельно пойти домой.

Все эти требования предъявляются к наркозу в поликлинике, так как амбулаторный больной не может быть тщательно обследован в отличие от стационарного и должен после наркоза возвратиться домой в нормальном состоянии.

Показания: страх перед лечением и удалением зубов, непереносимость анестетиков, высокое психоэмоциональное возбуждение заболевания центральной нервной системы, бронхиальная астма.

Противопоказания: острая респираторная инфекция, острое нарушение кровообращения, нарушения свертывания крови, выраженная анемия.

Для проведения наркоза в поликлинике пользуются масочным, внутривенным, редко эндотрахеальным. Эндотрахеальный наркоз применяется:

- у больных с нарушением носового дыхания и деформацией средней и нижней зон лица;
- когда расслабление жевательной мускулатуры за счет действия фторотана приводит к затрудненному дыханию;

- в тех случаях, когда можно ожидать сильное кровотечение (Конобец, 1973)

Осложнения наркоза

Наиболее опасные осложнения, связанные с угнетением дыхательного и сосудодвигательного центров. В редчайших случаях возможные повреждения периферических нервов. Следует выделить осложнение, связанные с нарушением насыщения крови кислородом. По частоте первое место занимают гипоксии вследствие механических нарушений проходимости дыхательных путей, вызванные спазмом гортани, западением языка, надгортанника, аспирацией посторонних тел в дыхательные пути.

Спазм гортани. При спазме гортани происходит смыкание голосовых связок. Больной не может вдохнуть воздух, тем не менее выдох не затруднен. При неполном спазме возникает характерный звук при выдохе. Во время наркоза спазм есть следствием местного раздражения или имеет рефлекторный характер. В начале наркоза спазм может наступить при вдыхании холодных паров эфира в высокой концентрации, раздражения гортани слюной, пищевыми массами, интубационной трубкой. Особенно легко спазм гортани возникает при барбитуратовом наркозе.

Рефлекторный спазм может возникнуть при хирургическом вмешательстве на рефлексогенных зонах, а конкретно при манипуляции на солнечном сплетении. Для профилактики спазма гортани вводят атропин, миорелаксанты. При спазме в I стадии наркоза надо прекратить подачу эфира на 10-15 с. и увеличить приток кислорода. Для ликвидации рефлекторного спазма делают местную анестезию рефлексогенных зон и временно прекращают хирургические манипуляции.

Стойкий и полный спазм гортани приводит к остановке сердца у здорового человека через 10 мин., а при измененной сердечной мышце – значительно раньше. Если спазм гортани не удастся купировать медикаментозными средствами, приходится прибегать к экстренной трахеостомии.

Отек гортани. Возникает при неудачных попытках введения интубационной трубки в трахею. Клинически отек похожий на спазм гортани, но развивается постепенно. При осмотре голосовых связок выявляют гиперемию, отек и уменьшения голосовой щели. Чаще это осложнение возникает в посленаркозном периоде. При отеке во время наркоза проводят интубацию, а после операции – согревающие компрессы, ингаляции. В случае быстрого нарастания отека и асфиксии показана трахеостомия.

Западение языка и надгортанника. Западение языка возможно в результате расслабления мышц при глубоком наркозе. Корень языка прижимается к задней стенке глотки, целиком или частично перекрывая путь для поступления воздуха. При наклоне головы вперед язык западает больше и корень плотнее прижимается к задней стенке глотки. Возникает хрипящее дыхание, а при полной обструкции дыхательных путей развивается цианоз. Обнаружив западение языка, анестезиолог должен наклонить голову больного назад. Если это не помогает, то надо выдвинуть вперед нижнюю челюсть. Эффективно введение воздуховода через рот или нос. В редчайших случаях приходится вытягивать язык языкодержателем или прошивать его нитями и фиксировать извне. Искусственное дыхание неэффективно, если западение не смещенное.

При глубоком наркозе может наблюдаться западение надгортанника в результате расслабления мышц. Надгортанник прижимается к входу в гортань, создавая клапан, который пропускает воздух только в одном направлении – из легких. При частичном впадении надгортанника возникают звуки, которые напоминают короткое икание. В случае полного западения развивается асфиксия, дыхание не прослушивается и больной может умереть. Для ликвидации этого осложнения достаточно вытянуть язык больного вперед – надгортанник подтягивается и открывает вход в трахею.

Аспирация рвотных масс. Это опасное и тяжелое осложнение. Затекания содержимого желудка в трахею и бронхи может привести к асфиксии, а в дальнейшем к развитию пневмонии, ателектаза легких. В трахею могут также затекать слюна, кровь.

В особенности опасная регургитация при экстренных операциях в больных, которым не опорожнили желудок к наркозу. Как правило, рвота возникает при недостаточно глубоком наркозе. Поэтому при наименьших намеках на рвотные движения следует углубить наркоз. При наркозе эфиром, фторотаном может быть рвота в момент пробуждения больного на операционном столе. Если у больного возникла регургитация, а трахеальные рефлексы придушены, желудочное содержимое затекает в трахею и бронхи. Уменьшает риск аспирации введения зонда в желудок после начала наркоза. Если рвота все же возникла, следует немедленно снять маску, опустить головной конец стола, удалить редкое содержимое отсасывателями, а твердые куски пищи – марлевыми тампонами или пальцем, наклонить голову больного в сторону. После освобождения дыхательных путей следует продолжить дачу наркоза. Если рвота возникла в самом начале наркоза, операцию лучше отложить.

Закупорка дыхательных путей может наступить также при попадании кусков марли или тампонов в трахею при неправильной тампонаде ротовой полости.

Нарушение проходимости возникает в результате перегиба или закупорки интубационной трубки слизью. Для ликвидации асфиксии необходимо быстро заменить трубку или придать ей правильное положение.

Остановка дыхания (апноэ). Передозировка наркотического вещества приводит к угнетению и параличу дыхательного центра. Клинически это состояние оказывается прекращением дыхания и цианозом. При недостаточном опыте задержку дыхания в начале наркоза можно принять за передозировку анестетика.

В случае паралича дыхательного центра необходимо отключить подачу наркотика, сделать интубацию и начать искусственное дыхание. Релаксанты не вводят, так как мышцы очень расслаблены. Искусственное дыхание делают с помощью мешка наркотического аппарата. При долгом искусственном дыхании подключают расpirаторы различных моделей. С помощью аппарата можно установить необходимый объем и частоту дыхания. При отсутствии специальных приспособлений и аппаратуры необходимо начать дыхание по типу рот в рот.

Врачебные стимуляторы дыхания надо применять с осторожностью, так как реакция на них при тяжелой гипоксии может быть извращена или отсутствующая. Искусственное дыхание следует продолжать до полного восстановления дыхания и исчезновения цианоза.

Нарушения сердечно-сосудистой деятельности. Наиболее грозным осложнением есть остановка сердца. Она может произойти в любой момент наркоза. Во время вводного наркоза она возникает в результате рефлекторных влияний и внезапной тяжелой гипоксии. В конце наркоза и при выходе из него остановка сердца может быть связана с трудной интоксикацией миокарда наркотическими веществами, угнетением сосудистого центра, уменьшением объема циркулирующей крови.

Необходимо своевременно заметить и предупредить ухудшение сердечной деятельности, не предположить остановки сердца, предвестниками которого есть резкое учащение или, напротив, замедление пульса – аритмия, холодный пот, бледность кожных покровов, падение артериального давления. В этот период уменьшение глубины наркоза, введения кровезаменителей гемодинамического действия, сердечных и сосудистых средств (эфедрин, кордиамин, адреналин) помогают нормализовать сердечную деятельность и избежать асистолии. Следует помнить, что к остановке сердца склонны больные с гипертонией, пороками сердца, и больные, которые перенесли инфаркт миокарда.

4. ПЛАН И ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА УЧЕБНОГО ЗАНЯТИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ.

№ п/п	Этапы занятия	Распределение времени	Виды контроля	Средства обучения
1.	Подготовительный этап	15мин	Устный опрос по перечню вопросов. Письменное тестирование.	Компьютер (ноутбук). Мультимедийные методические разработки. Анатомические муляжи. Видео- и фотоматериалы. Электронные справочники. Рентгенограммы, ортопантограммы, томограммы. Набор инструментария. Результаты лабораторных, цитологических и гистологических
1.1	Организационные вопросы			
1.2	Формирование мотивации			
1.3	Контроль начального уровня подготовки (стандартизированные средства контроля)			
2.	Основной этап (указать все виды работ, которые выполняют студенты во время этого этапа).	60мин.	Практический тренинг. Решение клинических задач. Создание алгоритмов врачебных действий, профессиональный	

			тренинг.	исследований.
3.	Заключительный этап	15мин	Тестирование. Практические задания. Ситуационные и нетипичные задачи. Устный опрос.	
3.1	Контроль конечного уровня подготовки			
3.2	Общая оценка учебной деятельности студента			
3.3	Информирование студентов о теме следующего занятия			

4.5. Виды самостоятельной работы студентов.

1. Изучить такие вопросы ($\alpha=I$):

1.1. 1. Принципы организации хирургической стоматологической помощи. Виды стоматологических лечебных учреждений.

2. Оборудование и оснащение хирургических отделений стоматологической поликлиники в зависимости от их категоричности.

3. Оборудование и оснащение отделений челюстно-лицевой хирургии больницы.

4. Санитарно-гигиенические требования к обустройству хирургического отделения (кабинета) стоматологической поликлиники.

5. Врачебные штаты и нормативы обслуживающего медицинского персонала (медсестры, санитарки) хирургического отделения стоматологической поликлиники в зависимости от их категоричности.

6. Непланные и плановые операции, которые проводятся в хирургическом отделении (кабинете) стоматологической поликлиники.

7. Обязательная медицинская документация хирургического стоматологического отделения (кабинета).

8. Характеристика организации и работы стоматологического отделения стационара.

9. Порядок оформления медицинской карты стоматологического больного.

10. Порядок оформления медицинской карты стационарного больного.

11. Основные задачи анестезиологической помощи.

12. Показания к общему обезболиванию в условиях стоматологической поликлиники.

13. Показания к общему обезболиванию в условиях челюстно-лицевого стационара.

14. Особенности общего обезбоживания при операциях на лице и в полости рта.

15. Преимущества и недостатки общего обезбоживания при операциях в челюстно-лицевой области.

16. Виды общего обезбоживания, которые применяются в стоматологической поликлинике и стационаре.

17. Подготовка больного к общему обезболиванию: особенности обследования, премедикации.

18. Стадии наркоза.

19. Лечебные средства, которые применяются для ингаляционного и неингаляционного наркоза.

20. Особенности ведения послеоперационного периода после операции на лице и в полости рта.

21. Виды осложнений наркоза, их причины и профилактика.

22. Основные этапы реанимационных мероприятий при разных видах осложнений.

2. Тестовые задания с одним правильным ответом ($\alpha=II$):

2.1. 1. Для уменьшения возбуждения при наркозе нужно назначать:

A. Анальгетики.

B. Барбитураты.

C. Мышечные релаксанты.

D. Гипотензивные средства.

E. М-холинолитики.

(Правильный ответ: B)

2. Какие препараты расслабляют скелетные и дыхательные мышцы?

A. Анальгетики.

B. Барбитураты.

- С. Аналептики.
- Д. Релаксанты.
- Е. Антигистаминные препараты.

(Правильный ответ: D)

3. Показанием к проведению операции удаления зуба под наркозом есть:

- А. Резко выраженная боль при перкуссии причинного зуба.
- В. Компенсированная стадия эцефалопатии.
- С. Непереносимость больным местных анестетиков.
- Д. Шейный остеохондроз.
- Е. Алкоголизм.

(Правильный ответ: С)

4. После проведения внутривенного наркоза кеталаром больного можно отпустить домой:

- А. Сразу по окончании операции.
- В. Через 30 мин. после пробуждения.
- С. Через час после пробуждения.
- Д. Через 2 часа после пробуждения.
- Е. Через 6 часов после пробуждения.

(Правильный ответ: D)

5. При осложнениях, связанных с передозировкой гексанала (угнетения дыхания, нарушения сердечной деятельности) вводится:

- А. Бемеград и хлорид кальция.
- В. Нейролептики и анальгетики.
- С. Дроперидол и седуксен.
- Д. Мепробомат.
- Е. Атропин.

(Правильный ответ: А)

6. Положения Тренделенбурга - это когда:

- А. Голова находится ниже, чем ноги (в горизонтальном положении).
- В. Сидя в кресле, голову больного наклоняют вперед.
- С. Больной лежит на боку.
- Д. Больной стоит с вытянутыми перед собой руками.
- Е. Правильного ответа нет.

(Правильный ответ: А)

7. Какие препараты назначаются для уменьшения секреции слюны при наркозе?

- А. Адреналин или норадреналин.
- В. Атропин или метацин.
- С. 1% р-н пилокарпина.
- Д. Анальгетики.
- Е. Салицилаты.

(Правильный ответ: В)

8. Для премедикации при фторотановом наркозе нужно использовать:

- А. Адреналин.
- В. Норадреналин.
- С. Мезатон.
- Д. Атропин.
- Е. Бемеград.

(Правильный ответ: В)

3. Тестовые задания с множественным выбором:

3.1. Стадии наркоза:

- А. аналгезии;
- В. возбуждения;
- С. хирургического сна;
- Д. управляемая гипотония;
- Е. все ответы правильные.

(Правильный ответ: А, В, С)

3.2. К плановым оперативным вмешательствам относятся:

- А. реплантация, трансплантация, вживление зубов, резекция верхушки корня;

- В. удаление небольших доброкачественных новообразований мягких и костной тканей челюстно-лицевой области;
- С. взятие ткани для биопсии;
- Д. операции по поводу кист челюстей;
- Е. операции по поводу слюнокаменной болезни.

(Правильный ответ: А,В,С, D,Е)

3.3. Осложнениями наркоза являются:

- А. спазм гортани;
- В. западение языка и надгортанника;
- С. аспирация рвотных масс;
- Д. апноэ;
- Е. нарушение сердечно-сосудистой деятельности.

(Правильный ответ: А,В,С, D,Е)

4. Задачи для самоконтроля:

4.1. ЗАДАЧА № 1.

У больного 24 лет, с интактным зубным рядом верхней челюсти, после падения произошел травматический вывих 11, 21 зубов. Где нужно оказывать помощь больному?

- а) в хирургическом кабинете стоматологической поликлиники;*
- б) в стоматологическом отделении стационара.

ЗАДАЧА № 2.

У больного 40 лет есть папиллома (доброкачественная опухоль) на слизистой оболочке щеки размером 0,3×0,5 см. Пять месяцев тому назад больной перенес двустороннюю пневмонию, три года тому назад – аппендэктомию.

Где нужно оперировать больного?

- а) в операционной хирургического отделения стоматологической поликлиники;*
- б) в операционной стационара.

Какой характер носит операция?

- а) плановая;*
- б) неплановая.

ЗАДАЧА № 3.

В поликлинике, где работают 45 врачей-стоматологов, один врач-рентгенолог, 2 анестезиолога, 5 хирургов, 2 из которых выполняет все плановые и неплановые операции, имеют фиксированные операционные дни. Эти хирурги закончили клиническую ординатуру по хирургической стоматологии.

Укомплектованные ли штаты?

- а) да;*
- б) нет.

К какой категории относится эта поликлиника?

- а) I категории;
- б) II категории;
- в) III категории;
- г) внекатегорийная.*

ЗАДАЧА №4.

В хирургический кабинет стоматологической поликлиники обратился больной по поводу санации полости рта с целью протезирования. Больной очень эмоциональный, легко возбудимый. К врачу стоматологу не обращался из-за боязни боли. При осмотре полости рта - много разрушенных зубов, которые подлежат удалению.

Под каким видом обезболивания целесообразно проведение санации полости рта (удаления зубов)?

- А. Инъекционное обезболивание.
- В. Масочный наркоз.
- С. Внутривенный наркоз.
- Д. Электрообезболивание.
- Е. Обезболивание с помощью безыгольного инъектора.

ЗАДАЧА № 5.

В хирургический кабинет стоматологической поликлиники обратился больной по поводу хронического периодонтита 26,27 зубов. При знакомстве с больным врач выяснил, что у больного

раньше отмечались аллергические реакции на новокаин, лидокаин и некоторые антибиотики. Кроме этого больной имеет компенсированный порок сердца.

Какой вид обезболивания целесообразно применить при удалении зубов у этого больного?

А. Местное инъекционное обезболивание.

В. Электрообезболивание.

С. Масочный наркоз.

Д. Внутривенный наркоз.

4.6. Перечень индивидуальных заданий (не предусмотрено рабочей учебной программой по дисциплине).

4.8. Перечень теоретических вопросов к итоговому модульному контролю.

1. Биологические особенности опухолевой клетки и действие на нее лучевого излучения, криотерапии, гипертермии.

2. Биологические особенности опухолевой клетки и действие на нее химиопрепаратов, оксигенации, ультразвука, гипоксии.

3. Иммунологические аспекты клинической онкологии. Иммуноterapia больных со злокачественными опухолями.

4. Комплексное лечение больных со злокачественными опухолями.

4.9. Перечень практических заданий и работ к итоговому модульному контролю (из типовой учебной программы).

1. Провести опрос пациента и на его основе сделать запись в истории болезни.

2. Провести обследование периферических лимфатических узлов челюстно-лицевой области, шеи и слюнных желез.

3. Обследовать пациента с опухолью, установить диагноз и назначить лечение.

4. Уметь провести пункцию, взять материал для цитологического или гистологического исследования.

6. ЛИТЕРАТУРА.

Основная литература.

1. Гнагышак 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.Рузин, А.А.Дмитриева. – Харьков: ХГМУ, 2001. – 108с.

Дополнительная литература.

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.

5. Шаргородский А.Г. Атлас опухолей мягких тканей и костей лица. – Москва, 1998. – 221с.

6. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина, 1997. – 450 с.

7. Рибалов О.В., Одабашьян А.Л. Онкологія щелепно-лицевої ділянки. – Полтава: АСМІ, 1999. – 114с.

8. Соловьев М.М. Онкологические аспекты в стоматологии. – М.:Медицина, 1983. – 158с.

№ 2. Проводниковое обезболивание верхней и нижней челюстей, прилежащих мягких тканей.

Аппликационное и инфильтрационное обезболивание мягких тканей челюстно-лицевой области. Сердечно-легочная реанимация.

Физиотерапия осложнений, связанных с обезболиванием.

1. КОНКРЕТНЫЕ ЦЕЛИ:

1. Анализировать возможности выбора определенного метода проведения местного обезболивания.

2. Объяснять механизм боли и обезболивания.

3. Предложить определение понятия «местное обезболивание».

4. Классифицировать виды местного обезболивания.

5. Трактовать методики проведения местного обезболивания в клинике хирургической стоматологии.
6. Рисовать схему механизма действия местных анестетиков.
7. Проанализировать действие местных анестетиков разных химических групп.
8. Составить план проведения сердечно-легочной реанимации.
9. Классифицировать осложнения, возникающие при проведении местного обезболивания.
10. Предложить методы физиотерапии, применяемые для лечения пациентов с осложнениями местного обезболивания.

3. БАЗОВЫЕ ЗНАНИЯ, УМЕНИЯ, НАВЫКИ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ТЕМЫ

Названия предыдущих дисциплин	Полученные навыки
1. Этика и деонтология.	Установить психологический контакт с пациентом.
2. Нормальная анатомия	Применять знание иннервации челюстно-лицевой области при проведении местного обезболивания.
3. Фармакология	Описывать фармакокинетику и фармакодинамику, показания и противопоказания к применению местных анестетиков, особенности современных препаратов для местного обезболивания.
4. Патологическая физиология.	Описывать механизмы возникновения боли и прерывания болевой импульсации.
5. Пропедевтика внутренних болезней.	Написать схему сердечно-легочной реанимации.

7. ОРГАНИЗАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА

Наиболее удачные научные определения боли принадлежат П. К. Анохину (оно представлено в Большой медицинской энциклопедии) и С. Ф. Грицук:

•боль – это своеобразное психологическое состояние человека, определяющееся совокупностью физиологических процессов в ЦНС, вызванных каким-либо сверхсильным или разрушительным раздражителем (П. К. Анохин и соавт., 1976);

•боль включает сложный комплекс физиологических и психологических реакций, чувствительности и сознания духа человека в конкретный момент, привычек, воспитания, культуры (С. Ф. Грицук, 1998).

Боль – неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, обусловленное существующим или потенциальным повреждением тканей, или испытываемое во время такого повреждения (Дональд А. Фелейс, 1999).

Дональд А. Фелейс (1999) выделяет боль острую и хроническую; соматическую, нейропатическую и психогенную; поверхностную и глубокую (мышечного-скелетная, висцеральная).

Болевые воздействия вызывают различные ощущения, характеризующие признаки боли: сенсорное качество боли (острая, тупая), ее интенсивность (высокой интенсивности – сильная боль, низкой интенсивности – слабая боль), ее локализация (локализованная, иррадиирующая). Эмоциональные и двигательные (моторные) проявления боли сразу заметны у пациента.

Боль, с учетом анатомических критериев, классифицируется как рецепторная (поверхностная, глубокая); проточная (деафферентационная, корневая, сплетеневая, каузальная, фантомная, невралгия); центральная, органическая (таламическая, корковая) и функциональная (психогенная). В зарубежной литературе боль делится на две группы: ноцицептивная и нейропатическая (С. Ф. Грицук, 1998).

В структуре боли выделяют пять основных компонентов:

- перцептуальный компонент, позволяющий определить место повреждения;
- эмоционально-аффективный компонент, отражающий психоэмоциональную реакцию на повреждение;
- вегетативный компонент, связанный с рефлекторным изменением тонуса симпатико-адреналовой системы;
- двигательный компонент, направленный на устранение действия повреждающих стимулов;
- когнитивный компонент, участвующий в формировании субъективного отношения к испытываемой в данный момент боли на основе накопленного опыта (В. Н. Бобырев и соавт., 2003).

В стоматологии учитываются клиничко-физиологические основы анестезиологии, поэтому выделяются два фактора боли: физиологический и психологический.

Психогенная катехоламинемия лежит в основе психологического фактора боли, который зависит от психологических и социальных факторов, окружающих пациента (эмоциональное состояние личности, окружающая ситуация). Психогенная боль – феномен, образованный интеграцией анатомического, физиологического, психологического компонентов, каждый из которых имеет собственную структуру (Г. К. Кассиль, 1975; Ю. М. Лиманский, 1986; R. Sternbach, 1978; A. Melzack, 1981).

В зависимости от причины возникновения существует три вида физиологической боли (С. Ф. Гришук, 1998): 1) боль, локализирующаяся в области кожи и слизистой оболочки и возникающая в ответ на внешний раздражитель; 2) боль, локализирующаяся от внутренних патологических процессов; 3) боль, локализирующаяся и распространяющаяся из поврежденной нервной системы и ее афферентного аппарата (фантомная боль, невралгия, каузалгия). Существуют симптоматические боли (соматалгия, симпаталгия), которые возникают при различных патологических состояниях в органах и тканях в связи с раздражением чувствительных волокон (соматических и вегетативных). Согласно гипотезе Г. Лабори (1970), зубная боль, возможно, формируется при участии серотонина по схеме: сверхпороговое раздражение тканей зуба приводит к возникновению нервного импульса, высвобождению серотонина, спазму сосудов мозга (кратковременное обратимое ухудшение кровоснабжения локального участка мозга), церебральной гипоксии и, наконец, к боли, которая возникает у пациента (Н. М. Кабилов, 1972).

Зубная боль – одна из более труднопереносимых, что обусловлено смешанной иннервацией (соматической и вегетативной) зубов. Характер зубной боли зависит от глубины воспалительного процесса и стадии его развития, длительности течения заболевания и его причины.

Дональд А. Фелейс (1999) дифференцирует зубную боль на одонтогенную (пульпитная, периапикальная, гетеротопическая) и неодонтогенную (боль, обусловленная патологией верхнечелюстной пазухи и слизистой оболочки; миофасциальная; нейропатическая; сосудистая; кардиальная; психогенная).

По данным С. А. Рабиновича и Е. В. Зорян (2000), особенности зубной боли определяются характером патологического процесса, а характер боли при поражении твердых тканей зуба зависит от глубины процесса. При поверхностном кариесе (когда дефект неглубокий) боль кратковременная (возникает под воздействием температурных и химических раздражителей); при среднем кариесе (когда поражается дентин) боль более длительная (исчезает после устранения раздражающего фактора); при глубоком кариесе (слой дентина, покрывающий пульпу зуба, становится очень тонким) могут присоединяться явления пульпита.

А. Ж. Петрикас (2009) в клинике зубной боли выделяет три вида боли, которые соответствуют трем тканям, расположенным на трех этажах зуба: дентинная боль, пульповая (пульпитная) и периодонтальная (периодонтитная). По мнению автора, дентинная боль несильная, вызывается прямым осматическим (сладкое), термическим (холод) и механическим (давлением плотным предметом – зонд, пища) воздействием на открытый дентин.

Пульпитную боль (глубокая, соматическая, висцеральная) сложнее определить, чем периапикальную или периодонтальную (глубокая, соматическая, мышечно-скелетная), которая может быть локализована более точно (Дональд А. Фелейс, 1999).

Для периодонтита характерна постоянная боль, интенсивность которой зависит от стадии воспалительного процесса. Острый периодонтит сопровождается сильной острой болью, часто локализующейся в пораженном зубе. По данным С. А. Рабиновича и Е. В. Зорян (2000), боль возникает при накусывании на зуб, иногда пальпируются увеличенные и болезненные поднижнечелюстные лимфатические узлы.

При хроническом периодонтите наблюдается постоянная распирающая боль в области пораженного зуба, некоторые формы периодонтита протекают бессимптомно. Однако хронический периодонтит в стадии обострения по клинической картине имеет сходство с острым периодонтитом.

Периодонтальная боль развивается на основе импульсов, которые поступают из периапикальной области, где локализируются механорецепторы. В иннервации периодонта принимают участие нервные волокна большого диаметра с механорецепторами, у которых низкий порог чувствительности; механорецепторы, иннервируемые тонкими миелиновыми (А) волокнами; свободные нервные окончания. Поэтому периодонт воспринимает болевые и тактильные ощущения с точной пространственной локализацией.

Периостальная боль выражена при глубоких поднадкостничных анестезиях. Эти боли объясняются особенностью иннервации надкостницы, которая имеет много ноцицептивных нервов. Такого характера боли могут иногда приводить к возникновению общих осложнений местного

обезболивания (обморок, коллапс, гипертонический криз), особенно когда раствор анестетика ошибочно вводится под надкостницу, например, при остром гнойном периостите альвеолярного отростка на верхней или нижней челюсти.

Слизистая оболочка полости рта также содержит ноцицепторы с тонкими миелиновыми волокнами, поэтому вкол иглой всегда болезненный.

Местная анестезия предполагает обезболивание тканей операционного поля без исключения сознания пациента, когда воздействие осуществляется на периферические механизмы восприятия и проведения болевого раздражения, т.е. на периферические отделы нервной системы (Т. Г. Робустова и соавт., 2003).

Адекватная местная анестезия и широкое применение премедикации снижает эмоциональный стресс у пациента и эффективно влияет на четыре компонента болевой реакции: сенсорный, эмоциональный, вегетативный и двигательный (А. В. Вальдман, Ю. Д. Игнатов, 1976). Психофизиологический комфорт, созданный врачом для пациента, основан на современных технологиях и совершенствовании обезболивания в стоматологии.

Местная анестезия в стоматологии получила широкое распространение и решает одну из главных проблем медицины – борьбу с болью.

Противостояние боли – это первостепенный моральный долг любого врача, стремящегося облегчить страдания пациента (В. Д. Федоров, 2003).

В стоматологии эффективность местного обезболивания в последние годы возросла до 90–97%, снизилось количество местных и общих осложнений благодаря их профилактике, а также применению современных средств и способов анестезий (S. F. Malamed, 1997).

Местным обезболиванием называются мероприятия, с помощью которых достигается выключение болевой чувствительности на определенном участке тела (в месте оперативного вмешательства) при полном сохранении сознания больного.

Механизм местного обезболивания. Соответственно классическим представлениям М.Е. Введенского местные анестетики влияют на функциональное состояние чувствительных нервных окончаний и проводников, изменяя их возбудимость и проводимость. При этом в нервной ткани развивается обратный процесс парабактериального торможения, которое препятствует прохождению по нему импульсов.

На сегодняшний день существует два наиболее адекватных объяснения механизмов местной анестезии:

- физико-химический механизм объясняет нарушение проницаемости натриевого канала тем, что свободная основа анестетика проникает в липидный слой нервной мембраны. После того, как достаточное количество свободной основы накапливается в ней, возникает боковая деформация натриевого канала;
- рецепторный механизм объясняет этот процесс тем, что свободная основа проникает сквозь мембрану внутрь клетки, где наступает ее диссоциация с образованием катионной формы. Последняя проникает в натриевый канал, где вступает в контакт с рецепторами. При этом натриевый канал закрывается, возникает нарушение его проницаемости.

Восприимчивость нейронов к действию местных анестетиков неодинаковая. К этим препаратам наиболее чувствительные немиелинизированные и тонкие миелинизированные нервные волокна. Чем толще нервный ствол, тем хуже он поддается обезболиванию. В результате анестетики вызывают обратную временную потерю ощущения боли, холода, тепла и, в последнюю очередь, давления. Миелинизированные волокна, которые идут к скелетным мышцам, тактильным рецепторам и проприорецепторам, стойкие к действию местных анестетиков. Этим объясняется ощущение давления на ткани во время операции даже при хорошо проведенном местном обезболивании.

Для поверхностной анестезии используются местные анестетики, которые хорошо проникают в ткани и действуют на чувствительные нервные окончания. Через неповрежденные кожные покровы эти препараты не проникают, поэтому поверхностное обезболивание используется для анестезии раневых поверхностей и слизистых оболочек. С этой целью можно применять дикаин, пиромекаин, анестезин, лидокаин. Кокаин в данное время в стоматологической практике не используют в связи с высокой токсичностью и возможностью развития медикаментозной зависимости от него.

В стоматологической практике для терминальной и проводниковой анестезии используют новокаин, тримекаин, лидокаин, мепивакаин, прилокаин, бупивакаин, этидокаин, артикаин в концентрациях 1–4%, в небольших объемах. Для проведения анестезии методом тугого ползучего инфильтрата нужны большие объемы растворов местных анестетиков маленькой (0,25–0,5%) концентрации.

Для проведения интралигаментарной анестезии нужны маленькие объемы (0,2-0,3 мл) анестетиков, но при этом применяют наиболее активные препараты: лидокаин, мепивакаин, артикаин.

По показаниям перед местной анестезией пациенту проводится аллергическая проба на чувствительность к местному анестетику.

Каждый с местных анестетиков, имеет свои особенности действия, которое врач должен учитывать при их применении.

Классификация местных анестетиков:

Сложные эфиры бензойной кислоты (кокаин, бенкаин).

Сложные эфиры пара-аминобензойной кислоты (новокаин).

Сложные эфиры аминокислоты и бензойной кислот (дикаин).

Амиды гетероциклической и ароматической кислот (совкаин, новокаинамид).

Амиды ароматических аминов-анилиды (лидокаин, бупивакаин, мепивакаин).

В настоящее время наиболее широко используются две группы местных анестетиков – эфиры (новокаин, дикаин) и амиды (лидокаин, бупивакаин, ропивакаин).

Местноанестезирующие средства по химической структуре разделяют на две группы: сложные эфиры и амиды.

I. Сложные эфиры:

4. Новокаин
5. Анестезин
6. Дикаин

II. Амиды:

1. Лидокаин
2. Тримекаин
3. Мепивакаин
4. Атрикаин
4. Прилокаин
5. Бупивакаин
6. Етидокаин

Анестетики группы сложных эфиров, в сравнении с анестетиками группы амидов, быстрее поддаются гидролизу в тканях, поскольку эфирные связи нестойкие. В крови гидролиз их ускоряется псевдохолинэстеразой. Анестетики этой группы действуют коротко.

Главными преимуществами анестетиков группы амидов есть то, что они лучше диффундируют в ткани в месте инъекции, быстрее действуют, имеют большую зону анестезии и более тесное взаимодействие с тканями, которые препятствует поступлению местного анестетика в кровь. Местные анестетики группы амидов медленнее инактивируются в организме, не разрушаются холинэстеразой крови, имеют более длительное действие.

Важной характеристикой анестетиков есть продолжительность действия препарата, которая должна быть достаточной для выполнения разных стоматологических вмешательств.

По продолжительности действия анестетики делятся на: короткого действия (хлоретил, фарматил, пиромекаин, анестезин); непродолжительного действия (новокаин, тримекаин); средней продолжительности (прилокаин, лидокаин, мепивакаин, артикаин); долгодействующие (бупивакаин, етидокаин).

Стоматолог должен всегда стремиться достижения эффективного обезболивания, используя минимальное количество анестетика.

Перед проведением местной анестезии необходимо собрать следующие анамнестические данные:

- применялась раньше местная анестезия;
- были ли осложнения местной анестезии;
- **были ли аллергические реакции на местные анестетики.**

Вазоконстрикторы.

На протяжении всей истории местной анестезии исследователи старались найти способы ее удлинения и углубления, без увеличения степени риска. Наиболее популярными стали методы добавления вазоконстрикторов к местным анестетикам.

В такой густо васкуляризированной области, как полость рта сосудорасширяющий эффект большинства местных анестетиков с одной стороны ускоряет их всасывание из места инъекции, а с другой – увеличивает опасность кровотечения. Поэтому почти одновременно с изучением местных анестетиков развивалось и учение о способах усиления и пролонгирования их действия.

Из сосудосуживающих препаратов в местноанестезирующих растворах, применяются:

- б) адреналин – гормон мозгового слоя надпочечников;
- 7) норадреналин – медиатор симпатического отдела вегетативной нервной системы;
- 8) левонордефрин – синтетический адреномиметический препарат, который влияет на альфа-адренорецепторы;
- 9) вазопрессин – гормон задней части гипофиза;
- 10) фелипрессин – синтетический аналог вазопрессина.

Противопоказания к применению сосудосуживающих средств в анестезирующих растворах при следующих состояниях:

- у больных с декомпенсированными формами сердечно-сосудистой патологии;
- с эндокринной патологией (тиреотоксикоз, сахарный диабет);
- у пациентов, которые принимают ингибиторы MAO, трициклические антидепрессанты, гормоны щитовидной железы, средства, которые блокируют бета-адренорецепторы;
- у лиц с сопутствующей патологией (сердечно-сосудистая, эндокринная и др.) их используют после премедикации с соблюдением всех профилактических мероприятий против внутрисосудистого введения и в минимальной концентрации (1:300000, 1:200000).

Побочные эффекты вазоконстрикторов усиливаются в тех случаях, когда препарат быстро поступает в кровеносное русло. Внутрисосудистая инъекция 15-20 мкг адреналина стабильно и значительно увеличивает частоту сердечных сокращений (ЧСС) до 90-120 ударов в 1 мин. В связи с этим при лечении больных с относительными противопоказаниями к применению вазоконстрикторов необходимо обязательное проведение аспирационной пробы. Поскольку аспирационная проба, к сожалению, не является 100% надежным тестом, препарат следует вводить медленно.

Внутрикостное и интралигаментарное введение также может приводить к быстрому поступлению вазоконстриктора в кровь, что делает его применение у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями проблематичным.

Почти все побочные эффекты действия вазоконстрикторов связанные с их дозированием. Единого стандарта, относительно дозы сосудосуживающих препаратов для всех пациентов и клинических ситуаций, не существует.

Таким образом, вазоконстрикторы могут быть использованы в составе растворов для местной анестезии:

- при необходимости пролонгирования и углубления анестезии (препарирования твердых тканей, депульпирования зуба, вмешательства на воспаленных тканях);
- у лиц с сопутствующей патологией (сердечно-сосудистой, эндокринной и др.) после премедикации с соблюдением всех профилактических мероприятий против внутрисосудистого введения;
- в минимальных концентрациях (1:300.000, 1:200.000).

Применения местноанестезирующих растворов с добавлением вазоконстриктора *ex tempore* часто сопровождается ошибками в дозировании вазоконстриктора. При использовании официальных растворов анестетиков (в карпулах, ампулах), которые изготавливаются в заводских условиях без нарушения технологии, возникновение побочных эффектов и осложнений встречается значительно реже.

Премедикация. Нередко обезболивание проводится без учета психоэмоционального состояния пациента и сопутствующей соматической патологии. По статистическим данным 84% пациентов ощущают непреодолимый страх, боязнь боли при проведении стоматологического вмешательства. Значительную часть подобных случаев составляют лица с сопутствующими общими заболеваниями. Поэтому, очевидны преимущества комбинированных способов обезболивания.

Премедикация – это введение одного или нескольких медикаментов в предоперационном периоде с целью облегчения анестезии или анальгезии и уменьшения возможных осложнений. Задача премедикации, как компонента обезболивания, – обеспечение седативного и потенцированного эффекта, торможение нежелательных рефлекторных реакций, подавление секреции слизистой оболочки дыхательных путей.

Наиболее распространенными и широко применяемыми в качестве седативных средств для премедикации в амбулаторной стоматологии есть транквилизаторы бензодиазепинового ряда: диазепам (седуксен, сибазон, реланиум) – 0,005-0,01; оксазепам (тазепам) – 0,01; феназепам – 0,0005-0,001; елениум – 0,01. В некоторых случаях используются их комбинации. Эти препараты малотоксичные, быстро всасываются и быстро выводятся из организма почками, не давая продолжительного последствия.

Чувствительная иннервация зубов, челюстей, мягких тканей ротовой полости и лица осуществляется почти полностью тройничным нервом. Он смешан по функции. Первые чувствительные нейроны находятся в тройничном узле (*ganglion trigemini s. Gasseri*), размещенном на передней поверхности каменистой части височной кости в дубликатуру твердой мозговой оболочки. Их аксоны составляют чувствительный корешок тройничного нерва (*radix sensoria*), который входит в средней части моста. Здесь волокна чувствительного корешка Т-образно разделяются, образуя восходящую и нисходящую веточки.

От полулунного узла (*gangl. semilunare*), расположенного в *impressiones trigemini* в средней черепной ямке на пирамиде височной кости отходят три ветви тройничного нерва:

- 4) орбитальный нерв (*n. ophthalmicus*) – чувствительный;
- 5) верхнечелюстной нерв (*n. maxillaris*) – чувствительный;
- 6) нижнечелюстной нерв (*n. mandibularis*) – смешанный.

Вторая ветвь тройничного нерва – верхнечелюстной нерв (*n. maxillaris*) – исходит с полости черепа через круглое отверстие (*foramen rotundum*). Дальше идет через верхний отдел крылонебной ямки (*fossa pterygopalatina*) где отдает от своего верхнего края скуловой нерв (*n. zygomaticus*) и немного впереди от своего нижнего края крылонебные нервы (*nn. pterygopalatini*). Дальше он проходит косо вперед и наружу, направляясь через нижнюю орбитальную щель (*fissura orbitalis inferior*) в подглазничный желоб (*sulcus infraorbitalis*).

В области подглазничных желоба и канала (*canalis infraorbitalis*) ветвь называется уже подглазничным нервом (*n. infraorbitalis*). Подглазничный нерв, выйдя из подглазничного отверстия в клыковой ямке, разделяется на свои конечные веточки, образуя малую гусиную лапку (*pes anserinus minor*). Эти веточки разветвляются в области соответствующей половины верхней губы (кожи и слизистой оболочки), нижнего века, крыльев носа и кожной части перегородки носа.

Еще в крылонебной ямке, перед самым входом подглазничного нерва в орбиту, от него в количестве двух-трех, реже четырех, веточек отходят верхние задние альвеолярные ветви (*rami alveolares superiores posteriores*). Они идут по бугру верхнечелюстной кости (*tuber maxillare*) вниз и вперед, проходят через имеющиеся здесь отверстия в толщу верхней челюсти и вместе с другими ветвями участвуют в образовании заднего отдела верхнего зубного сплетения.

В заднем отделе подглазничного желоба от подглазничного нерва отделяется от 1 до 3 верхних средних альвеолярных ветвей (*rami alveolares superiores medius*). Отсюда они проходят в костном канальце в толще наружной стенки верхней челюсти вниз и вперед и участвуют в образовании среднего отдела верхнего зубного сплетения.

В крылонебной ямке от верхнего отдела верхнечелюстного нерва, раньше альвеолярных веточек, отходит скуловой нерв (*n. zygomaticus*), который через нижнюю глазничную щель попадает в глазницу и проходя сквозь *foramen zygomatico-orbitale* разделяется дальше на скуло-лицевую (*n. zygomatico-facialis*) и скуло-височную (*n. zygomatico-temporalis*) веточки. Скуло-лицевая веточка выходит сквозь одноименное отверстие на переднюю поверхность скуловой кости, отдает веточки к наружному углу глаза, коже верхней части щеки. Скуло-височная веточка исходит из глазницы через одноименное отверстие, проходит сквозь височную мышцу и ее фасцию иннервирует кожу височной и задней части лобной областей.

От нижней поверхности верхнечелюстного нерва также в крылонебной ямке отходят крылонебные нервы (*nn. pterygopalatini*), которые идут вниз к крылонебному узлу (*ganglion pterygopalatinum*) и составляют его чувствительный корешок. Значительная же часть волокон лишь проходит по наружной поверхности узла, не перерываясь в нем.

Крылонебный узел имеет форму треугольника. В его составе, кроме чувствительного, есть еще двигательный и симпатичный корешки.

Парасимпатические волокна в составе верхнего большого каменистого нерва (*n. petrosus superficialis major*) отходят от коленного узла (*ganglion geniculi*) лицевого нерва (*n. facialis*).

Симпатичные волокна идут в составе глубокого каменистого нерва (*n. petrosus profundus*), который отходит от симпатичного сплетения внутренней сонной артерии. Проходя по крыловидному каналу, оба этих нерва соединяются, образуя нерв крыловидного канала (*n. canalis pterygoidei*) и в таком виде входят в узел.

От крылонебного узла отходят орбитальные нервы (*nn. orbitales*), задние носовые нервы (*nn. nasales posteriores*) и небные нервы (*nn. palatini*). По большей части эти ветви являются продолжением основнонебных нервов, которые отходят от верхнечелюстного нерва, лишь усиленных определенным количеством волокон от самого узла.

Верхние задние носовые ветви (*rami nasales superiores posteriores*) входят в полость носа через основнонебное отверстие (*foramen sphenopalatinum*) и разделяются на наружные ветви (*rami laterales*), которые разветвляются в слизистой оболочке верхней и средней носовых раковин, и внутренние ветви (*rami mediales*), иннервирующие слизистую оболочку заднего отдела перегородки носа.

Наибольшая из этих ветвей – носонебный нерв (*n. nasopalatinus*) идет по носовой перегородке вниз и вперед к резцовому каналу, в канале анастомозирует с таким же нервом противоположной стороны и выходя на твердое небо, иннервирует слизистую оболочку в переднем его отделе.

ЦЕНТРАЛЬНОЕ (СТВОЛОВОЕ) ПРОВОДНИКОВОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ВТОРОЙ ВЕТВИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА (N. MAXILLARIS) В КРЫЛОВИДНО-НЕБНОЙ ЯМКЕ (КРЫЛОНЕБНАЯ АНЕСТЕЗИЯ).

Целевой пункт: крыловидно-небная ямка.

Анатомические предпосылки: крыловидно-небная ямка лежит в глубине между верхней челюстью и крыловидным отростком клиновидной кости (*os sphenoidale*), кнутри от подвисочной ямки. С подвисочной ямкой она соединяется широкой наверху и узкой снизу крыловидно-небной или серповидной вырезкой (*fissura semilunare*).

Переднюю стенку крыловидно-небной ямки образует медиальный край поверхности тела верхней челюсти и глазничный отросток небной кости. Внутренней стенкой крылонебной ямки является наружная поверхность вертикальной пластинки небной кости. Сверху она прикрыта нижней поверхностью тела и большим крылом основной кости, которая отходит от него.

Крылонебная ямка имеет вид воронки, которая опирается широкой своей частью на наружное основание черепа, а узкой – направляется книзу и переходит в большой небный канал.

Крылонебная ямка соединяется спереди через нижнюю глазничную щель с полостью глазницы, а через подглазничные борозду, канал и отверстие – с передней поверхностью лицевого черепа. В верхнем отделе задней стенки открывается круглое отверстие, которое соединяет крылонебную ямку с полостью черепа. Через большой небный канал и большое небное отверстие крылонебная ямка соединяется с ротовой полостью, а через серповидную щель – с подвисочной ямкой.

В крылонебной ямке верхнечелюстной нерв делится на ветви, каждая из которых распределяется в той или другой части верхней челюсти.

Для проведения анестезии возле круглого отверстия используют 6 путей:

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| а) небный (палатинальный); | б) бугорковый (туберальный); |
| в) глазничный (орбитальный); | г) подскуло-крыловидный; |
| д) надскуловой; | е) подскуловой. |

При центральном обезболивании верхнечелюстного нерва анестезирующий раствор целесообразно доводить не до круглого отверстия, а только в крыловидно-небную ямку потому, что крыловидно-небная ямка значительно больше, чем круглое отверстие и, естественно, более доступная для инъекционной иглы. Проникновение иглы в крыловидно-небную ямку значительно безопаснее, чем прохождение иглы к круглому отверстию.

Небный (палатинальный) путь крылонебной анестезии по Карреа.

Анатомические предпосылки. Через большой небный канал и большое небное отверстие крыловидно-небная ямка соединяется с ротовой полостью. Большое небное отверстие находится возле поперечного небного шва (*sutura transversa palatina*) в месте соединения медиальной стенки альвеолярного отростка верхней челюсти с твердым небом. Проекция большого небного отверстия на слизистую оболочку твердого неба находится на пересечении двух линий. Трансверзальная линия проходит на уровне середины коронки третьего моляра, а при его отсутствии – кзади от второго моляра, или на 0,5 см кпереди от заднего края твердого неба. При отсутствии зубов ориентируются на границу между твердым и мягким небом. Расстояние от нее до большого небного отверстия равно 0,5 см. Парасагитальная прямая проходит на 0,5-0,7 см медиальнее оси альвеолярного отростка верхней челюсти. В проекции большого небного отверстия есть небольшая втянутость на слизистой оболочке мягкого неба.

Перед проведением анестезии слизистую оболочку в месте вкола иглы обрабатывают раствором антисептика. При запрокинутой назад голове и широко открытом рте больного иглу длиной 5 см вводят в участок на 1 см кпереди и внутрь (то есть, отступив к средней линии) от проекции большого небного отверстия на слизистую оболочку мягкого неба. Игла продвигается в направлении снизу вверх, впереди назад, изнутри наружу, попадает в большое небное отверстие и перемещается через него за струей анестетика в большой небный канал на глубину 2,5-3 см, где выпускается 1,5-2 мл обезболивающего раствора. Через 10-15 минут наступает анестезия во всей области иннервации верхнечелюстного нерва. По данным С.Н. Вайсблата большой небный канал в 6% непроходимый.

Осложнения: возможность внесения инфекции, ранение сосудов и нервов, поломка иглы.

Туберальный путь (по Матасу-Брауну) крылонебной анестезии.

Для проведения крылонебной анестезии внеротовым методом туберальным путем справа, голову больного поворачивают влево, а при операции слева – вправо. Раствор анестетика следует довести до середины высоты серповидной щели крыловидно-небной ямки. Чтобы более точно установить эту точку, нужно ориентироваться на высоту скуловой кости между ее передне-нижним углом и нижне-наружным краем глазницы.

Перед тем как продвигать иглу от верхнечелюстного бугра к месту целевого пункта при инъекции с правой стороны указательный палец левой руки подводится на латеральную половину нижнего края глазницы, а большой палец – к нижнему скуловому углу. При проведении инъекции с левой стороны большой палец подводится к латеральной половине нижнего края глазницы, а указательный – к нижне-скуловому углу и таким образом устанавливается высота скуловой кости между этими пунктами. При этом верхняя граница указывает на уровень круглого отверстия, а нижняя граница – на нижний отдел крыловидно-небной ямки. Длина иглы должна быть 6-8 см.

Кожу в месте вкола иглы обрабатывают раствором антисептика.

Вкол иглы осуществляют сзади нижнего угла скуловой кости. Иглу продвигают все время в тесном контакте с задней поверхностью верхней челюсти спереди-назад, снизу-вверх и снаружи-кнутри. На глубине 5-6 см игла проходит через серповидную щель и попадает в крыловидно-небную ямку. Для успешного и безопасного проведения анестезии этим путем необходимо, чтобы острый конец иглы возле целевого пункта находился в проекции середины высоты скуловой кости. Срез иглы должен быть направлен к кости.

Осложнения: возможность внесения инфекции, ранение сосудов и нервов, поломка иглы.

Глазничный (орбитальный) путь крылонебной анестезии по Вайсблату С.Н.

Указательным пальцем левой руки нащупывают нижний край глазницы и фиксируют место вкола иглы, которое находится на 2-3 мм медиальнее середины нижнеглазничного края. Кожу в месте вкола обрабатывают раствором антисептика. Прокалывают кожу над костным участком передней поверхности нижнеглазничного края и выпускают небольшое количество анестезирующего раствора. Потом конец иглы поднимая вверх, огибает нижний край глазницы и продвигается вглубь глазницы. При этом шприц поднимают вверх, отодвигая вверх глазное яблоко и сосудисто-нервный пучок и заставляют иглу скользить вдоль кости по нижней стенке глазницы, выпуская небольшими порциями местный анестетик. Иглу продвигают лишь к крыловидно-небную ямку. Иглу в орбиту погружают на 3-3,5 см, и вводят 2-3 мл обезболивающего раствора.

Осложнения: возможность внесения инфекции, ранение сосудов и нервов, поломка иглы, двоение в глазах.

Подскуло-крыловидный путь крылонебной анестезии по Вайсблату С.Н.

Крыловидно-небная ямка расположена в одной сагитальной плоскости и впереди от наружной пластинки крыловидного отростка клиновидной кости. На этом основании для определения места вкола иглы предложено пользоваться трагоорбитальной линией.

Трагоорбитальную линию строят с помощью большого и указательного пальцев левой руки. Этими пальцами плотно охватывают нижнелатеральный угол глазницы и передненижний угол скуловой кости и соединяют эти пункты отвесной линией. Стерильную линейку кладут вдоль линии, которая соединяет основание козелка уха со серединой построенной отвесной линии. Определяют длину и середину этого расстояния, которое всегда совпадает не только с проекцией крыловидного отростка крыловидной кости, но и с нижним краем скуловой дуги.

В месте вкола иглы кожу обрабатывают раствором антисептика. Иглу длиной 6-8 см с меткой в виде стерильного кусочка резины (марли, ваты, бумаги, пробки) вкалывают посередине трагоорбитальной линии под нижним краем скуловой дуги. Острый конец иглы доводят до наружной пластинки крыловидного отростка клиновидной кости. Глубина этого пункта фиксируется меткой. Потом иглу наполовину выдвигают наружу и, поворачиваем в ее острый конец кпереди на 15-20°, опять погружая её вглубь на отмеченное расстояние до контакта иглы с меткой на коже.

Осложнения: возможность внесения инфекции, поломка иглы.

Надскуловой путь анестезии крылонебной анестезии по Вайсблату С.Н.

Строят трагоорбитальную линию, место вкола обрабатывают раствором антисептика. Иглу длиной 6-8 см с меткой вкалывают посередине трагоорбитальной линии над верхним краем скуловой дуги с наклоном на 15-20° книзу. Острый конец иглы доводят до наружной пластинки крыловидного отростка. Глубина этого пункта фиксируется меткой. Потом иглу выдвигают на половину наружу и, повернув ее острый конец кпереди на 15-20°, опять продвигают вглубь на отмеченное расстояние на игле до контакта иглы и метки с кожей, где вводят 2 мл раствора анестетика.

Осложнения: возможность внесения инфекции, поломка иглы.

Зона обезболивания: вся верхняя челюсть, зубы верхней челюсти, и мягкие ткани, прилежащие к ней, стенки верхне-челюстной пазухи.

В переднем отделе подглазничного канала, до выхода нерва на переднюю поверхность верхней челюсти, от подглазничного нерва отходят верхние передние альвеолярные ветви (rami

alveolares superiores anteriores). Они идут вниз в толще передней стенки верхней челюсти и участвуют в образовании переднего отдела верхнего зубного сплетения.

Задние, средние и передние веточки, проходящие в толще наружной и передней стенки верхней челюсти, анастомозируют между собой и образуют верхнее альвеолярное, или зубное сплетение (plexus alveolaris s. dentalis superior), анастомозирующее с таким же сплетением другой стороны. От верхнего зубного сплетения отходят веточки к верхним зубам (rami dentalis superiores), к деснам верхней челюсти (rami gingivales superiores), к слизистой оболочке и костным стенкам верхнечелюстной пазухи. Веточки, которые отходят от заднего отдела зубного сплетения, разветвляются в области моляров, от среднего отдела – в области премоляров и от переднего – в области клыка и резцов.

Небные нервы (nn. palatini) идут вниз через крылонебный канал (canalis pterygopalatinus) и небные каналы (canales palatini) и распадаются на три ветви. Передний небный нерв (n. palatinus anteriores major) наибольший из них выходит на твердое небо через большое (переднее) небное отверстие (foramen palatinum majus), идет вперед, иннервирует железы и слизистую оболочку твердого и мягкого неба, а также небную поверхность десен. В переднем отделе твердого неба он анастомозирует с ветвями носонебного нерва.

Средний небный нерв (n. palatinus medius) выходит через малое небное отверстие (foramen palatinum minus) и иннервирует слизистую оболочку мягкого неба и участок миндалин.

Задний небный нерв (n. palatinus posterior) выходит через одно из малых небных отверстий, идет назад и иннервирует слизистую оболочку заднего отдела мягкого неба. Задний небный нерв содержит двигательные волокна, иннервирующие мышцу, поднимающую мягкое небо (m. levator veli palatini) и непарную мышцу язычка (m. levator uvulae s. m. azygos), идущие от лицевого нерва к крылонебному узлу в составе верхнего большого каменистого нерва.

ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ ПРОВОДНИКОВЫЕ АНЕСТЕЗИИ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Обезболивание возле бугра верхней челюсти (туберальная анестезия)

Целевой пункт: foramina alveolaria posteriora, находящиеся на задненаружной поверхности бугра верхней челюсти на уровне середины или заднего края третьего верхнего моляра и на 18-25 мм выше от края его лунки.

Анатомические предпосылки. В среднем отделе боковой поверхности верхней челюсти находится скуло-альвеолярный гребень (crista zygomatico-alveolaris), начинающийся в области первого большого коренного зуба и переходит в скуловой отросток. От этого места начинается перегиб боковой стенки верхней челюсти в заднюю. Эта поверхность тела верхней челюсти (ее еще называют подвисочной) выпуклая, образует бугор верхней челюсти, на котором и находятся задние луночковые отверстия. Гребень является опознавательным пунктом для определения места вкола при выполнении туберальной анестезии. Исходя из того, что скуло-альвеолярный гребень располагается непосредственно над первым верхним моляром, его можно нащупать или определить на глаз.

Необходимо также считаться с существованием двух вариантов строения неба, которое играет важную роль при выборе места вкола: укороченной и удлиненной. Конфигурацию верхней челюсти легко определить при осмотре ротовой полости.

При укороченной форме неба третьи верхние моляры отсутствуют. От скуло-альвеолярного гребня идет крутой подъем по верхнечелюстному бугру к крыловидно-небной ямке. Расстояние от гребня к крыловидно-небной ямке составляет 2 см. Естественно, что при такой длине неба вкол можно провести непосредственно за первым верхним моляром (вкол над первым верхним моляром исключается, потому что для продвижения иглы дальше, следует обойти гребень).

При удлиненной форме неба есть третьи верхние моляры, и даже участок альвеолярного отростка за этими зубами. Расстояние от скуло-альвеолярного гребня к крыловидно-небной ямке, больше чем 2 см. В этом случае вкол непосредственно за первым верхним моляром вынудит вести иглу на большее расстояние: над вторым и третьим верхними молярами и участком альвеолярного отростка за ними. Обезболивание будет более успешным, если вкол осуществить над вторым или между вторым и третьим верхними молярами.

Таким образом, расстояние от места вкола до места входа задних верхних луночных нервов в кость равняется приблизительно 2 см, а с учетом толщины мягких тканей, которые прокалываются – 2,5 см.

Внутриротовой способ. Анестезию выполняют при полуоткрытом рте больного. Угол рта из соответствующей стороны оттягивают шпатель. Вкол иглы проводят в слизистую оболочку на 0,5 см ниже свод преддверия полости рта позади скуло-альвеолярного гребня на уровне второго верхнего моляра срезом к кости.

Иглу продвигают одновременно спереди кзади, снизу вверх и снаружи внутрь под углом 45° , огибая

выпуклую часть верхней челюсти в области ее бугра. На всем пути продвижения иглы, следует выпускать немного обезболивающего раствора для раздвижения тканей и избегания повреждения сосудов, которые встречаются в этой области. При расположении острого конца иглы на глубине 10-15 мм необходимо провести аспирационную пробу, чтобы предотвратить образование гематомы. Для проведения пробы поршень шприца несколько вытягивается (если сосуд ранен, то в шприце появится кровь). При погружении иглы вглубь на 18-25 мм вводят 2 мл обезболивающего раствора. Анестезия наступает через 7-8 минут.

Этот способ описан во всех учебниках. Однако с появлением одноразовых шприцев и игл значительно увеличилось количество осложнений – забугорных гематом, обусловленных, в первую очередь, остротой скола и толщиной игл типа “Рекорд”. В связи с этим мы рекомендуем для выполнения интраоральной туберальной анестезии пользоваться лишь иглами для карпульных шприцев. Вкол иглы следует делать на уровне третьих верхних моляров в границу между неподвижной и подвижной слизистой оболочкой и продвигать иглу к бугру челюсти не более чем на 8-10 мм (при этом анестетик впрыскивается в ткани при легком надавливании на шток поршня). Предложенная методика значительно уменьшает риск осложнения.

Внеротовая туберальная анестезия. При выполнении этой анестезии голову пациента следует повернуть в противоположную сторону. При инъекции с правой стороны указательным пальцем левой руки нащупывают переднюю поверхность скуло-альвеолярного гребня, а большим угол, который образуется нижним краем скуловой кости и скуло-альвеолярным гребнем и заднюю поверхность гребня. При выполнении анестезии слева большим пальцем нащупывают переднюю поверхность скуло-альвеолярного гребня, а указательным угол, который образуется нижним краем скуловой кости и скуло-альвеолярным гребнем и заднюю поверхность гребня. Фиксируют мягкие ткани. Вкол иглы осуществляется под передненижним углом скуловой кости. Иглу продвигают к бугру верхней челюсти – кверху, назад и внутрь, под углом 45° к сагиттальной плоскости и 90° к франкфуртской горизонтали (линия, которая соединяет козелок уха с основой крыла носа) на глубину 2-2,5 см.

Зона обезболивания: моляры верхней челюсти, альвеолярный отросток и мягкие ткани с наружной стороны альвеолярного отростка в области этих зубов, стенки верхней челюсти в области бугра. Необходимо помнить, что иногда передняя граница заканчивается в области середины первого верхнего моляра, а в некоторых случаях доходит до середины первого премоляра, что зависит от анастомозов со средней верхней альвеолярной ветвью.

Осложнения: возможность внесения инфекции, ранение сосудов и нервов, поломка иглы.

Обезболивание возле подглазничного отверстия (инфраорбитальная анестезия).

Целевой пункт: подглазничное отверстие – foramen infraorbitale.

Анатомические предпосылки. Нервы, проводимость которых следует прервать, начинаются от n. infraorbitalis в самом canalis infraorbitalis, а именно: n.n. alveolares superiores anteriores – в передней части канала, n.n. alveolares superiores medii – в задней части канала.

Вводя обезболивающее вещество в подглазничное отверстие, прерывают проводимость верхних передних альвеолярных ветвей, а также по большей части верхней средней альвеолярной ветви. В то же время выключаются волокна нерва, выходящие из подглазничного отверстия и разветвляющиеся в мягких тканях лица.

Расположение подглазничного отверстия определяют, пользуясь определенными опознавательными пунктами. На расстоянии около 0,5 см медиальнее середины нижнего края орбиты можно нащупать небольшое возвышение или неровность, которая образуется на месте соединения верхней челюсти со скуловой костью. На 0,4-1,3 см ниже от него находится подглазничное отверстие.

Для нахождения отверстия можно руководствоваться его расположением в отношении к зубам. Это отверстие размещено на вертикальной линии, проведенной через второй верхней премоляр на 0,4-1,3 см ниже нижнего края орбиты.

Другим методом отверстие находят на вертикальной линии, проведенной через зрачок глаза, смотрящего вперед на 0,4-1,3 см ниже нижнеглазничного края.

Поскольку передние верхние альвеолярные ветви отходят от инфраорбитального нерва и проникают в толщу передней стенки верхней челюсти на расстоянии 7-8 мм от переднего отверстия подглазничного канала, а средняя ветвь – обычно в среднем или заднем его отделе, то для прерывания в них болевых импульсов необходимо вводить анестетик непосредственно в подглазничный канал. Для верного выполнения анестезии следует учитывать, что ось переднего отрезка канала направлена вперед, кнутри и вниз и пересекает ось канала противоположной стороны немного выше десневого сосочка между центральными резцами.

Обезболивающее вещество вводят в подглазничный канал внутриротовым или внеротовым путями.

Внутриротовой метод. За опознавательными пунктами определяют расположение устья канала. В этом месте указательным пальцем левой руки прижимают к кости мягкие ткани. Большим пальцем в то же время оттягивают вверх и наружу верхнюю губу. Потом иглу длиной 4-5 см вкалывают на уровне *fornix vestibuli* (свод преддверия ротовой полости) между центральным и боковым резцами. Вкол следует проводить не очень близко к альвеолярному отростку, а немного подальше от него – в мягкие ткани губы (около одного сантиметра от альвеолярного отростка). Иглу продвигают, скользя по кости в направлении спереди назад, снизу вверх и изнутри наружу, к подглазничному отверстию. Для безболезненного выполнения анестезии в ткани на всем пути продвижения иглы вводят небольшое количество анестетика. Достигнув иглой участка кости под указательным пальцем, острым концом находят подглазничное отверстие, вводят иглу в канал на глубину 7-10 мм и впрыскивают туда около 0,5-0,75 мл раствора обезболивающего вещества. Введение иглы в подглазничное отверстие и ее продвижение в канале обычно вызывают появление болевых ощущений, которые распространяются по ходу разветвлений подглазничного нерва.

В тех случаях, когда патологический процесс, развивающийся в области верхних передних зубов, препятствует проведению анестезии указанным методом, иглу можно колоть на уровне клыка, первого или даже второго верхнего премоляра и оттуда продвигать ее к устью канала. Обезболивание соответствующего участка и в этих случаях достигается благодаря диффузии анестезирующего вещества через отверстие подглазничного канала и через костную стену в области клыковой ямки. Однако результаты обезболивания не всегда удовлетворительны.

Внеротовой метод. Технически проще является введение обезболивающего вещества в подглазничное отверстие внеротовым методом. Он показан при ряде патологических процессов, например воспалительных, которые захватывают широкие участки альвеолярного отростка верхней челюсти в зоне передних и боковых зубов. Для этой цели можно применять небольшую тонкую иглу длиной около 2-3 см.

Определив положение подглазничного отверстия, отступив от места его проекции на кожу на 0,5 см книзу и к средней линии, иглу вкалывают через кожу в направлении к устью канала, то есть снизу кверху, спереди назад и изнутри наружу и, дойдя до передней стенки верхней челюсти, вводят небольшое количество обезболивающего раствора. После этого осторожно нащупывают концом иглы отверстие канала, вводят у него иглу на глубину 7-10 мм и впрыскивают около 0,5-0,75 мл обезболивающего раствора. В некоторых случаях при правильном выборе места кожного вкола и верном направлении иглы, она проходит непосредственно в канал.

Анестезия наступает в течение 2-5 минут.

Границы распространения обезболивания. Резцы, клыки и оба премоляра, костная ткань альвеолярного отростка, вестибулярная поверхность слизистой оболочки в области этих зубов, а также передняя и передне-боковая поверхность верхней челюсти и соответствующая поверхность слизистой оболочки гайморовой пазухи. Однако наличие анастомозов *nn. alveolares superiores anteriores* с противоположной стороны, переходящих через среднюю линию тела челюсти, а также анастомозов от *nn. alveolares superiores posteriores*, в случае проведения оперативного вмешательства возле границ зоны этой анестезии требует дополнительного впрыскивания сюда по переходной складке 1-2 каплей обезболивающего раствора.

В некоторых случаях зона обезболивания значительно сужается, доходит впереди к середине медиального резца, а позади – лишь к середине первого верхнего премоляра. Бывают случаи увеличения зоны обезболивания – от средней линии к промежутку между первым и вторым верхними моляром.

Осложнения. Более частым осложнением является образование гематомы в результате ранения сосудов во время продвижения иглы через мягкие ткани к подглазничному отверстию или же во время входа иглой в канал. Иногда отмечается ишемия ограниченного участка кожи в инфраорбитальной области.

Иногда обезболивающий раствор попадает через стенку канала в орбиту и вызывает парез веточек, иннервирующих мышцы орбиты и приводит к непродолжительной диплопии. Такое происходит при глубоком продвижении иглы в канал или же при незначительной длине канала, когда он выражен лишь на протяжении нескольких миллиметров от внешнего отверстия, а дальше кзади не имеет верхней стенки. При соблюдении асептики попадания обезболивающего раствора в орбиту в дальнейшем не вызывает осложнений.

Обезболивание переднего небного нерва возле большого небного отверстия.

Целевой пункт: большое небное отверстие – *foramen palatinum majus*.

Анатомические предпосылки. По В.П. Воробьеву, горизонтальные пластинки небных костей в заднем отделе латерального края поднимаются кверху, образуя здесь с желобом верхней челюсти большое небное отверстие. Сзади него находятся одно или два малые небные отверстия.

Большое небное отверстие находится возле поперечного небного шва (*sutura transversa palatina*) в месте соединения медиальной стенки альвеолярного отростка верхней челюсти с твердым небом. Проекция большого небного отверстия находится на пересечении двух прямых. Трансверзальная линия проходит на уровне середины коронки третьего моляра, а при его отсутствии – кзади и внутрь от второго моляра, или на 0,5 см кпереди от заднего края твердого неба. Сагиттальная прямая проходит на 0,5-0,7 см медиальнее оси альвеолярного отростка. При отсутствии зубов ориентируются на границу между твердым и мягким небом. Расстояние от нее к большому небному отверстию равняется 0,5 см. В проекции отверстия есть небольшая втянутость на слизистой оболочке.

Передний небный нерв, выйдя через это отверстие в составе сосудисто-нервного пучка, размещается дальше главной своей массой в углу, образованном альвеолярным и небным отростками верхней челюсти, и окружен вместе с сосудами, сопровождающих его, небольшим количеством рыхлой соединительной ткани.

Для обезбоживания этого нерва определяют расположение отверстия и при широко раскрытом рте больного иглу вкалывают на расстоянии около 1 см кпереди и досередины от отверстия. Иглу направляют снизу вверх и спереди назад при небольшом наклоне от средней линии наружу, и продвигают до контакта с подлежащей костью и впрыскивают около 0,5 мл обезболивающего раствора. Обезболивающее вещество, распространяется в имеющейся здесь рыхлой соединительной ткани. Время, необходимое для обезбоживания 3-5 минут. При удалении зубов достаточно ввести раствор анестетика в клетчатку, расположенную в углу между альвеолярным и небным отростками в проекции удаляемого зуба.

Зона обезбоживания: слизистая оболочка твердого неба от средней линии до гребня альвеолярного отростка и кпереди до уровня середины клыка. При сужении границ разветвления переднего небного нерва обезбоживание вперед не распространяется далее промежутка между первым и вторым верхними премолярами.

Осложнения: временный парез мягкого неба, возможность внесения инфекции, ранение сосудов и нервов, некроз мягких тканей и кости твердого неба и слизистой оболочки носа.

Обезболивание носонбного нерва (резцовая анестезия).

Анатомические предпосылки. Носонбный нерв (*n. nasopalatinus*) идет по носовой перегородке вниз и вперед к резцовому каналу. В канале анастомозирует с таким же нервом противоположной стороны и выходит через резцовое отверстие на твердое небо.

Внутриротовой метод.

Целевой пункт: резцовое отверстие (*foramen incisivum*). Резцовое отверстие находится на месте пересечения срединного небного шва с линией, соединяющей дистальные края клыков. Для нахождения отверстия можно руководствоваться его размещением в отношении к зубам или альвеолярному отростку. Резцовое отверстие находится на срединном небном шве на 8 мм кзади от участка альвеолярного отростка между медиальными верхними резцами, или на 10 мм кзади от места контакта этих зубов.

Место вкола иглы: резцовый сосочек (*papilla incisiva*), что расположен сзади промежутка между центральными резцами. При запрокинутой голове пациента и широко открытом рте иглу вкалывают со стороны под основание резцового сосочка и направляют ее отвесно в отношении к передней стенке альвеолярного отростка верхней челюсти и параллельно оси центральных резцов. Иглу углубляют до контакта с костной тканью и дальше в канал на 0,2-0,5 см. Не следует продвигать иглу в канале на большее расстояние, потому что на глубине 1 см она может попасть в нос. Вводят 0,3-0,5 мл анестетика. Анестезия наступает через 3-5 мин.

Зона обезбоживания: слизистая оболочка альвеолярного отростка верхней челюсти и твердого неба в области четырех верхних резцов. Наибольшая зона – к промежутку между первым и вторым премоляром; наименьшая зона – участок центральных резцов.

Осложнения: возможность внесения инфекции, ранение сосудов и нервов.

Внутриносовой метод.

Целевой пункт: входы к резцовым каналам, покрытые слизистой оболочкой носа.

Вкол иглы, осуществляют под слизистую оболочку возле основы перегородки носа с обеих сторон от нее в области воронкообразного втяжения. Вводят около 1 мл раствора анестетика. Анестезия наступает через 8-10 мин.

Третья, ветвь тройничного нерва – нижнечелюстной нерв (*n. mandibularis*) является смешанным и содержит чувствительные и двигательные волокна. Чувствительные волокна идут от тройничного узла, а двигательные – от двигательного ядра. Нижнечелюстной нерв исходит с полости черепа через овальное отверстие (*foramen ovale*), идет в подвисочную ямку, где разделяется на передний меньший, и преимущественно двигательный, и задний, больший, почти исключительно чувствительный корешки и дальше на ряд ветвей.

Три узла вегетативной нервной системы находится в непосредственной связи с ветвями нижнечелюстного нерва: подъязычный (*ganglion sublinguale*), с подъязычным нервом; ушной (*ganglion oticum*) с медиальным крыловидным нервом; поднижнечелюстной (*ganglion submandibulare*) с языковым нервом. От узлов идут веточки к подчелюстной слюнной железе и ее протоке, мышце, натягивающей мягкое небо; внутренней крыловидной мышце, вкусовым сосочкам языка, барабанной струне, остистого и ушно-височного нервов.

Двигательные волокна от третьей ветви идут к группе жевательных мышц (*n. massetericus, n. temporales profundi, n.n. pterygoideus lateralis et medialis*), а также к челюстно-подъязычной мышце (*n. mylohyoideus*) и мышце, натягивающей мягкое небо (*n. musculus tensor veli palatini*).

Чувствительными ветвями нижнечелюстного нерва являются: ушно-височный нерв (*n. auriculotemporalis*), щечный нерв (*n. buccinatorius*), нижний альвеолярный нерв (*n. alveolaris inferior*), язычный нерв (*n. lingualis*).

Ушно-височный нерв (*n. auriculotemporalis*) содержит чувствительные и секреторные волокна, иннервирующие околоушную слюнную железу. Отойдя от *n. mandibularis* под овальным отверстием, ушно-височный нерв сначала идет назад по внутренней поверхности наружной крыловидной мышцы, потом направляется наружу, огибая сзади шейку суставного отростка нижней челюсти, после чего поднимается почти вертикально вверх и разветвляется в коже височной области на конечные ветви. Кроме секреторных ветвей к околоушной железе и чувствительным ветвям к коже височного участка, он дает чувствительные веточки к наружному слуховому проходу, барабанной перепонке и к коже ушной раковины.

Щечный нерв (*n. buccinatorius*), отделившись от переднего корешка ниже овального отверстия, направляется вниз, вперед и наружу, проходит между двумя головками наружной крыловидной мышцы или же между наружной и внутренней крыловидной мышцами, ложится на внешнюю поверхность щечной мышцы (*m. buccinator*). Разветвляется этот нерв в коже и слизистой оболочке щеки и дает ветви к нижним деснам в области от середины коронки второго моляра к середине коронки второго премоляра.

Язычный нерв (*n. lingualis*), начинается на одном уровне с нижним альвеолярным нервом, проходит впереди и немного изнутри от него по внутренней поверхности наружной крыловидной мышцы, а затем, выгибаясь вниз и вперед, располагается между внутренней крыловидной мышцей и ветвью нижней челюсти. Впереди от переднего края внутренней крыловидной мышцы язычный нерв идет над подчелюстной слюнной железой, под слизистой оболочкой подъязычной области, потом снаружи и снизу огибает вартонов проток и разветвляется на ряд веточек, иннервирующих передние две трети языка, слизистую оболочку подъязычной области и языковую поверхность слизистой оболочки альвеолярного отростка нижней челюсти, а также дает тонкие веточки к зеву. В составе язычного нерва и барабанной струны (*chorda tympani*) подходят вкусовые волокна к подъязычной (*gl. sublingualis*) и подчелюстной (*gl. submandibularis*) слюнным железам.

Нижний альвеолярный нерв (*n. alveolaris inferior*), смешанный, наиболее толстая ветвь нижнечелюстного нерва, проходит сначала по внутренней поверхности наружной крыловидной мышцы, а затем направляется вниз к нижнечелюстному отверстию (*foramen mandibulare*), располагаясь между внутренней крыловидной мышцей и ветвью нижней челюсти. От нижнего альвеолярного нерва перед входом в нижнечелюстное отверстие отходит челюстно-подъязычный нерв (*n. mylohyoideus*) – к одноименной мышце и переднему брюшку двубрюшной мышцы. На протяжении нижнечелюстного канала от нижнего альвеолярного нерва отходит ряд тонких ветвей (задние, средняя и передняя), которые образуют нижнее зубное сплетение (*plexus dentalis inferior*), которое находится немного выше основного ствола нижнего альвеолярного нерва. Уже от зубного сплетения отходит ряд тонких ветвей – нижние зубные ветви (*rami dentalis inferiores*) и ветви нижних десен (*rami gingivales inferiores*), иннервирующих десны половины челюсти с вестибулярной стороны.

Небольшой участок мягких тканей вестибулярной поверхности десен получает дополнительную иннервацию от щечного нерва. На уровне премоляров от нижнего альвеолярного нерва через

подбородочное отверстие отходит подбородочный нерв (n. mentalis), иннервирующий кожу подбородка, кожу и слизистую оболочку нижней губы.

Сильно утонченный после этого участок нижнего альвеолярного нерва, который размещается вблизи клыка и резцов, имеет название резцовой ветви нижнего альвеолярного нерва (ramus incisivus nervi alveolaris inferioris). Она иннервирует резцы, клык и, частично, переднюю поверхность альвеолярного отростка в области этих зубов, а в области средней линии анастомозирует с нервными веточками противоположной стороны нижней челюсти.

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ТРЕТЬЕЙ ВЕТВИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА У ОВАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ (ЦЕНТРАЛЬНЫЕ ПРОВОДНИКОВЫЕ АНЕСТЕЗИИ)

Целевой пункт: овальное отверстие. Анестезию нижнечелюстного нерва возле овального отверстия можно проводить четырьмя путями:

- а) подскуловым;
- б) надскуловым;
- в) глазным (орбитальным);
- г) нижнечелюстным.

Подскуловой путь.

Самым простым способом подведения обезболивающего раствора к овальному отверстию (foramen ovale) является подскуловой путь.

Анатомические предпосылки. Овальное отверстие открывается в подвисочную ямку и расположено в одной сагиттальной линии и позади от наружной пластинки крыловидного отростка основной кости. На этом основании для определения места вкола иглы предложено пользоваться трагоорбитальной линией.

После эпиляции кожу в месте укола обрабатывают раствором антисептика.

Иглу длиной 6-8 см со стерильной меткой вкалывают посредине козелково-орбитальной (трагоорбитальной) линии под нижним краем скуловой дуги. Острый конец иглы доводят до наружной пластинки крыловидного отростка основной кости (по Брауну, на глубине 4-5 см, по С.Н. Вайсблату – 2,7-5,5 см). Глубина этого пункта фиксируется меткой. Потом иглу выдвигают наружу к подкожной клетчатке и, отклонив острый ее конец кзади на $15-20^{\circ}$ (на 1 см), опять погружают вглубь на отмеченное расстояние до контакта метки с кожей. Таким образом, острый конец иглы достигает участка размещения овального отверстия, где медленно впрыскивают раствор анестетика. Во время обезболивания, не следует добиваться попадания иглой в нервный ствол, который вызывает у больного парестезии или болевые ощущения в области разветвления третьей ветви тройничного нерва. Время ожидания обезболивания соответствующей половины нижней челюсти составляет около 15 минут.

Осложнения. Производя вкол иглы в направлении овального отверстия, необходимо отклонить ее конец не более чем на 1 см; в обратном случае возможное повреждение средней артерии мозговой оболочки (a. meningea media).

Чтобы предотвратить возможное попадание иглы в евстахиеву трубу и связанное с этим инфицирование иглы, не следует вводить ее в ткани глубже отмеченного расстояния.

Иногда при введении иглы этим путем возможно ранение внутренней челюстной артерии (a. maxillaris interna) и крыловидного венозного сплетения (plexus venosus pterygoideus). Чтобы предотвратить ранение этих сосудов, иглу следует проводить ближе к своду подвисочной ямы. Непосредственно перед впрыскиванием обезболивающего вещества с помощью аспирационной пробы нужно проверить, не находится ли кончик иглы в просвете сосуда.

Надскуловой путь.

Строят трагоорбитальную линию. После эпиляции кожу в месте вкола обрабатывают раствором антисептика. Производят вкол иглы длиной 6-8 см с меткой посредине трагоорбитальной линии над верхним краем скуловой дуги с наклоном на $15-20^{\circ}$ книзу. Острый конец иглы доводят до наружной пластинки крыловидного отростка. Глубина этого пункта фиксируется меткой. Потом иглу выдвигают наружу до подкожной клетчатки и, повернув ее острый конец кзади на $15-20^{\circ}$, опять погружают вглубь на отмеченное расстояние до контакту метки с кожей.

Осложнения: возможность внесения инфекции, поломка иглы.

Орбитальный путь.

Сначала на игле отмечают длину трагоорбитальной линии, которая равняется расстоянию от нижнего края глазницы к овальному отверстию. Вблизи нижнелатерального угла орбиты указательным пальцем левой руки нащупывают и фиксируют место укола. Прокалывают кожу и выпускают небольшое количество анестезирующего раствора. Потом конец иглы переводят через нижний край и продвигают вглубь глазницы, на ее нижнюю стенку. Во время продвижения иглы по нижней стенке понемногу выпускают анестетик. На глубине 2-2,5 см игла теряет контакт с костью, что

свидетельствует о ее проникновении в подвисочную ямку через латеральную часть нижней орбитальной щели. Продолжая выпускать обезболивающий раствор, продвигают иглу в глубину, слегка книзу с небольшим наклоном внутрь попадают на внешнюю пластинку крыловидного отростка. Потеря контакта иглы с костью крыловидного отростка свидетельствует о достижении иглой овального отверстия.

Нижнечелюстной путь.

Анатомические предпосылки. Овальное отверстие находится в одной фронтальной плоскости с нижнечелюстным отверстием. Поэтому, место вкола для нижнечелюстного пути анестезии возле овального отверстия расположено возле нижнего края нижней челюсти на 1,5 см впереди от заднего края ее ветви. На игле отмечают расстояние от места вкола к нижнему краю скуловой дуги, которое равняется расстоянию продвижения иглы к овальному отверстию. Это обстоятельство объясняется следующим: нижний край скуловой дуги находится в одной горизонтальной плоскости с овальным отверстием. Ветвь нижней челюсти разделяет расстояние от овального отверстия к скуловой дуге пополам. Расстояние между овальным отверстием и нижним краем скуловой дуги является основой равнобедренного треугольника, вершина которого находится в месте вкола – на нижнем крае нижней челюсти, а расстояние от места вкола к нижнему краю скуловой дуги и к овальному отверстию являются его боковыми сторонами.

Потом фиксируют пальцем и прокалывают кожу и продвигают иглу по внутренней поверхности ветви нижней челюсти на 0,5-0,75 см. Дальше отводят шприц наружу под углом 15° и продвигают иглу к отмеченному на ней месту, выпуская на пути небольшое количество анестетика. В целевом пункте выпускают 3-4 мл анестетика. Для профилактики гематомы проводят аспирационную пробу.

4. ПЛАН И ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА УЧЕБНОГО ЗАНЯТИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ.

№ п/п	Этапы занятия	Распределение времени	Виды контроля	Средства обучения
1.	Подготовительный этап	15мин	Устный опрос по перечню вопросов. Письменное тестирование.	Компьютер (ноутбук). Мультимедийные методические разработки. Анатомические муляжи. Видео- и фотоматериалы. Электронные справочники. Рентгенограммы, ортопантограммы, томограммы. Набор инструментария. Результаты лабораторных, цитологических и гистологических исследований.
1.1	Организационные вопросы			
1.2	Формирование мотивации			
1.3	Контроль начального уровня подготовки (стандартизированные средства контроля)			
2.	Основной этап (указать все виды работ, которые выполняют студенты во время этого этапа).	60мин.	Практический тренинг. Решение клинических задач. Создание алгоритмов врачебных действий, профессиональный тренинг.	
3.	Заключительный этап	15мин	Тестирование. Практические задания. Ситуационные и нетипичные задачи. Устный опрос.	
3.1	Контроль конечного уровня подготовки			
3.2	Общая оценка учебной деятельности студента			
3.3	Информирование			

	студентов о теме следующего занятия			
--	--	--	--	--

4.5. Виды самостоятельной работы студентов.

1. Изучить такие вопросы ($\alpha=I$):

17. Дайте определение местного обезболивания. Назовите классификации местного обезболивания в стоматологии.

18. Какие существуют показания, противопоказания к местному обезболиванию.

19. Назовите средства для местного обезболивания, их свойства.

20. Какой механизм действия местных анестетиков?

21. Назовите сосудосуживающие вещества, их свойства, дозы, показания к применению.

22. Какие вещества используются для потенцированного местного обезболивания в стоматологии?

Назовите показания к их применению.

23. Какие местные анестетики принадлежат к группе сложных эфиров?

24. Какие местные анестетики принадлежат к группе амидов?

25. Какие местные и общие осложнения возникают во время и после местного обезболивания?

26. Назовите топографо-анатомические особенности строения крыловидно-небной ямки, верхнечелюстного нерва и его ветвей, особенности их иннервации в челюстно-лицевой области.

27. Назовите классификацию местного обезболивания в стоматологии по С. Н. Вайсблату (1962) и Ю. И. Бернадскому (1998).

28. Перечислите пути центральной (стволовой) проводниковой анестезии в крыловидно-небной ямке (крылонебной анестезии).

29. Какие показания и противопоказания к выполнению крылонебной анестезии в стоматологии?

30. Опишите технику выполнения крылонебной анестезии в зависимости от пути.

31. Какие наблюдаются местные и общие осложнения при крылонебной анестезии?

32. Какое лечение и профилактика осложнений крылонебной анестезии?

2. Тестовые задания с одним правильным ответом ($\alpha=II$):

2.1. Больная 24 лет обратилась к врачу-стоматологу после цистэктомии на верхней челюсти. Во время проведения небного пути крылонебной анестезии возникла постинъекционная гематома. Что было повреждено при этой анестезии?

А. Верхнечелюстная артерия.

В. Скуловая артерия.

С. Подглазничная артерия.

Д. Крыловидное венозное сплетение.

Е. Небная артерия.

(Правильный ответ: D)

2.2. При выполнении туберального пути крылонебной анестезии можно получить гематому, повредив кровеносные сосуды:

А. Лицевой артерии.

В. Верхнечелюстной артерии.

С. Височной артерии.

Д. Крыловидного венозного сплетения.

Е. Небной артерии.

(Правильный ответ: D)

2.3. Больная 37 лет жалуется на общую слабость, боль в нижней челюсти и при глотании. Неделю тому назад начал болеть 47. Открывание рта невозможно. Какую анестезию необходимо выполнить для осмотра ротовой полости и удаления 47?

А. Мандибулярную

В. Туберальную

С. По Берше-Дубову

Д. Тору сальную

Е. Инфильтрационную

(Правильный ответ: C)

3. Тестовые задания с множественным выбором:

3.1. Стадии наркоза:

А. аналгезии;

В. возбуждения;

- С. хирургического сна;
- Д. управляемая гипотония;
- Е. все ответы правильные.

(Правильный ответ: А,В,С)

3.2. К плановым оперативным вмешательствам относятся:

- А. реплантация, трансплантация, вживление зубов, резекция верхушки корня;
- В. удаление небольших доброкачественных новообразований мягких и костной тканей челюстно-лицевой области;
- С. взятие ткани для биопсии;
- Д. операции по поводу кист челюстей;
- Е. операции по поводу слюнокаменной болезни.

(Правильный ответ: А,В,С, D,Е)

3.3. Осложнениями наркоза являются:

- А. спазм гортани;
- В. западение языка и надгортанника;
- С. аспирация рвотных масс;
- Д. апноэ;
- Е. нарушение сердечно-сосудистой деятельности.

(Правильный ответ: А,В,С, D,Е)

4. Задачи для самоконтроля:

4.1. В хирургический кабинет стоматологической поликлиники обратился больной по поводу двустороннего переднего вывиха нижней челюсти. Для вправления нижней челюсти нужно достичь расслабления жевательных мышц, которые поднимают нижнюю челюсть. Вопросы.

1. Назовите жевательные мышцы.
2. Как осуществляется иннервация жевательных мышц?

(Ответ: Жевательные мышцы (поднимающие нижнюю челюсть): собственно-жевательные мышцы, крыловидные мышцы (медиальные и латеральные), височные мышцы.

2. Жевательные мышцы, поднимающие нижнюю челюсть и обеспечивают ее подвижность в горизонтальной плоскости, иннервируются одноименными нервами. Они входят в состав малой порции III-ей ветви тройничного нерва с преимущественно двигательной иннервацией.),

4.2. В санпропускник машиной скорой помощи доставлен больной по поводу открытого перелома нижней челюсти в области правого угла между 8 и 7 зубами со смещением отломков. Показана репозиция и фиксация фрагментов нижней челюсти способом проведения хирургической операции – остеосинтеза нижней челюсти. Операция будет проведена под местным обезболиванием.

Вопрос.

1. С помощью какой анестезии можно достичь безболезненного выполнения операции?
2. Какой концентрации раствора новокаина, лидокаина Вы примените?

(Ответ: 1. Для безболезненного выполнения операции остеосинтеза нижней челюсти в области правого угла (по поводу открытого перелома со смещением отломков) целесообразно блокировать III ветвь тройничного нерва у овального отверстия или выполнить анестезию по Берше-Дубову. В ходе операции провести инфильтрационную анестезию мягких тканей.

2. Для проводниковой анестезии используется 2% раствор новокаина (лидокаина). Для инфильтрационной анестезии мягких тканей в течение операции используют 0,5-1% раствор указанных анестетиков.).

4.3. В хирургический кабинет стоматологической поликлиники обратился больной с целью санации полости рта. При осмотре полости рта выявлено: 36 зуб полностью разрушен. Корни ниже уровня десен, признаков острого воспаления нет. Был установлен диагноз: хронический периодонтит 36 зуба. Показано удаление корней 36 зуба.

Вопрос:

1. Как осуществляется иннервация 36 зуба?
2. Как осуществляется иннервация слизистой оболочки альвеолярного ростка в области 36 зуба, который удаляется?

(Ответ: 1. 36 зуб иннервируется веточками нижнего альвеолярного нерва.

2. Слизистая оболочка альвеолярного ростка в области 36 зуба иннервируется: с вестибулярной стороны – щечным нервом, с язычной стороны – язычным нервом.).

4.6. Перечень индивидуальных заданий (не предусмотрено рабочей учебной программой по дисциплине).

4.8. Перечень теоретических вопросов к итоговому модульному контролю.

11. Дайте определение местного обезболивания. Назовите классификации местного обезболивания в стоматологии.
12. Какие существуют показания, противопоказания к местному обезболиванию.
13. Назовите средства для местного обезболивания, их свойства.
14. Какой механизм действия местных анестетиков?
15. Назовите сосудосуживающие вещества, их свойства, дозы, показания к применению.
16. Какие вещества используются для потенцированного местного обезболивания в стоматологии? Назовите показания к их применению.
17. Какие местные анестетики принадлежат к группе сложных эфиров?
18. Какие местные анестетики принадлежат к группе амидов?
19. Какие местные и общие осложнения возникают во время и после местного обезболивания?
20. Назовите топографо-анатомические особенности строения крыловидно-небной ямки, верхнечелюстного нерва и его ветвей, особенности их иннервации в челюстно-лицевой области.

4.9. Перечень практических заданий и работ к итоговому модульному контролю (из типовой учебной программы).

9. Прием и курация больных в хирургическом отделении стоматологической поликлинике и челюстно-лицевом стационаре под руководством преподавателя.
10. Собрать анамнез, провести клиническое обследование, поставить предварительный диагноз у больного.
11. Выбрать инструментальное и медикаментозное оснащение местного обезболивания.
12. Выбрать местную анестезию для проведения оперативного вмешательства на верхней или нижней челюсти.
13. Выполнить по показаниям местную анестезию на верхней или нижней челюсти у больного под руководством преподавателя.
14. Оформить медицинскую документацию хирурга-стоматолога (историю болезни больного) под руководством преподавателя.
15. Выбрать местный анестетик и местную анестезию для выполнения крылонебной анестезии и проведения оперативного вмешательства на верхней челюсти у больного по показаниям.
16. Выполнить крылонебную анестезию у больного под руководством преподавателя.

7. ЛИТЕРАТУРА.

Основная:

10. Верлоцкий А.Е. Хирургическая стоматология. – М., 1960, – с.55-70.
11. Вайсблат С.Н. Местное обезболивание при операциях на лице, челюстях и зубах. - К. – 1962. – С. 92-94.
12. Евдокимов А.И. Хирургическая стоматология. – М., 1964. – с.41-51.
13. Заусаев В.И. Хирургическая стоматология. – К., 1981. – с.82-94.
14. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – К., 1997, Т.1. – с.86-90.
15. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии.– М.: Медицинская литература. – 2000.– 404 с.
16. Митченко В.І., Панькевич А.І. Пропедевтика хірургічної стоматології.
17. –Вінниця: «Нова книга», 2004. – 204 с.
18. Дубровина Е. В. „Местная анестезия в стоматологии” Атлас для иностранных студентов стоматологических факультетов высших медицинских учебных заведений III-IV уровня аккредитации. – Полтава: ФОП Говоров С. В., 2010. – 488 с.: ил. 526.

Дополнительная.

6. Дубов М.Д. Местное обезболивание в стоматологической практике. – Л., 1969. – с. 27-29.
7. Старобинский И.М. Хирургическая стоматология поликлинического врача. – М., 1977. – С. 5-17.
8. Михайлов С.С. Анатомия человека. – М., 1986. – 201 с.
9. Руководство по хирургической стоматологии / Под ред. проф. А.И. Евдокимова, – М., 1972.– с.47-48.
10. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія; У 2т. – Т.1/ В. О. Маланчук, О. С. Воловар, І. Ю. Гарляускайте та ін. – К.: ЛОГОС, 2011. – 672 с.

№ 3. Клиника, диагностика, рентген-диагностика, классификация периодонтитов. Хирургические методы лечения. Типичные и атипичные оперативные вмешательства при удалении зубов. Осложнение во время и после оперативного вмешательства. Оперативные вмешательства при периодонтитах: резекция верхушки корня, гемисекция, ампутация, реплантация, коронаро-радикулярная сепарация.

Конкретные цели:

- 1.1. Анализировать частоту возникновения воспалительных процессов челюстно-лицевой области.
- 1.2. Объяснять этиологию воспалительных процессов челюстно-лицевой области.
- 1.3. Объяснять патогенез воспалительных процессов челюстно-лицевой области.
- 1.4. Классифицировать воспалительные процессы челюстно-лицевой области.
- 1.5. Знать особенности строения и функции периодонта.
- 1.6. Объяснять этиологию и патогенез периодонтитов.
- 1.7. Классифицировать периодонтиты.
- 1.8. Знать клиническую картину острых периодонтитов.
- 1.9. Предложить схему лечения острого периодонтита.
- 1.10. Иметь представление о развитии научных взглядов на этиологию и особенности патогенеза периодонтитов.
- 1.11. Знать клинические проявления, методы диагностики, дифференциальной диагностики и лечения хронических периодонтитов.
- 1.12. Уметь обследовать больного, поставить диагноз хронический периодонтит, провести дифференциальную диагностику, разработать адекватную схему лечения, оказать неотложную помощь.
- 1.13. Иметь представление о процессах лабораторного, экспериментального, клинического и теоретического исследования проблемы вопросов профилактики осложнений.

3. БАЗОВЫЙ УРОВЕНЬ ПОДГОТОВКИ.

Названия предыдущих дисциплин	Полученные навыки
1. Анатомия человека	Строение и функции периодонта.
2. Микробиология	Этиология воспалительных процессов челюстно-лицевой области.
3. Патоморфология	Патоморфология воспалительных процессов челюстно-лицевой области.
4. Патфизиология	Патогенез воспалительных процессов челюстно-лицевой области.

3. Организация содержания учебного материала (описывается учебный материал, приводятся структурно-логические схемы, таблицы, рисунки, которые отображают содержание основных вопросов темы занятия).

Периодонт - это соединительнотканное образование, которое заполняет пространство между корнем и внутренней стенкой лунки и соединяет зубы с костями челюстей. Ширина этого пространства – периодонтальной щели – от 0,15 до 0,4 мм со значительным сужением в средней трети корня. Периодонтальная щель заполнена плотной и рыхлой соединительной тканью, обеспечивающей удержание зуба в лунке.

Основная структура периодонта – пучки плотной фиброзной ткани, которые состоят из тесно переплетенных между собой коллагеновых волокон. Вокруг края зубной лунки волокна натянуты почти горизонтально, образуют циркулярную связку зуба, которая обеспечивает прикрепление коронкового края соединительной ткани к зубу, повышает сопротивляемость свободного края десен и защищает периодонт от внешних раздражителей. Основные волокна периодонта начинаются от цемента корня зуба, пересекают периодонтальную щель в разных направлениях и укореняются в альвеолярной кости в виде волокон Шарпея. Различают такие группы пучков волокон: луночкового гребня, горизонтальные, косые, верхушечные, межкорневые.

Кроме основных коллагеновых волокон в периодонте есть незначительное количество беспорядочно ориентированных тонких, незрелых коллагеновых волокон – ретикулярных.

В стенках кровеносных сосудов периодонта содержится незначительное количество эластичных волокон. Между стенками кровеносных сосудов и основными коллагеновыми волокнами в косом направлении проходят волокна окситалана, которые также являются незрелыми коллагеновыми волокнами.

Между волокнами расположено основное вещество рыхлой соединительной ткани, клетки, кровеносные, лимфатические сосуды и нервы периодонта.

Клетки, которые находятся в периодонте: самые распространенные – фибробласты, а также – цементобласты, цементокласты, базофилы, гистиоциты, плазмоциты, эпителиальные клетки – островки Малайе. Важный клеточный компонент периодонта – мало дифференцированные мезенхимальные клетки, которые расположены вокруг кровеносных сосудов и при необходимости дифференцируются в фибробласты, остеобласты и цементобласты.

Функции периодонта:

7. Фиксация зубов в костях челюстей.
8. Барьерная (защитная) функция.
9. Амортизирующая функция.
10. Трофическая функция.
11. Пластическая функция.
12. Сенсорная функция.

Периодонтит – это заболевание воспалительного характера, при котором в воспалительный процесс вовлекается не только собственно периодонт, но и окружающие ткани, в которых отмечаются перифокальные воспалительные явления при остром периодонтите, или ячейки пролиферативного воспаления при хроническом.

Основным этиологическим фактором возникновения как острых, так и хронических периодонтитов является инфекционный агент. Также выделяют травматические периодонтиты (острые и хронические), химико-токсические, аллергические и идиопатические (с неясной этиологией).

Ведущая роль микрофлоры в возникновении периодонтитов была подтверждена еще в 1960-х годах. Инфекционное воспаление в периодонте чаще всего вызывают ассоциации аэробных и анаэробных микроорганизмов, при чем после возникновения острого воспаления в пульпе, в ней преобладают аэробные штаммы, с его развитием растет количество анаэробов до 50%, а уже через 7 суток в верхушечной части корня и периодонте их содержится до 90%. Самыми распространенными микроорганизмами являются золотистый, белый стафилококк, стрептококк, фузобактерии, грибы. Попадая в корневой канал, эти микроорганизмы достаточно часто образуют в нем стойкие комплексы штаммов, наиболее приспособленных друг к другу.

Пути проникновения инфекции в периодонт могут быть разнообразными. Чаще всего входными воротами инфекции является корневой канал, через который при пульпите или гангрене пульпы микроорганизмы и их токсины проникают в периодонт и вызывают воспалительную реакцию периодонта. Боровский Е.В. (1979) доказал возможность проникновения через эмаль ряда неорганических и органических веществ, в частности и токсинов микроорганизмов, что объясняет возникновение пульпита и периодонтита в интактных зубах. Этого достаточно для возникновения воспаления в пульпе и ее гибели. Сами микроорганизмы могут проникать в пульпу через мелкие трещины эмали и дентина, при образовании которых обнажается значительное количество дентинных трубочек.

Также известен маргинальный путь проникновения инфекции, которая реализуется у пациентов с заболеванием пародонта при разрушении круговой связки зуба. Микрофлора через патологический зубодесневой карман проникает в периодонт, вызывая его воспаление.

Контактный путь наблюдается при распространении инфекции на рядом расположенные зубы при остеомиелите или гайморите.

Гематогенный или лимфогенный путь возможен у больных с инфекционными заболеваниями при наличии в их организме бактериемии.

Травматический периодонтит возникает в результате травмы, которая может быть как острой (удар, накусывание твердой пищи), так и хронической (при наличии пломб или коронок, которые завывают прикус).

Химико-токсический периодонтит развивается в результате воздействия на периодонт токсичных соединений, которые применяются для лечения пульпита и периодонтита (мышьяковистой пасты, формалина и т.д.).

К развитию аллергического периодонтита склонны пациенты с повышенной чувствительностью к лекарственным средствам, которые применяются для лечения корневых каналов.

Однако этиологические факторы во многих случаях могут действовать совокупно, что предопределяет потребность внимательного анализа субъективных и объективных факторов для дальнейшего планирования лечения.

Независимо от этиологического фактора воспалительная реакция в периодонте начинается с альтерации клеток или тканей периодонта. В случае преобладания повреждающего действия микробных агентов над резистентностью тканей периодонта развивается острое воспаление. При относительном равновесии между влиянием микроорганизмов и состоянием защитных сил организма процесс приобретает хронический характер. Особенность развития периодонтита заключается в том, что микроорганизмы, находясь в корневом канале, практически недоступны для влияния на них защитных факторов организма. Этим объясняется развитие периодонтита при недостаточно запломбированных корневых каналах, когда даже слабо вирулентная микрофлора способна повлечь воспалительную реакцию периодонта. С другой стороны, такая микрофлора может быть изолирована организмом с образованием гранулемы.

С точки зрения патогенеза, периодонтит можно рассматривать как типичную иммунную реакцию, потому что в периапикальных тканях есть все компоненты для развития аллергических реакций. Основные изменения в случае заболевания периодонта предопределяют разные формы воспаления с проявлениями альтерации, экссудации и пролиферации. Независимо от этиологического фактора воспаление начинается с альтерации клеток или тканей периодонта. В случае преобладания повреждающего действия микробных факторов над резистентностью тканей периодонта развивается острое воспаление.

Микроорганизмы влияют на ткани периодонта своими токсинами и ферментами. *Actinobacillus actinomycetemcomitans* выделяют лейкотоксины, приводящие к гибели нейтрофильных гранулоцитов, моноцитов, макрофагов и лимфоцитов-супрессоров. Из ферментов выделяют коллагеназу, кислую и щелочную фосфатазы, фактор резорбции костной ткани. Штаммы *Porphyromonas* и *Prevotella* характеризуются цитотоксическими свойствами: выделяют протеазы, кислую и щелочную фосфатазы и другие ферменты, которые предопределяют резорбцию костной ткани. *Carnocytophaga* и *Fusobacterium* производят трипсиноподобные ферменты, кислую и щелочную фосфатазы, которые приводят к резорбции костной ткани. Все эти микроорганизмы выделяют эндотоксины, оказывающие токсичное действие, что, однако, не имеет прямого цитотоксического эффекта. Гибель клеток костной ткани в случае действия бактериальных ферментов и токсинов приводит к образованию продуктов тканевого распада, вызывая миграцию фагоцитов.

Важное место в патогенезе периодонтита занимают бактериальные антигены. Они не всегда производят прямое цитотоксическое действие, и преимущественно приводят к запуску иммунных процессов при участии лимфоцитов и макрофагов. Компоненты клеточной мембраны бактериальных клеток оказывают выраженное действие и стимулируют реакции специфического и неспецифического иммунитета.

Характер течения воспалительного процесса в периодонте зависит от интенсивности и длительности действия этиологического фактора, особенностей области поражения, а также от состояния защитных сил организма. Хронические воспалительные процессы отличаются преобладанием пролиферативно-регенеративных процессов, длительным ходом и менее выраженной клинической симптоматикой.

Острый серозный периодонтит.

Больной чувствует тяжесть и напряжение в зубе, который становится будто выше других. Постепенно возникает достаточно сильная произвольная боль. Боль постоянная, локализованная, не иррадирующая, усиливается ночью, интенсивность ее постепенно нарастает. Боль усиливается во время еды. В начальной стадии умеренное, медленное, длительное нажатие ослабляет боль.

Объективно: десны в участке верхушки корня нередко гиперемированы, отёчны. Вертикальная перкуссия болезненная. Регионарные лимфоузлы увеличены, болезненны во время пальпации. Электровозбудимость свыше 100 мкА. Рентгенографических изменений нет.

Острый гнойный периодонтит обычно развивается после серозного, но может начинаться и спонтанно в случае массивного проникновения вирулентной инфекции в периодонт и снижении реактивности организма больного.

Больные жалуются на произвольную, острую, непрерывную боль пульсирующего характера. В начале процесса боль бывает локализованной, однако впоследствии становится диффузной, иррадирующей в ухо, висок. Пациент указывает на зуб, который кажется ему выше других, зуб болезнен во время нажатия, контакта с зубами-антагонистами, касания языком.

Объективно: горизонтальная и вертикальная перкуссия резко болезненны. Зуб имеет патологическую подвижность. Слизистая оболочка в области верхушки гиперемирована, отёчна, при пальпации болезненная. ЭОД 120-150 мкА. Рентгенографически через 24-48 часов после развития заболевания появляется затемнение структуры губчатой части кости в результате инфильтрации костного мозга.

Лечение острого периодонтита заключается в создании оттока экссудата из периапикальных тканей.

Периодонтиты бывают и инфекционные, и неинфекционные (травматические, медикаментозные) проникновение инфекции в периодонт может произойти через край десен, каналы зубов, контактным, гематогенным или лимфогенным путями. В зависимости от клинического течения, степени распространения и характера патологоанатомических изменений различают:

1. Острый периодонтит:

- а) серозный (ограниченный и разлитой);
- б) гнойный (ограниченный и разлитой).

2. Хронический периодонтит:

- а) гранулирующий;
- б) гранулематозный;
- в) фиброзный.

3. Хронический периодонтит в стадии обострения.

Хронический гранулематозный периодонтит характеризуется наличием в проекции верхушки корня небольшого выпячивания кости с ровными чёткими краями размерами от 3 до 5 мм. Лечение хронических периодонтитов бывает консервативным и хирургическим. К хирургическим методам лечения относятся: удаление зуба, резекция верхушки корня, гемисекция, реплантация, ампутация корня.

При гранулематозном периодонтите, с помощью рентгенологического исследования, у верхушки корня зуба удается обнаружить очаг деструкции костной ткани, которая имеет округлую форму и нечеткие ровные края. Различают апикальные, апиколатеральные, латеральные и межкорневые гранулемы. Апикальная гранулема локализуется строго у верхушки корня зуба, латеральная – сбоку от корня зуба, апиколатеральные – сбоку от верхушки корня зуба. Верхушки корней зубов, обращенных в гранулему, нередко резорбированы. В многокорневых зубах гранулема может находиться в месте дельтовидного разветвления корневого канала – межкорневая гранулема. Клиническая и рентгенологическая картина простых гранул ничем не отличается от эпителиальных. Эпителиальные гранулемы нередко заполняются воспалительным экссудатом и жировым детритом, они могут сливаться, образуя кистогранулемы, а потом и кисты. Диаметр гранулемы обычно не превышает 0,5 см, а размер кистогранулемы колеблется в пределах 0,5-1,0 см. При микроскопическом исследовании можно обнаружить, что зубная гранулема на вид напоминает мешочек шаровидной или овальной формы. Она окружена плотной оболочкой с гладкой поверхностью и одним краем может быть плотно припаяна к корню зуба. Различают простую, сложную и кистоподобную гранулемы. Простая гранулема состоит из созревающей грануляционной ткани, которая ограничена по периферии фиброзной капсулой. В сложной гранулеме можно обнаружить разрастание тяжёлой эпителии. При вакуольной дистрофии и распаде эпителиальных клеток в центральных отделах гранулемы постепенно образуется уплотнение, которое устилает эпителием кистоподобную гранулему (кистогранулема). Дальнейшее ее увеличение часто ведет к образованию кист челюстей. Гранулема, локализованная вблизи от внешней пластинки челюсти (чаще в области щечного корня верхнего моляра), может вызывать разрушение тонкой костной стенки и прорасти под надкостницу, образуя поднадкостничную гранулему. При этом в проекции верхушек корня определяется полусферическое образование с четкими границами, гладкой поверхностью, плотное, малоболезненное при пальпации, покрытое неизменной слизистой оболочкой. Высокое давление содержимого в гранулеме обуславливает ее плотность, которая нередко имитирует наличие опухоли. На рентгенограмме поднадкостничная гранулема не отличается от обычной.

К хирургическим методам лечения периодонтитов принадлежат консервативно-хирургические и собственно хирургические методы.

Консервативно-хирургические методы позволяют сохранить весь зуб или его часть, создать условия для его функционирования (возможно, со следующим протезированием). Ими можно спасти до 30-50% зубов. На первом этапе проведения консервативно-хирургических методов лечения во всех

проходимых каналах обязательно осуществляется эндодонтическое лечение, а хирургическое лечение применяется впоследствии на корнях. Варианты консервативно-хирургических методов лечения.

В случае выведения значительного количества пломбировочного материала или отломка эндодонтического инструмента за верхушку инородные тела изымают через созданное перфорационное отверстие в кости челюсти в месте проекции верхушки корня соответствующего зуба с помощью маленькой кюретажной ложечки.

Резекция верхушки корня заключается в отсечении верхушки пораженного корня и удалении патологически измененных тканей. Этот метод используется в тех случаях, когда имеющаяся деструкция костной ткани в области верхушки корня, а канал не запломбирован или недопломбирован из-за анатомического (искривление, сужение) или механического (поломка инструмента) препятствия. Резекцию верхушки корня осуществляют как в однокорневых, так и в многокорневых зубах.

Коронорадикулярную сепарацию используют в лечении моляров нижней челюсти при наличии перфорации по бифуркации и хорошо пролеченных корнях. Зуб рассекают по бифуркации на две части с последующим кюретажем в этой области. Потом каждый сегмент зуба покрывают спаянными коронками, восстанавливая таким образом жевательную эффективность зуба. Применяют эту операцию и на молярах верхней челюсти, но делят их на три части. Гемисекция заключается в удалении корня вместе с прилегающей к нему коронковой частью. Гемисекцию осуществляют на молярах нижней и премолярах верхней челюсти в случаях, когда один канал полечен хорошо, а другие – нет. Ампутация корня включает удаление всего корня, в местах его отхождения без удаления коронковой части зуба и осуществляется на молярах верхней челюсти. Возможна ампутация и двух корней.

Реплантиция зуба – разновидность операции, когда удаленный, а потом запломбированный зуб помещают в свою же лунку. Этот метод способствует сохранению зуба и предупреждает атрофию альвеолярного ростка. Он осуществляется в случаях травмы, которая сопровождается вывихом зуба, при ошибочном удалении зуба, при переломах верхушки корня зуба и др. Трансплантация зубов и зачатков зубов – пересадка сверхкомплектного, ретенированного зуба или зачатка, в альвеолу другого зуба, удаленного по различным причинам (хронический периодонтит, травма и т.д.). Разработан и такой консервативно-хирургический метод лечения – трепанация тканей в области периапикального очага деструкции, то есть создание искусственно сформированного свища. Эта методика используется при лечении однокорневых зубов с хроническим гранулирующим, гранулематозным периодонтитом и кистогранулемами. Лечебный эффект трепанации заключается:

- в вымывании продуктов воспаления и содержимого периодонта, лучшему медикаментозному действию лекарств;
- в создании постоянного дренажа, который всегда применяется при хирургических вмешательствах, связанных с гнойно-воспалительными изменениями в очаге операции, но не использовался при лечении периодонтитов;
- в предупреждении возможного перифокального воспаления, которое порой возникает после пломбирования канала зуба.

Гранулемектомия применяется тогда, когда канал запломбирован до верхушечного отверстия. Удаляется лишь гранулёма или киста. Межкорневая гранулемектомия проводится в локализации патологического очага у корней верхнего и нижнего моляров, перфорации дна полости зуба. Гемиреплантиция применяется на молярах нижней челюсти в зубах с достаточным расхождением корней. Осуществляется рассечение зуба на две части со следующей реплантацией одной из них в лунку.

Хирургический метод лечения применяется лишь в тех случаях, когда другие методы оказываются неэффективными. Зуб необходимо удалить в таких случаях:

- 1) при острых одонтогенных воспалительных процессах, которые не удастся вылечить эндодонтически;
- 2) при сопутствующих заболеваниях, которые резко снижают иммунологическую реактивность организма, а также репаративные процессы в периодонте;
- 3) при значительном разрушении коронки или размягчении стенок корневого канала, что делает невозможным использование этого корня для протезирования;
- 4) в случаях значительного очага деструкции в участке апекса и большой потери альвеолярного отростка в результате заболеваний тканей пародонта;
- 5) в зубах с периапикальным очагом и подвижностью II-III степени;

б) при выведении пломбировочного материала или отломка эндодонтического инструмента в нижнечелюстной канал или верхнечелюстную пазуху.

Показания к удалению постоянных зубов

Показания к операции удаления зуба разделяются на абсолютные и относительные.

Абсолютные показания в свою очередь делятся на:

А) **Неотложные**, при которых зуб следует удалить обязательно при первом обращении больного за помощью. К этим показаниям относят:

4. “причинный” зуб при остром одонтогенном остеомиелите челюстей;
5. зубы, расположенные в щели перелома, пораженные хроническим периодонтитом и препятствующие репозиции отломков;
6. продольный перелом зуба.

Б) **Плановые** – показания при которых зуб следует удалить обязательно, однако, операцию удаления зуба можно отсрочить на определенное время:

4) гнойный воспалительный процесс в периодонте, который нарастает невзирая на консервативное лечение. Зуб подлежит удалению независимо от состояния его коронки для предупреждения тяжелых местных и общих осложнений;

5) зубы, которые не подлежат консервативному лечению или не имеют функциональной ценности и являются источником инфекции при остром периостите, окологлазничном абсцессе и флегмоне, синусите, лимфадените;

б) перелом коронковой части зуба с обнажением пульпы, если зуб невозможно восстановить путем пломбирования или ортопедического лечения.

Относительные показания:

1) безуспешность лечебных мероприятий при хронических гранулирующем или гранулематозном периодонтитах и развитии воспалительных явлений в окружающей костной ткани;

2) хроническая ротовая инфекция и интоксикация, связанные с вредным влиянием околозубного очага на весь организм и, в первую очередь, на центральную нервную систему (хронический сепсис);

3) невозможность консервативного лечения, которая предопределена:

- значительным разрушением коронки зуба;
- obturацией корневого канала сломанным эндодонтическим инструментом при невозможности его удаления;
- особенностями анатомического характера (непроходимость, или искривление корневых каналов);
- погрешностями лечения, которые вызывали перфорацию корня или полости зуба, если эти препятствия невозможно устранить;

4) полное разрушение коронки зуба, невозможность использовать его коронку или корни для протезирования;

5) дистопированные зубы, которые смещают соседние зубы, травмируют слизистую оболочку и не подлежат ортодонтическому лечению; сверхкомплектные зубы по ортодонтическим и косметическим показаниям;

б) ретенированные и дистопированные зубы, которые вызывают развитие кисты и воспаление в окружающих тканях, если эти явления невозможно ликвидировать другим путем;

7) удаление дистопированных зубов мудрости, которые вызывают патологические процессы в окружающих тканях (затрудненное прорезывание зуба мудрости);

8) одиночные зубы, мешают стабилизации съемного протеза;

9) подвижность зуба II степени, значительное его выдвижение из альвеолы с одновременным обнажением корней, особенно когда такой зуб мешает жеванию, травмирует окружающие мягкие ткани или препятствует протезированию;

10) хронический рецидивирующий гранулирующий периодонтит запломбированного зуба при наличии свищевого хода и безуспешности предварительных лечебных мер;

11) зубы, которые локализованы в участке новообразований альвеолярного отростка подлежат удалению одновременно с патологически измененным участком тканей (например, при амелобластоме, при злокачественных новообразованиях), а также для лучшего доступа при выполнении радикального оперативного вмешательства.

Противопоказания к операции удаления зуба

Абсолютных противопоказаний к операции удаления зуба не существует.

Относительными противопоказаниями являются ряд общих и местных заболеваний и некоторые физиологические состояния. У таких больных это вмешательство можно выполнить только после соответствующего лечения и подготовки.

Относительные противопоказания к операции удаления зуба разделяют на общие и местные.

Общие противопоказания:

1) сердечнососудистые заболевания (предынфарктное состояние и 3-6 месяцев после перенесенного инфаркта миокарда, гипертоническая болезнь в период криза, ишемическая болезнь сердца с частыми приступами стенокардии, пароксизм мерцательной аритмии, пароксизмальная тахикардия, острый септический эндокардит и др.);

2) острые заболевания паренхиматозных органов – печени, почек, поджелудочной железы (инфекционный гепатит, гломерулонефрит, панкреатит и др.);

3) геморрагические диатезы (гемофилия, болезнь Верльгофа, С-авитаминоз); заболевания, которые протекают с геморрагическими симптомами (острый лейкоз, агранулоцитоз). При срочной потребности этой операции следует принять меры для предотвращения последующего кровотечения. Оперативное вмешательство рекомендуется проводить лишь в стационарных условиях. При отсутствии показаний к срочному вмешательству следует провести предварительную подготовку больного в течение определенного времени;

4) острые инфекционные заболевания (грипп, острые респираторные заболевания, рожистое воспаление, пневмония);

5) заболевание центральной нервной системы (острое нарушение мозгового кровообращения, менингит, энцефалит);

6) психические заболевания в период обострения (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, эпилепсия);

7) острая лучевая болезнь I-III стадий;

8) беременность (1-2 и 8-9 месяцы через опасность выкидыша или преждевременных родов).

Местные противопоказания:

1) заболевание слизистой оболочки полости рта (язвенно-некротический гингивит, стоматит, хейлит);

2) лучевая терапия, которая проводится по поводу злокачественных заболеваний челюстно-лицевой локализации;

3) зубы, находящиеся в зоне злокачественной опухоли (рак, саркома) и гемангиомы;

4) молочные зубы у взрослых людей при отсутствии их замены на постоянные.

Больным с тяжелой сопутствующей патологией зуб лучше удалять в условиях стационара.

Подготовительные мероприятия к операции удаления зуба

Обследование.

При наличии показаний к удалению зуба, для выяснения особенностей оперативного вмешательства, деталей его техники и выбора тех или других инструментов необходимо провести тщательный осмотр не только зуба, который подлежит удалению, но и окружающих его тканей.

Обследуя зуб или корень, который подлежит удалению, всегда необходимо учитывать возможность аномалии развития корней, которое может значительно усложнить проведение операции. Размеры корней, их количество, форму и размещение можно установить с помощью рентгеновского снимка. Однако рентгенологическое исследование не делают перед каждой операцией удаления, а применяют лишь при явно тяжелых и сложных вмешательствах.

Проводя осмотр зуба, устанавливают прочность коронки, которая допускает возможность применения при удалении зуба коронковых щипцов. Утонченные стенки сильно разрушенной коронки, которые не позволяют пользоваться коронковыми щипцами и препятствуют применению корневых щипцов, целесообразнее скусить.

Одновременно с осмотром коронки устанавливают прочность крепления зуба в альвеоле.

Перед удалением корней моляров необходимо выяснить состояние межкорневого соединения. Отсутствие его облегчает проведение оперативного вмешательства, потому что удалить одиночный корень значительно проще. Наличие же твердого межкорневого соединения может вызывать потребность проведения в ходе оперативного вмешательства разделения корней.

Трудности, которые возникают при удалении зубов, в значительной степени связаны с особенностями строения их корней – размерами и степенью их расхождения. О длине корней можно судить в известной степени по величине альвеолярных возвышений (juga alveolaria), имеющих на внешней поверхности альвеолярного отростка. Это касается главным образом однокорневых зубов и

частично верхних премоляров. В области других зубов в силу того, что внешняя стенка альвеолярного отростка толще, альвеолярные возвышения не выражены.

Некоторое представление о размерах и степени расхождения корней можно составить на основании величины и формы коронки зуба: чем ниже и в то же время более широкая коронка, тем более длинные корни и тем более они расходятся в разные стороны. Если коронка зуба, который подлежит удалению, разрушена, то о строении корней можно судить на основании осмотра имеющихся аналогичных зубов.

Подготовка больного.

Больного следует предупредить о необходимости удаления зуба, предполагаемой длительности вмешательства, возможном скусывании выступающих участков коронки, разделении корней и др. При своевременном предупреждении больные не реагируют на хруст, который чувствуется при этом, и дают возможность спокойно провести оперативное вмешательство.

Медикаментозная подготовка больных перед удалением зуба по большей части не проводится. Однако, при значительной нервозности больного может быть показано применение профилактической премедикации. В случае необходимости вмешательства при воспалительном процессе в зависимости от характера и его стадии, для предотвращения обострения процесса, непосредственно перед вмешательством и в течение нескольких дней после него, целесообразно применять медикаментозную терапию.

Подготовка рук врача.

По большей части врач моет руки под проточной водой с мылом и вытирает их стерильным полотенцем, а потом протирает 2-3 минуты 70 % этиловым спиртом.

Вместо спирта кожу можно протирать 0,5 % раствором хлоргексидина биглюконата. Для предупреждения инфицирования рук, случайного повреждения кожи при работе в полости рта следует применять резиновые перчатки. При работе в резиновых перчатках их обрабатывают так же, как кожу рук. После удаления зуба руки моют проточной водой и вытирают полотенцем. Все манипуляции в полости рта желательны выполнять с помощью инструментария (аподактильно).

Подготовка операционного поля.

Приведение полости рта перед оперативным вмешательством в асептическое состояние невозможно, потому что слабые растворы антисептических веществ не убивают микробов, а применение растворов антисептиков в концентрациях, которые пагубно влияют на микрофлору, вызывает повреждение слизистой оболочки. Однако, невзирая на безуспешность антисептических мероприятий, большинство операционных ран в полости рта заживают без осложнений. Это обстоятельство объясняется главным образом биологическими особенностями тканей полости рта, а также влиянием общих факторов, в частности функционального состояния нервной системы.

Перед операцией для удаления из слизистой оболочки и зубов налета и пищевых остатков, полость рта, а особенно участок, на котором должна проводиться операция, протирают ватными или марлевыми шариками, смоченными раствором марганцовокислого калия 1:1000 или 3 % раствором перекиси водорода. Снимают зубной камень.

При отсутствии показаний к срочному оперативному вмешательству подготовку полости рта следует проводить загодя.

Перед введением раствора обезболивающего вещества место вкола иглы смазать 1-2% йодной настойкой.

Методика удаления зуба.

Под операцией удаления зуба понимают сумму осуществляемых в определенной последовательности действий, в результате которых после насильственного отделения тканей зуб или корень изымают из лунки. Термин "экстракция" зуба является анахронизмом.

При этом оперативном вмешательстве, кроме разрыва периодонта, происходит определенное расширение входа в лунку, необходимое для выведения из нее корней, которые расходятся.

Для удаления зубов и их корней пользуются специальными щипцами и элеваторами. В некоторых случаях придется проводить удаление зубов с помощью бормашины, долота и молотка, то есть прибегать к операции атипичного удаления зуба.

Для правильного выполнения манипуляций с использованием инструментария целесообразно остановиться на способах его держания.

Способы держания щипцов для удаления зубов.

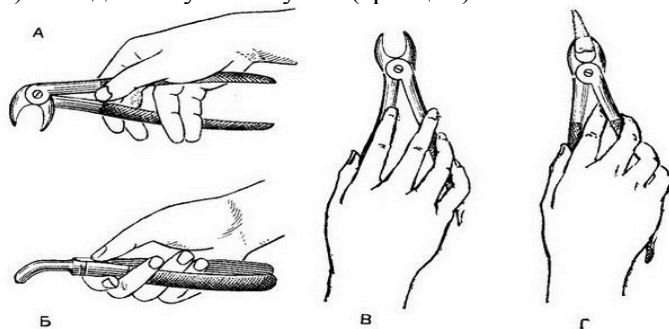
Во время проведения операции удаления зуба щипцы держат правой рукой так, чтобы угол между осью ручек и щечек был открыт в сторону зуба, который удаляется. При этом пальцы размещают определенным образом; это дает возможность одной рукой раздвинуть и сблизить

бранши щипцов. Кроме того, щипцы держат так, чтобы их можно было с необходимой силой продвинуть вглубь тканей. При первом способе большой палец укладывают с одной стороны щипцов ниже замка. Он охватывает одну ручку и давит своей мякотью в промежутке между ручками. II и III пальцы располагают с другой стороны обеих ручек щипцов, они охватывают ручку противоположной стороны. IV и V пальцы или только IV палец помещают между ручками инструмента. Чтобы крепко замкнуть щечки щипцов, IV и V пальцы переводят на бранши. В результате этого пальцы кисти держат инструмент замкнутым. Подведенные между браншами щипцов IV и V пальцы открывают их. При втором способе большой палец охватывает одну ручку щипцов, II и III пальцы укладываются между ручками, а IV и V пальцы охватывают другую ручку. Для облегчения продвижения щипцов конец одной или обеих ручек упирается в ладонь. Сгибание IV и V пальцев сближает щечки щипцов, а выпрямление III пальца раскрывает щипцы. После наложения щипцов III палец выводится, как и соседние пальцы (IV и V), на наружную сторону ручки щипцов.

Этапы операции удаления зуба.

Операция удаления зуба, осуществляемая щипцами, состоит из нескольких последовательных этапов:

- 1) наложение щипцов;
- 2) продвижение щипцов;
- 3) смыкание щипцов (фиксация);
- 4) вывих зуба (люксация или ротация зуба);
- 5) выведение зуба из лунки (тракция).



Первый способ держания щипцов.

А — изогнутых по ребру (клювовидных); Б — изогнутых по плоскости.

Второй способ держания щипцов.

В — раскрытых щипцов; Г — положение пальцев при сомкнутых щипцах.

Перед наложением щипцов целесообразно разрушить круговую связку зуба (перитомия, синдесмотомия), которая соединяет цемент корня зуба с десневым краем. Это удобно делать с помощью гладилки, серпообразного ланцета, узкого распатора. Особенно показано это предварительное вмешательство в случае потребности удаления одиночно размещенного зуба. В этих случаях участок десен, которые окружают зуб, часто бывает очень твердым и крепко сросшимся с шейкой зуба, особенно с медиальной и дистальной сторон, то есть в тех местах, где отслаивания десен при наложении и продвижении щипцов не происходит. Определенное значение имеет это предварительное отделение десен и при удалении зубов мудрости, главным образом нижних, к дистальной поверхности которых настолько крепко прикрепляется слизистая оболочка альвеолярного отростка, что она при тракции зуба широко отслаивается от кости и часто отрывается на значительном протяжении. Отделение десен показано также от корней разрушенных зубов, особенно в тех случаях, когда корни оказываются немного закрытыми слизистой оболочкой. Это дает возможность точно ориентироваться относительно поперечного размера корня и расположения его краев, и значительно облегчает наложение щипцов.

Наложение щипцов. Держа щипцы в руке одним из перечисленных способов, раскрывают их настолько, чтобы коронка зуба могла разместиться между их щечками, и накладывают одну щечку щипцов на зуб с вестибулярной, а вторую — с оральной стороны. Во время наложения щипцов, и в течение следующих этапов удаления зуба врач должен четко видеть зуб и ткани, его окружающие.

Ось щечек щипцов при наложении должна совпадать с осью зуба. Косое наложение щипцов на зуб обычно приводит к осложнениям при удалении зуба.

Щетки щипцов, прилегая к шейке зуба, не должны захватывать слизистую оболочку, которая окружает зуб. Закончив наложение щипцов, и проверив правильность выполнения этого приема, переходят к продвижению щипцов.

Продвижение щипцов. Нажимом правой руки на щипцы продвигают щетки по оси зуба под десны. При удалении нижних зубов продвижения щечек осуществляют с помощью большого пальца левой руки, которым нажимают на участок замка.

Продвижение щечек следует проводить до ощущения плотного охватывания зуба (или корня). При наличии патологического процесса вокруг шейки зуба, который вызвал рассасывание костной ткани в этом участке и расширенной линии периодонта, щетки щипцов удастся продвинуть значительно ниже шейки зуба на корень. При отсутствии патологических изменений в участке края альвеолы щипцы на этом уровне встречают некоторое сопротивление. В результате щетки щипцов удастся продвинуть лишь на край лунки, что и делают при удалении корней зубов. Продвинув щипцы, переходят к смыканию щипцов.

Смыкание щипцов. Наложение и продвижение щипцов проводят при не полностью сомкнутых щечках. Потом сжимают щипцы, после чего зуб оказывается крепко зажатым щечками щипцов, продвинутыми выше шейки на верхних и ниже шейки, – на нижних зубах.

Сила, применяемая для сжимания щипцов, должна отвечать особенностям случая. Не следует очень сильно сдавливать зуб, который имеет большую полость в коронке, потому что это может повлечь ее раздавливание. Однако сжатие не должно быть слабым, потому что это в дальнейшем вызовет соскальзывание щипцов с зуба.

После смыкания щипцы и зуб должны представлять одно целое: при перемещении щипцов одновременно смещается и зуб.

Вывих зуба (люксация или ротация). Зуб, плотно зажатый в щипцах, не вытягивают из лунки, потягивая вверх или вниз, а ослабляют его связь с альвеолой путем боковых движений.

Зуб вывихивают (люксируют) наружу и внутрь, то есть в вестибулярную и оральную сторону, а также делают вращательные движения (ротация), которые заключаются в небольших (на 25-30°) поворотах то в одну, то во вторую сторону вокруг оси зуба, подобно тому, как отпирают и запирают ключом замок. В результате этого нарушается крепление зуба в альвеоле: разрываются волокна периодонта, удерживающие зуб и немного раздвигаются стенки альвеолы. Боковые и вращательные движения следует проводить постепенно, без грубых рывков, причем ощущение сопротивления является показателем необходимости продолжать вывихивающие движения.

При освобождении зуба от связей с окружающими тканями необходимо следить за тем, чтобы голова больного не смещалась в сторону во время движения щипцов. Нижнюю челюсть при удалении нижнего зуба следует хорошо удерживать левой рукой.

Первое вывихивающее движение делают в сторону наименьшего сопротивления, то есть в ту сторону, где стенка лунки зуба более тонка, а значит, более податлива. Поэтому в участке всех верхних зубов, за исключением первого моляра, где внешняя стенка лунки утолщается скулоальвеолярным гребнем, первое вывихивающее движение делают во внешнюю сторону, вторую, – внутрь, потом опять наружу.

Нижние резцы, клыки и премоляры, а иногда и первый моляр вывихивает также сначала наружу. Второй и третий нижний моляр, где внешняя стенка толще, чем языковая (извне размещается компактный костный массив – *Linea obliqua externa*), вывихивает сначала в языковую сторону.

Вращательные движения (ротацию) можно проводить при удалении зубов, которые имеют один корень, который по форме напоминает конус (то есть при удалении верхних резцов, отчасти клыка и нижнего премоляра). Эти движения целесообразны при удалении разъединенных корней верхних многокорневых зубов (за исключением медиального щечного корня). В участке нижних однокорневых зубов такие движения проводят обычно в тех случаях, когда зуб не особенно плотно укреплен в альвеоле, а также иногда при удалении одиночных размещенных зубов. Это связано с тем, что нижние однокорневые зубы имеют немного сплюснутый по бокам корень и выполнению поворота мешают соседние зубы. Кроме того, клювовидные щипцы, которые применяют для удаления нижних зубов, не позволяют в нужной мере выполнять необходимые вращательные движения.

Выведение зуба из лунки (тракция) проводится после того, как зуб полностью освобождается от связей, его удерживающих. При этом извлечение вверх или вниз (в зависимости от размещения зуба в нижней или верхней челюсти) идет непосредственно следом за вывихивающим боковым движением. При вывихе поворотами вокруг оси зуба это вращение также непосредственно переходит в движение вверх или вниз.

При тракции зуба, когда неполностью разрушен связочный аппарат, в результате применения определенных усилий щипцы по инерции с силой могут ударить по зубам противоположной челюсти и повредить их.

При невозможности провести или закончить удаление зуба или корня с помощью щипцов или элеваторов, необходимо приступить к операции атипичного удаления, которая заключается в удалении (альвеолектомии) или трепанации (альвеолотомии) стенки лунки с внешней (губной или щечной) стороны и исключении обнаженного таким путем зуба или корня.

В ряде случаев, принимая во внимание особенности размещения зуба (например, ретенированный, полуретенированный) или корня (остаток верхушечной части корня в глубине лунки, резкое искривление корня, значительный гиперцементоз и др.), что подтверждено рентгенологически, к операции атипичного удаления приступают, не делая предыдущих попыток удаления с помощью других менее сложных способов.

До операции, накануне, удаляют зубной камень. В случае необходимости атипичного удаления ретенированного или полуретенированного зуба, следует учесть отношение его к корням соседних зубов. В некоторых случаях для достаточного доступа к такому зубу может быть нужна резекция верхушек прилегающих зубов. Поэтому они должны быть загодя подготовлены – каналы у них должны быть запломбированы цементом.

Непосредственно перед операцией обрабатывают операционное поле, удаляя налет протирая зубы и слизистую оболочку тампонами, смоченными 2% раствором двууглекислой соды или 3% раствором перекиси водорода.

Кожу лица больного вокруг рта обрабатывают спиртом. Голову и грудь закрывают стерильным полотенцем или простыней.

После предварительного смазывания слизистой оболочки 5% спиртовым раствором йода проводят обезболивание. Целесообразно применять проводниковое обезболивание, а потом осуществлять дополнительную инфильтрацию тканей вокруг области операции раствором обезболивающего вещества с адреналином. Сужение кровеносных сосудов и обескровливание тканей, которые возникают в результате этого, обеспечивают сухость операционного поля. При этом можно хорошо различить все ткани, а операция проводится не на ощупь, а под визуальным контролем. Загодя подбирают все необходимые для операции инструменты: хирургические зажимы для белья, шприц с иглой для введения раствора анестетика, широкие крючки для оттягивания губы или угла рта, маленькие острые крючки с 2 или 3 зубцами для удерживания слизисто-надкостничного лоскута, небольшой скальпель, узкий распатор, длинные плоские и желобоватые долота шириной от 4 до 8 мм, небольшой хирургического молоток, анатомические и хирургические пинцеты, небольшие острые хирургические ложки, костные кусачки, ножницы, иглы хирургические, согнутые, режущие, иглодержатель, тонкий кетгут или шелк, зубоорачебные пинцет, зеркало и зонд. Все эти инструменты должны быть простерилизованы и разложены в определенном порядке на инструментальном столике, придвинутом к оперирующему.

При атипичном удалении зубов и корней в на верхней и нижней челюстях более удобно полулежащее положение больного с немного запрокинутой головой. В зависимости от области альвеолярного отростка, где проводится вмешательство, голове больного придают соответствующее положение, иногда немного поворачивают ее в сторону. Операционное поле при этом должно быть хорошо освещено, и оперирующий должен его хорошо видеть.

Для обнажения области альвеолярного отростка, который подлежит трепанации, по большей части делают или трапециевидный или дугообразный разрез, меняя величину и размещение разреза в зависимости от размещения зуба. Лишь при атипичном удалении нижнего моляра и их корней более удобный угловой разрез. Основа слизисто-надкостничного лоскута должна находиться со стороны переходной складки.

Образованный лоскут должен быть больше трепанационного отверстия и своими краями должен перекрывать его.

Разрезы проводят через всю толщу мягких тканей к кости, вскрывая не только слизистую оболочку, но и надкостницу. После этого тонким острым распатором (как распатор для отслаивания можно применять также лопаточки или гладилку, они меньше травмируют мягкие ткани) в направлении от гребня альвеолярного отростка к переходной складке отделяют от кости лоскут мягких тканей, который состоит из слизистой оболочки и надкостницы. Это представляет некоторые трудности в участке десневого края, около переходной же складки отсепарирование лоскута от кости происходит легко.

При вмешательстве в области нижнего премоляра необходимо помнить о сосудисто-нервном пучке, выходящем из подбородочного отверстия. Чтобы предотвратить его ранение, осторожно отслаивают мягкие ткани до тех пор, пока не станет видно это отверстие с пучком, который выходит из него. Увидев размещение этого пучка, легко предотвратить его повреждение во время операции.

Отделив слизисто-надкостничный лоскут от внешней поверхности альвеолярного отростка, его оттягивают вверх (на верхней челюсти) или книзу (на нижней челюсти) с помощью тупого или небольшого зубчатого крючка. После этого переходят к удалению внешней стенки альвеолярного отростка.

В тех случаях, когда зуб не вполне закрыт костной тканью или корень размещен в глубине лунки, которая не наполнена костью, значительный участок костной стенки удаётся удалить тонкими кусачками. Если же это выполнить невозможно, то приступают к удалению внешней стенки альвеолы. С этой целью надсекают рожком плоского долота компактную пластинку стенки альвеолы вокруг области кости, которая подлежит удалению, а потом, поставив достаточной ширины, плоское долото под углом 30-35° к поверхности кости, легким постукиванием молотка снимают кость слой за слоем до обнажения какой-либо области зуба или корня. После этого, пользуясь более узкими плоскими и желобоватыми долотами, освобождают зуб или корень от участков кости, которые закрывают его по бокам, и, введя сбоку между зубом или корнем и костной стенкой долото или элеватор, проводят вывих. Иногда зуб или корень, частично освобожденный от закрывавшей его кости, захватывают щипцами и после вывиха удаляют.

После этого долотом и кусачками сглаживают края костной раны, острой ложкой проводят старательное выскабливание остатков мягких тканей, которые окружали зуб, удаляют грануляции и костные осколки. Отсепарированный слизисто-надкостничный лоскут кладут на место и по линии разреза накладывают несколько узловатых швов из тонкого кетгута или шелка (№ 0, № 1). Швы из кетгута рассасываются сами, обычно на 5-7-й день, и не вызывают образования на слизистой оболочке пролежней, которая наблюдается при применении шелка. Швы из шелка следует снимать на 4-5-й день.

Техника удаления ретенированных зубов на нижней челюсти имеет некоторые особенности. Здесь удаление проводится всегда со стороны преддверия полости рта. Особенно это касается зубов мудрости. При удалении ретенированного нижнего зуба мудрости проводят разрез слизистой оболочки и надкостницы, начиная его на 2-2,5 см выше от жевательной поверхности моляра по переднему краю ветви, сверху вниз. Далее разрез продолжают кпереди по внутренней поверхности гребня альвеолярного края ко второму моляру, после чего разрез проводят поперек альвеолярного края на внешнюю поверхность нижней челюсти, а потом вперед и вниз на 3 см. Распатором отслаивают слизисто-надкостничный лоскут, отводят его крючками наружу, трепанируют и удаляют обнаженную внешнюю часть альвеолярного отростка и переднего края ветви нижней челюсти около ее основы. При глубоком залегании зуба необходима более обширная трепанация кости, особенно при неправильном положении и глубоком размещении, а также при аномалиях числа и формы корней зуба мудрости. Значительно облегчает операцию применения бора для образования отверстий в челюсти вокруг зуба или для снятия стенки с минимальным применением долота. В этих случаях придется соответственно увеличивать разрез мягких тканей. Когда зуб мудрости освобожден от костной ткани, приступают к этому удалению обычными экстракционными инструментами, рану очищают от костных осколков, слизисто-надкостничный лоскут кладут на место и закрепляют кетгутowymi узловатыми швами.

В случае необходимости удаления верхушки корня, размещенной в глубине лунки, наполненной костной тканью, а также при атипичном удалении ретенированного зуба, который лежит почти горизонтально на уровне верхушек корней, удобнее выкраивать лоскут около переходной складки в соответствии с проекцией ретенированного зуба или области корня, который остался.

При атипичном удалении корней нижнего моляра удаления долотом толстой компактной внешней стенки альвеолы представляет значительные трудности. В этих случаях с помощью небольшого шаровидного бора в нескольких местах трепанируют внешнюю стенку лунки на границе области кости, которая подлежит удалению, а потом узким плоским долотом пересекают костные мостики между отверстиями, которые сделаны бором. Таким путем удаётся легко удалить костный участок внешней стенки альвеолярного отростка нужных размеров. Обнажив корни нижнего моляра, разделяют соединяющую их перегородку с помощью долота или фиссурного бора, и вывихивают элеватором один из корней. После этого долотом удаляют межкорневую перегородку, и вывихивают второй корень. Затем кусачками и долотом сглаживают все выступающие участки по краям костной

раны. Небольшой острой хирургической ложкой выскабливают грануляции и удаляют свободно размещенные костные осколки. После этого лоскут кладут на место и по линии вскрытия накладывают узловые швы.

Атипичное удаление корней верхних многокорневых зубов проводится по той же методике. В случае потребности удалить небный корень, который остался, удобнее использовать операционный подход со стороны преддверия полости рта. При этом, удалив щечный корень премоляра (или щечные корни моляра), удаляют костную перегородку, которая закрывает с внешней (щечной) стороны небный корень. Достаточно обнажив корень, вывихивают его долотом или прямым элеватором.

Уход за раной после удаления зуба.

Изъяв зуб из лунки, следует осмотреть его и убедиться, что удалены все корни, а главное, их верхушки. Поэтому все, что удаляется из лунки, следует складывать в лоток. Потом рану, а в первую очередь дно лунки, обследуют небольшой острой хирургической ложечкой. При выявлении там размягченных участков, которые свидетельствуют о наличии разрастаний грануляционной ткани, ее отслаивают от кости осторожными движениями ложечки и изымают из лунки. В тех случаях, когда при осмотре удаленного зуба или корня на его верхушке оказывается удаленная вместе с ним гранулёма, выскабливание верхушечной части лунки делать не следует. Однако по большей части в области немного резорбированной верхушки корня можно обнаружить лишь незначительные кусочки капсулы гранулёмы и грануляционной ткани – все другое остается в глубине альвеолы.

Нередко во время удаления зуба отламываются или почти полностью отделяются от окружающих мягких тканей небольшие участки края альвеолы и межальвеолярных перегородок. Их удаляют острой ложкой, хирургическим пинцетом, тонкими корневыми щипцами или костными кусачками.

В некоторых случаях на отдельных участках мягких тканей, которые окружали зуб или корень, остаются висеть осколки зуба разной величины, которые могут привести к возникновению послеоперационных осложнений. Для их профилактики следует тщательным образом обследовать эти участки слизистой оболочки и удалить все осколки.

При случайных повреждениях десен, причиненных во время операции, отслоенные участки следует положить на место, а при необходимости укрепить швом; сильно поврежденные и разможенные края лучше отрезать.

После проведенного удаления зуба мягкие ткани должны закрывать края альвеолы: на гребне альвеолярного отростка не должно быть ни обнаженных костных шипов, ни выступающих над краем слизистой оболочки костных участков. Такие костные выступы редко наблюдаются после удаления зуба или корня, размещенного в зубном ряду. Но в случаях удаления одиночно размещенного зуба, а также удаление подряд нескольких зубов, такие костные шипы можно обнаружить часто. Для их устранения необходимо немного отслоить распатором край десны, обнажить выступающие участки стенок лунок и межальвеолярных перегородок и удалить их с помощью костных кусачек. После этого ножницами слегка подравнять края слизистой оболочки и наложить на рану несколько узловых швов.

Непосредственно после операции удаления зуба, полосканий рта обычно не позволяют, потому, что это мешает выполнению лунки сгустком. Исключением являются случаи появления гнойных выделений из лунки или из одновременно раскрытого внутриротовым разрезом очага. В этих случаях для удаления гноя из полости рта следует дать больному несколько раз прополоскать рот раствором марганцовокислого калия 1:1000-1:2000 или 1-2% раствором двууглекислой соды.

Лунку удаленного зуба при нормальном ходе послеоперационного периода не тампонируют. Обычно с помощью марлевого шарика, зажатого пинцетом, или же пальцами через марлевые салфетки немного сдавливают (репонируют) края лунки, которая уменьшает зияние раны. После формирования сгустка на устье лунки пышно накладывают на несколько минут марлевый шарик так, чтобы больной мог прикусить его и тем же прижать к краям раны альвеолярного отростка, чтобы предотвратить попадание в нее слюны. Тампон удаляется больным из полости рта через 10-15 мин.

Небольшое кровотечение, которое возникло в результате разрыва сосудов десен вокруг зуба и периодонта, обычно останавливается через 2-5 минут после удаления зуба; лунка заполняется кровяным сгустком, который защищает ее от проникновения инфекции.

Пациента отпускают и рекомендуют не есть и не курить в течение двух часов. В день удаления зуба больному не следует принимать горячую еду, употреблять алкоголь.

Заживление раны после удаления зуба.

При нормальных условиях лунка удаленного зуба заполняется кровяным сгустком. Весь дальнейший процесс заживления происходит под этим естественным покровом и проходит по типу вторичного натяжения. Наличие кровяного сгустка является обстоятельством, которое отражается очень благоприятно на заживлении костной раны. В случае отсутствия сгустка отмечается замедление заживления костной раны и возникновение ряда осложнений.

Уже через 3-4 дня после удаления зуба по краям раны со стороны мягких тканей десен развивается грануляционная ткань и разрастается эпителий. В участке стенок альвеолы отмечается развитие грануляционной ткани, которая вырастает в кровяной сгусток.

Через 7-8 дней грануляционная ткань заполняет, уже значительную часть лунки, начинает образовываться костная ткань. Одновременно с этим рассасываются участки поврежденной кости.

На 14-й день лунка покрывается эпителием. В ее глубине интенсивно длится образование костной ткани, главным образом со стороны ее дна и стенок.

Через 3 месяца лунка удаленного зуба заполняется костной тканью, которая только около устья лунки отличается по своему строению от окружающей костной ткани.

Через 6 месяцев после удаления зуба, ткани в участке бывшей лунки ничем не отличаются от окружающих.

Под защитой эпителия кровяной тромб организуется в соединительную ткань. Следом за удалением зуба нарушается кровообращение, которое существовало раньше. Поэтому альвеолярный край вместе с надкостницей и деснами начинают недостаточно кровоснабжаться. Они постепенно рассасываются одновременно с поврежденным участком стенок и отделенных кусочков кости. В результате, в этом отделе костная ткань перестраивается: в меру наполнения костной тканью альвеолы, ее края становятся ниже, утончается альвеолярный отросток на этом участке. Считают, что высота и поперечник альвеолярного отростка уменьшаются приблизительно на одну треть.

При отсутствии осложнений в послеоперационном периоде заживление лунки удаленного зуба происходит безболезненно. Значительное травмирование лунки во время удаления зуба нередко вызывает появление боли и замедляет процессы заживления.

При возникновении воспалительного процесса, особенно при переходе его из лунки на окружающую костную ткань, увеличивается длительность заживления лунки в зависимости от течения процесса.

Осложнение во время и после операции удаления зуба

Все осложнения операции удаления зуба условно разделяют на те, которые возникают во время удаления и возникающие после удаления зуба.

Среди осложнений, которые возникают во время операции удаления зуба различают: нарушение общего состояния больного и осложнения местного характера.

К осложнениям общего характера относят: **обморок, коллапс, шок и нарушение внешнего дыхания.**

Клиническими наблюдениями установлено, что разные оперативные вмешательства (вся обстановка операционной, а также травма, которая причиняется при операции) вызывают целый ряд общих явлений, главным образом со стороны сосудистой и нервной систем. Иногда возникают значительные общие расстройства, которые угрожают жизни больного, зависящие от характера повреждения, а также от хода оперативного вмешательства.

Ясность в понимание этих явлений внесли работы школы И.П.Павлова, в процессе которых установлено наличие тесной двусторонней связи между корой головного мозга и внутренними органами. Проведенные исследования показывают, что разнообразные раздражения (механические, химические и др.), которые воспринимаются разными органами и областями тела, влияют на кору головного мозга, изменяя ее функциональное состояние, в результате чего могут возникать нарушения деятельности ряда систем организма.

Обморок является самой частой и легкой формой расстройств, которые наблюдаются при оперативных вмешательствах и повреждениях. При этом возникает кратковременная потеря сознания, вызванная рефлекторно, которая зависит от степени ишемии головного мозга.

Обморок обычно не наступает внезапно – ему предшествует ряд явлений, таких, как внезапная слабость, которая сопровождается бледностью, головокружением, шумом в ушах, потемнением в глазах. Больной теряет сознание, дыхание становится поверхностным, зрачки обычно расширяются. Пульс при этом ускорен и слабый, хотя иногда изменяется незначительно. Обморок по большей части проходит в течение нескольких минут.

Поскольку в возникновении обморока главную роль играет психика, то поводом для ее возникновения могут быть разные моменты: страх перед ожидаемой операцией, сам вид инструментов, крови, болевые и тактильные ощущения, связанные с вмешательством и др.

Для ликвидации обморочного состояния и улучшения мозгового кровообращения, следует придать голове больного низкое положение (резко наклонить вперед туловище больного, который находится в сидячем положении, или положить больного горизонтально). Для обеспечения глубокого дыхания надо освободить туловище от одежды, которая мешает. С этой же целью дают вдыхать пары нашатырного спирта, который производит рефлекторное возбуждение, влияя на рецепторы верхних дыхательных путей.

В тяжелых случаях придется ввести подкожно 1-2 мл 10% раствора кофеина. Продолжать начатое оперативное вмешательство следует лишь после выхода больного из состояния обморока. Если же обморок возник до операции, то в зависимости от случая целесообразно бывает отложить ее на некоторое время. Накануне операции, для снижения реактивности нервной системы следует провести подготовку больных препаратами брома и барбитуратами.

Коллапс является более тяжелой формой общих расстройств жизненных функций организма в результате острой слабости сердца и падения тонуса стенок сосудов. Это может быть связано со значительной кровопотерей, с предыдущим нервным и физическим перенапряжением, инфекционными заболеваниями, отравлением.

Обычно, внезапно появляется значительная синюшность и бледность лица, холодный пот. Отмечается охлаждение конечностей. Температура тела снижается, артериальное давление падает, пульс становится нитевидным, расслабляется мускулатура, иногда наблюдаются легкие судороги. Сознание при коллапсе может быть все время сохранено.

Состояние коллапса может перейти в смерть, если вовремя не удастся активизировать деятельность сердца, а главное устранить причину, например, остановить кровотечение.

Лечение. Больному придают горизонтальное положение, согревают с помощью грелок, применяют средства, которые возбуждают сердечную деятельность: впрыскивание под кожу раствора кофеина, подкожное или внутривенное введение 0,9% раствора хлористого натрия или внутривенное введение 40% раствора глюкозы в количестве 50 мл. Можно ввести внутримышечно 1мл 1 % раствора мезатона. При отсутствии эффекта внутривенно вводят 0,5-1,0 мл 0,06 % раствора коргликона или 0,05 % раствора строфантина в 10-20 мл 40 % раствора глюкозы. Проведение оперативных вмешательств при коллапсе, кроме неотложных (остановка кровотечения), противопоказано.

Шок. Шок представляет собой резкое снижение всех жизненных функций, в первую очередь кровообращения и дыхания, в результате перераздражения центральной нервной системы при повреждениях центростремительных периферических нервов, что имеет место при значительных по своему объему травмах. Явления шока могут возникнуть и при грубом проведении оперативных вмешательств на челюстях с помощью долота и молотка. Способствуют возникновению шока предыдущее сильное физическое переутомление, холод, голод, тяжелые психические переживания.

При шоке сознание обычно сохранено, но снижаются все жизненные функции организма. У больных наблюдается резкая бледность, впалые неподвижные глаза, часто расширенные зрачки, холодная, сероватого цвета кожа, поверхностное и замедленное дыхание, частый нитевидный пульс, падение артериального давления. Чувствительность и восприятие внешних раздражений резко снижены.

Для профилактики явлений шока, которые могут возникнуть в связи с операционной травмой, проводится подготовка больного, учитывается состояния его нервной системы. Назначения препаратов брома, люминала и других производных барбитуровой кислоты, введения (но не амбулаторным больным) морфина или пантопона до операции снижают возбудимость нервной системы. Большое значение имеет и качественно проведенное обезболивание.

Лечение шока заключается в устранении причины, его вызывающей, и борьбе с угрожающими симптомами.

Для борьбы с шоком, который развился, необходимо не только активизировать деятельность сердца путем введения раствора кофеина, но также снизить восприятие болевых раздражений, для чего осуществляют впрыскивание морфина. Надо создать спокойствие больному, согреть его грелками. Хорошо действуют при борьбе с шоком внутривенные вливания 400-500 мл изотонического раствора натрия хлорида, 5% раствора глюкозы (или 40% раствора глюкозы в количестве 50 мл), а особенно переливание крови.

Оперативное вмешательство можно проводить в этот период только по жизненным показаниям и для устранения явлений шока.

Нарушение внешнего дыхания. При попадании в дыхательные пути удаленного зуба, тампонов, кровяных сгустков (если они застревают в участке голосовой щели) может наблюдаться нарушение внешнего дыхания вплоть до асфиксии. В таких случаях необходимо срочно проводить трахеотомию. Если в дыхательные пути попадает лишь часть зуба, она обычно достигает какого-то из бронхов (чаще правое легкое), вызывая обтурацию его просвета. У больного возникает кашель. Однако нарушения внешнего дыхания не настолько выражены, чтобы представлять непосредственную угрозу для жизни больного. При подозрении на попадание зуба или его части в дыхательные пути необходимо срочно направить больного на рентгенологическое исследование, проконсультировать его у пульмонолога, так как наличие в просвете бронха инфицированного инородного тела, которым является зуб, приводит к развитию абсцедирующей пневмонии.

Местные осложнения

К осложнениям местного характера относят:

1. Перелом коронки зуба или его корня.
2. Вывих и перелом соседних зубов.
3. Смещение зубов в толщу мягких тканей.
4. Отламывание небольших участков костной ткани.
5. Отламывание заднего отдела альвеолярного отростка верхней челюсти, иногда с бугром верхней челюсти и с участком дна гайморовой пазухи.
6. Перелом нижней челюсти.
7. Нарушение целостности дна гайморовой полости.
8. Попадание корня в верхнечелюстную пазуху.
9. Вывих нижней челюсти.
10. Разрыв слизистой оболочки.
11. Нарушение чувствительности (парестезия, гипестезия) нерва.
12. Кровотечение.

Перелом коронки зуба или его корня. Чаще всего операция удаления зуба осложняется переломом его коронки или корня, который может быть связан как со значительным разрушением зуба патологическим процессом, так и с особенностями строения корня и окружающей костной ткани. Однако, определенные нарушения техники оперативного вмешательства достаточно большой мерой влияют на частоту этого осложнения: играют роль резкие движения при вывихе зуба, неверный выбор щипцов или несоблюдение последовательности в применении приемов удаления зуба, и т.д.

Вывих и перелом соседних зубов, которые были опорой для элеватора, можно объяснить в большинстве случаев также нарушениями техники операции. В зависимости от вида травмы, которая нанесена соседнему зубу, проводится его лечение (изготовление вкладок, пломб, коронок, штифтового зуба, удаления, реплантация зуба (предварительно следует ретроградно запломбировать канал корня), закрепления зуба шиной. Для профилактики подобных осложнений нельзя использовать в качестве опоры для элеватора одиночные зубы. Во время вывиха зуба элеватором большой или указательный палец следует наложить на жевательную поверхность зуба, который выделяется и соседнего с ним опорного зуба.

Смещения зубов в толщу мягких тканей наблюдаются в случаях резких движений элеватором во время вывиха нижнего зуба мудрости, а также при атипичном удалении корней нижнего моляра. Эти зубы или корни смещаются в толщу мягких тканей внутренней поверхности нижней челюсти, что приводит к воспалительным осложнениям и требует повторных хирургических вмешательств.

Отлом небольших участков костной ткани. Обычно при удалении зуба, стенки лунки в силу определенной эластичности костной ткани немного раздвигаются. Однако патологические процессы в периодонте иногда приводят к замещению его в отдельных участках костью, в результате чего корень зуба плотно спаивается на некотором протяжении с участком стенки альвеолы. Этим обстоятельством, а также необходимостью глубокого продвижения щечек щипцов и наложения их на края лунки, объясняется отламывание небольших участков костной ткани. Отломанные кусочки, будучи припаяны к зубу, по большей части удаляются вместе с ним. Когда же подвижные участки альвеолярной стенки не удаляются вместе с корнем, их следует удалить, осторожно отделив от мягких тканей. Скусывают и имеющиеся вокруг костные выступы.

Отлом заднего отдела альвеолярного отростка верхней челюсти, иногда с бугром верхней челюсти и с участком дна верхнечелюстной пазухи.

В результате глубокого наложения щипцов на альвеолярный отросток в участке верхнего зуба мудрости, особенно при неправильном его положении, а также при вывихе этого зуба элеватором. Оно сопровождается значительным кровотечением. Поскольку рассчитывать на приживание отломанного фрагмента не придется, его следует удалить, а рану ушить наглухо. В дальнейшем не исключена возможность возникновения воспалительного процесса в верхнечелюстном синусе, а также образование на месте удаленного участка кости свищевого хода, который ведет из полости рта в верхнечелюстную пазуху.

Перелом нижней челюсти при удалении зуба. Такие случаи описаны при вывихе элеватором Леклюза неправильно расположенного зуба мудрости.

Возникновение переломов нижней челюсти во время операции удаления зуба имеет место также при патологических процессах, которые истончают или разрушают кость: радикулярных или фолликулярных кистах, фиброзной остеодистрофии, доброкачественных и злокачественных опухолях, хронических остеомиелитах и др.

Нарушение целостности дна верхнечелюстного синуса является одним из нередких осложнений при удалении верхнего моляра, второго, а иногда и первого премоляра. Это связано с тем, что иногда корни указанных зубов подходят своими верхушками к верхнечелюстному синусу. Иногда дно верхнечелюстной пазухи бывает даже немного поднято верхушками корней этих зубов. Вследствие этого, хронический верхушечный периодонтит, который развивается в участке одного из этих зубов, разрушает костную ткань, окружающую верхушку корня, тонкую костную пластинку и надкостницу дна верхнечелюстного синуса, покрывающую верхушку корня. После этого ткани воспалительного очага около верхушки корня уже непосредственно контактируют со слизистой оболочкой верхнечелюстной пазухи и спаиваются с ней. При удалении одного из таких зубов слизистая оболочка разрывается, в результате чего появляется сообщение между полостью рта и верхнечелюстной пазухой.

В некоторых случаях слизистая оболочка дна верхнечелюстной пазухи повреждается хирургической ложкой при неаккуратной обработке лунки, а именно тогда, когда при ее выскабливании инструмент с силой продвигают вверх.

Повреждения дна гайморовой полости обнаруживают на основании прохождения воздуха, с небольшим свистом, из полости рта в полость носа при надувании щек, или из полости носа в полость рта. Для этого больной, зажав пальцами нос, должен стараться выдуть через нос воздух. При выявлении прободения дна верхнечелюстной пазухи и отсутствия гнойных выделений из лунки не следует зондировать или промывать верхнечелюстную пазуху. Вернее всего в таких случаях затампонировать свернутой полоской йодоформной марли только устье лунки, скрепив этот тампон проволоочной лигатурой, укрепленной на соседних зубах, или наложив над ним узловатые швы. Тампон не вынимают по возможности 5-7 дней. За это время сгусток, наполняющий верхние отделы лунки, уже начинает организовываться, то есть прорастать грануляциями. Кроме того, спаиваются края разорванной слизистой оболочки верхнечелюстного синуса. В ряде случаев сразу после удаления зуба возможно закрытие перфорационного отверстия оперативным путем.

При появлении следом за удалением зуба выделений из лунки, которые может быть признаком воспалительного процесса в верхнечелюстной пазухе, а также наличии радикулярной кисты, тампонировать лунку не следует: ее оставляют открытой. Дальнейшее лечение проводят в зависимости от характера процесса (гайморит или киста).

Попадание корня в верхнечелюстной синус может наблюдаться при удалении верхнего моляра или реже премоляра. Это объясняется в первую очередь близостью верхнечелюстного синуса и разрушением под воздействием околоверхушечного патологического процесса костной ткани в участке дна пазухи настолько, что при сжимании ручек щипцов корень, который выскользнул, из щечек, которые охватывают его, проталкивается в верхнечелюстной синус. Чаще корень оказывается смещенным в верхнечелюстную пазуху при неправильном продвижении щипцов, а также при использовании элеватора, когда щечкой инструмента нажимают на корень, вместо того, чтобы вводить ее между корнем и стенкой лунки.

Попытки извлечения корня, который попал в верхнечелюстной синус, через лунку, как правило, не дают результатов. В этих случаях не следует промывать верхнечелюстную пазуху и вводить в нее тампоны. Необходимо закрыть небольшим тампоном из йодоформной марли устье лунки, чтобы способствовать заращению сообщения с полостью рта. Удаление корня из пазухи, которое не является неотложной операцией, следует проводить через трепанационное отверстие в участке клыковой ямки (по типу радикальной гайморотомии) в условиях стационара.

По некоторым данным, удаление оперативным путем в первые 1-2 дня попавшего в верхнечелюстную пазуху корня, и введение после этой операции антибиотиков и ушивание пазухи наглухо дают хорошие результаты. При этом, в случае отсутствия изменений слизистой оболочки, нет необходимости удалять ее и соединять верхнечелюстную пазуху с нижним носовым ходом.

Вывих нижней челюсти. Такое осложнение может возникнуть в том случае, когда удаление зуба на нижней челюсти проводится при максимально широком открывании рта и длительном проведении операции.

Диагностика вывиха нижней челюсти несложна. Как при одностороннем, так и при двустороннем вывихе, больной не в состоянии закрыть рот. При одностороннем вывихе челюсть смещается в здоровую сторону. Вывихнутая головка челюсти прощупывается впереди от обычного своего положения. Рентгеновский снимок, если в нем есть необходимость, подтверждает нахождение головки челюсти вне суставной ямки.

При двустороннем вывихе вся челюсть смещается вперед без смещения по средней линии. Прощупаются обе головки вне сустава. Рентгеновский снимок подтверждает двусторонний вывих.

Перед вправлением как одностороннего, так и двустороннего вывиха, проводят обезболивание нижнего альвеолярного нерва и мышц (височной, жевательной и внутренней крыловидной).

Для вправления вывиха используют наиболее известный способ, который в литературе называют методом Гипократа. Больного усаживают на опущенное до упору кресло или на низкий стул. Голова фиксируется в подголовнике или удерживается помощником. Врач располагается впереди от больного, а нижняя челюсть находится на уровне локтевого сустава опущенной руки врача. Врач вводит большие пальцы обеих рук (обмотанных марлевыми салфетками для уменьшения скольжения и предотвращения прикусывания пальцев) в полость рта и накладывает их на жевательные поверхности нижних больших корневых зубов, а при их отсутствии – на альвеолярные отростки впереди от ветвей нижней челюсти. Остальными пальцами охватывает нижнюю челюсть снаружи и снизу. Постепенно усиливая давление большими пальцами на моляры, врач одновременно остальными пальцами осуществляет давление на подбородок снизу вверх (поднимает ее передний отдел). Таким образом, ветви нижней челюсти смещаются вниз, а суставные головки опускаются ниже суставных бугорков. Давлением ладоней (спереди назад) на подбородок, делают смещение суставных головок в суставные ямки, то есть суставная головка скользит по заднему скату суставного бугорка и входит в суставную впадину. В этот момент большие пальцы нужно смещать в преддверие полости рта, чтобы не препятствовать смыканию челюстей. Вправление головок сопровождается характерным хрустом, быстрым и плотным смыканием челюстей. При двустороннем вывихе нижней челюсти вправление одновременно осуществляется с двух сторон, а при одностороннем – со стороны вывиха.

После вправления вывиха больному накладывают на 1-2 дня повязку, которая фиксирует нижнюю челюсть. После снятия повязки больному рекомендуют в течение 3-4 недель не открывать широко рот.

Для предупреждения этого осложнения, врач должен фиксировать своей левой рукой нижнюю челюсть больного.

Кровотечение из ветвей небной артерии может возникнуть тогда, когда в момент продвижения щипцов одна из щечек скользит, в результате чего ранится твердое небо. При повреждении подъязычной области может развиваться воспалительный процесс в расположенной здесь клетчатке.

Разрыв слизистой оболочки. Его причиной является недостаточное предварительное отделение десен вокруг зуба и быстрое выведение зуба из лунки, что приводит к большим разрывам и отслоению слизистой оболочки альвеолярного отростка, а частично и переходной складки. Иногда происходит разрыв слизистой оболочки с обнажением края лунки и с ее последующей секвестрацией (преимущественно с язычной стороны).

На поврежденные и отслоенные участки мягких тканей после остановки кровотечения накладывают, швы.

Кровотечение. После удаления зуба из лунки, так же как из любой операционной раны, возникает кровотечение. Но при нормальных условиях через несколько минут, благодаря свертыванию крови, лунка наполняется кровяным сгустком и кровотечение прекращается.

В отдельных случаях кровотечение, которое возникло после удаления зуба, не прекращается, кровь продолжает выделяться из лунки в течение нескольких часов и даже дней.

Местные причины. Сила кровотечения, которое возникает после операции удаления зуба, зависит от объема и степени повреждения тканей. Поэтому при ранении прилегающих мягких тканей,

которое осложнило удаление зуба, длительные кровотечения наблюдаются несколько чаще. Сильные кровотечения из сравнительно больших сосудистых веточек – разветвлений межзубной артерии, возникают также в случаях отлома части альвеолы или межкорневой перегородки. Окруженные костными стенками, эти артерии не сокращаются в той же мере, что и сосуды мягких тканей, и кровоточат.

Воспалительные процессы в области удаленного зуба, вызывающие расширение сосудов и изменяющие сосудистую стенку, также являются причиной длительных кровотечений.

Для понимания причин некоторых луночковых кровотечений следует иметь в виду также влияние адреналина. Этот препарат, который вводится в ткани с раствором обезболивающего вещества, вызывает на соответствующем участке сильное сужение сосудов, ограничивая всасывание обезболивающего раствора и тем же продлевая его действие. Однако следом за ним спустя некоторое время наблюдается вторая фаза действия адреналина – расширение артериол. Поэтому нередко кровотечение из лунки (так называемое адреналиновое кровотечение) возникает через некоторый промежуток времени (1-2 часа) после проведенного удаления зуба.

Иногда кровотечение связано с повреждением аномально размещенного сосуда, который проходит в костной ткани альвеолярного отростка или же в мягких тканях, его покрывающих.

Общие причины. В первую очередь, к общим причинам кровотечений после удаления зуба принадлежат заболевания системы свертывания крови: гемофилия, тромбоцитопения и др. Кроме того, ряд заболеваний сопровождается симптомами кровоточивости: желтуха, лейкемии, некоторые инфекционные заболевания – сыпной тиф, септический эндокардит, скарлатина и др.

При гемофилии и тромбоцитопении кровотечение обусловлено изменениями физико-химических и морфологических свойств крови.

Способы остановки кровотечения после удаления зуба.

Обычно у больного появляется большой грибовидный сгусток, который наполняет лунку и покрывает альвеолярный отросток. Из-под сгустка с большей или меньшей интенсивностью течет кровь.

В этих случаях с помощью пинцета и небольшой хирургической ложки удаляют кровяной сгусток, осушают тампоном лунку и окружающие участки альвеолярного отростка и устанавливают характер кровотечения, а также расположение кровоточащего сосуда.

Ранение мягких тканей при удалении зубов – разрывы и отрывы участков десен и, особенно, повреждения твердого неба – нередко дают кровотечения артериального типа. При повреждении мягких тканей остановка кровотечения лучше всего достигается перевязкой или прошиванием сосуда, а также наложением швов. При ранениях щечками щипцов твердого неба наложение швов может быть технически неосуществимым. В этих случаях рану следует туго затампонировать полоской йодоформной марли, а ее края коагулировать. Хорошие результаты, дает наложение на кровоточащий участок мягких тканей, небольшого марлевого тампона с измельченными кристаллами марганцовокислого калия.

При кровотечении из костной стенки, чаще всего межкорневой или межальвеолярной перегородки, следует с помощью щипцов сдавить этот участок кости, спрессовать его, предварительно отсепарировав слизистую оболочку. Лучше всего для этой цели применять щипцы с несходящимися щечками, или же сдавить кость крампонными щипцами. После этого участок кости следует прикрыть мягкими тканями, сблизив края десен швами, или же закрыть этот участок йодоформным тампоном, введенным в лунку.

По большей части же кровотечение имеет капиллярный характер, а кровь поступает из глубины лунки. В этих случаях показана тампонада лунки. Предварительно небольшой хирургической ложкой следует удалить сгустки крови, проверить, нет ли в лунке свободно размещенных осколков зуба или отломанных участков ее стенок. Потом длинную полоску йодоформной марли шириной около 0,5-0,75 см вводят в лунку, начиная с ее самых глубоких участков, и, плотно прижимая марлю, наполняют альвеолу до краев. Излишек марлевой полоски отрезают ножницами. В результате этого вся раневая поверхность оказывается плотно закрытой йодоформным тампоном. При кровотечении после проведенного удаления многокорневого зуба, лунку каждого корня плотно заполняют полоской йодоформной марли.

В некоторых случаях лунку тампонируют марлевой полоской, смоченной раствором перекиси водорода, или ε-аминокапроновой кислоты.

Если при тампонаде лунки отдавливается в сторону слизистая оболочка альвеолярного отростка, целесообразно поверх тампона наложить швы и, увязав их, сблизить края раны. Чтобы предотвратить прорезывание швов, иглу следует вкалывать, отступив, по крайней мере, на 0-5-0,75 см от края десен.

На тампон, который заполнил лунку, накладывают марлевый шарик. Сжимая зубы, больной нажимает на этот шарик и на вложенный в лунку тампон. Через 30-40 минут марлевый шарик осторожно удаляют. При отсутствии кровотечения больного можно отпустить. Если же кровотечение продолжается, следует удалить все тампоны, а лунку опять старательно затампонировать.

После остановки кровотечения тампон из лунки вынимают на 4-5-й день, то есть в начале организации тромба. Лишь появление боли, а также нарастающих воспалительных явлений, может быть показанием к более раннему извлечению тампона.

Для остановки кровотечения с успехом применяется кровоостанавливающая губка (консервированная плазма крови), кровоостанавливающая марля.

Большинство кровотечений, которые возникают после удаления зуба, связано с изменениями общего характера – преимущественно с нарушениями системы свертывания крови и ломкостью сосудистой стенки. Поэтому таким больным следует также применять кровоостанавливающие средства общего действия. С этой целью внутривенно вводят 1-2 мл 5 % или 10 % раствора аскорбиновой кислоты, 5-10 мл 10 % раствора хлористого кальция, 5 % раствор ε-аминокапроновой кислоты. При длительном кровотечении эти вещества вводят повторно. Кроме того, аскорбиновую кислоту дают внутрь 3 раза в день по 0,1 г.

При кровотечениях после операции удаления зуба также назначают внутрь витамин К, который повышает способность крови к свертыванию и является хорошим кровоостанавливающим средством при геморрагических диатезах. Препарат дают 3 раза в день во время еды по 0,02-0,1 г на прием, лучше в виде 10 % спиртового раствора (от 5 до 20 капель на прием).

Очень эффективным при кровотечениях является переливание небольших доз крови (75-150 мл).

Если в амбулаторных условиях кровотечение не удалось остановить, больные должны быть госпитализированы в стационар.

Предотвращение кровотечений. В случае потребности удаления зуба больному с заболеваниями системы свертывания крови, ему предварительно следует провести соответствующее обследование (общий анализ крови, количество тромбоцитов, скорость оседания, длительность кровотечения) и проконсультироваться с врачом-гематологом. Перед оперативным вмешательством в ряде случаев может быть показана предварительная подготовка: назначение витамина С и К, хлористого кальция (внутривенно), даже переливание небольших доз крови. После проведенного удаления зуба лунку следует затампонировать на 4-5 дней, не ожидая появления длительного кровотечения.

У некоторых больных операцию удаления зуба, равно как и другие хирургические вмешательства в полости рта, необходимо проводить в условиях стационара, приняв все меры для предотвращения кровотечения и его остановки. Таким больным не следует удалять несколько зубов одновременно.

Кроме вторичных кровотечений, к числу осложнений, которые возникают после операции удаления зуба, относится альвеолит и другие воспалительные процессы, при которых входными воротами инфекции служит лунка удаленного зуба, а также наличие острых краев лунки, которые приводят к возникновению длительной боли.

Нарушение чувствительности (парестезия, гипестезия) в участке нижнего альвеолярного нерва иногда возникает в связи с его повреждением при проводниковом обезболивании. Однако, в некоторых случаях такое осложнение возникает после удаления первого, реже второго моляра. Чаще это наблюдается при вывихе элеватором остатков корней из глубоких отделов альвеолы и травмировании нервного ствола. Этому способствуют как анатомические особенности (близость сосудисто-нервного пучка к верхушкам корней зубов, которые удаляются), так и патологический процесс (чаще всего хронический периодонтит, который разрушил костную прослойку между верхушкой корня и нижнечелюстным каналом).

Явления нарушения чувствительности, особенно неприятные из-за онемения половины нижней губы (в участке разветвления подбородочного нерва), исчезают лишь в течение нескольких недель. Для ускорения возобновления нормальной чувствительности следует проводить гальванизацию.

Парез лицевого нерва, а также его отдельных ветвей развивается в единичных случаях в разные сроки после проведенной операции удаления зуба. Возникновение этих изменений связано с рефлекторным раздражением периферической нервной системы. Явления пареза проходят в разные

сроки. Для быстрого выздоровления следует проводить физиотерапию (гальванизация, фарадизация, массаж и др.).

Альвеолит (луночковые боли).

Альвеолит – воспалительное осложнение, возникающее в лунке удаленного зуба и сопровождающееся выраженным болевым синдромом.

Термин "альвеолит" предложен А.И. Верлоцким и О. М. Пименовой. Синонимами его являются: постэкстракционный альвеолоневрит, луночковая послеоперационная боль, остеомиелит лунки.

Альвеолит составляет 24-35% от числа случаев всех осложнений, которые встречаются у больных после удаления зубов.

По данным исследований, у 24,2 % больных отмеченный патологический процесс развивается на верхней челюсти и в 75,8 % – на нижней (А.А. Тимофеев, 1983). На верхней челюсти альвеолит наблюдается чаще после удаления 7-х, 6-х, 5-х, 4-х зубов, а на нижней челюсти – после удаления 8-х, 7-х, 6-х и 5-х зубов.

Разница в частоте локализации альвеолитов на верхней и нижней челюстях объясняется особенностями их анатомического строения.

Альвеолит чаще встречается у женщин (57,1 %), чем у мужчин (42,9 %). Считают, что у женщин на появление альвеолита влияет повышение уровня женских половых гормонов в период менструации, которые влияют на фибринолиз сгустка крови.

К причинам возникновения альвеолита следует отнести следующие:

1. Длительное проведение операции удаления зуба или корня, а также значительное травмирование кости и слизистой оболочки, которые инфицируются, особенно при несоблюдении больными правил гигиены полости рта. Считают, что при уменьшении в полости рта количества бактериальной микрофлоры частота альвеолитов (особенно при удалении нижних зубов) снижается.

2. Острые и обнаженные края лунки, которые остаются после удаления корня зуба, способствуют появлению в послеоперационном периоде посттравматического неврита и развитию на его фоне альвеолита.

В перечисленных случаях в участке луночкового края, трофика которого недостаточна после удаления зуба, в результате травмы, а также из-за потери слизистой оболочки и надкостницы костная ткань погибает на большем или меньшем участке. Некроз редко распространяется на весь альвеолярный сегмент удаленного зуба.

3. Отсутствие кровяного сгустка в лунке удаленного зуба. В литературе есть указания на существование факторов, которые могут препятствовать образованию или способствовать разрушению кровяного сгустка, который уже сформировался. Так, использование при анестезии сосудосуживающих препаратов ведет к длительному спазму сосудов и препятствует образованию сгустка. Нарушение процесса свертывания крови (гемофилия, псевдогемофилия, болезнь Шенлейн-Геноха, применение антикоагулянтов у больных с инфарктом миокарда, гормональные геморрагии), тампонада лунки марлевыми полосками, несоблюдение больным рекомендаций врача (полоскание полости рта после операции, курение, употребления алкоголя) также может нарушить процесс образования кровяного сгустка. Разрушение кровяного сгустка может произойти за счет фибринолитического действия слюны. Чрезмерная инфильтрация тканей раствором анестетика способствует образованию большого числа "сухих лунок", которое может быть также причиной развития альвеолита.

4. Возникновению альвеолита, могут способствовать недостаточное отслаивание зубодесневой связки, неправильный выбор инструмента для проведения операции, аномалия расположения зубов и др.

5. Существенную роль в возникновении альвеолитов играет инфицирование лунки. Микроорганизмы могут проникать в рану из одонтогенных и неодонтогенных очагов хронического инфицирования, которые существуют в виде гранулёмы или грануляционной ткани, на слизистой оболочке полости рта, носа, носоглотки, а также в самой лунке.

6. Наличие хронических очагов инфекции вызывает сенсбилизацию организма больного, которая приводит к изменению иммунологической реактивности организма. Сенсбилизация, в свою очередь, приводит к ослаблению защитных реакций, а повторное инфицирование лунки вызывает развитие воспаления в ней.

У больных альвеолитом, при разной тяжести течения патологического процесса, зарегистрировано снижение показателей фагоцитарной активности нейтрофильных гранулоцитов крови, активности лизоцима в сыворотке крови и слюне, а также ослабление бактерицидных свойств кожи, то есть снижение неспецифической реактивности организма.

По клиническому течению альвеолит разделяется на **острый и хронический**.

В клинической картине острого альвеолита выделяют три формы воспаления: серозное, гнойное и гнойно-некротическое (ограниченный остеомиелит лунки). Каждая клиническая форма заболевания характеризуется особенностями клинического проявления и патологического изменения содержимого лунок.

Острый серозный альвеолит

При серозном альвеолите на 2-3-и сутки после удаления зуба больные жалуются на непостоянную ноющую боль, которая усиливается во время приема пищи (по-видимому, она предопределена невритом луночкового нерва). Общее состояние больного не нарушается. Температура тела, как правило, не повышается. Лунка удаленного зуба обычно зияет, или наполнена сгустком, который частично распался, десны в участке лунки гиперемированы, отёчны и болезненны. В некоторых случаях лунка зуба может быть заполнена остатками кровяного сгустка, на поверхности которого находятся остатки пищи. В иных же случаях в лунке может находиться кровяной сгусток, который распался, остатки пищи и слюна. Региональные лимфатические узлы не увеличены. Серозный альвеолит длится около одной недели.

Острый гнойный альвеолит

При гнойном альвеолите на 3-4-е сутки после удаления зуба у больных появляются интенсивная постоянная боль с иррадиацией по ходу ветвей тройничного нерва, гнилостный запах изо рта, слабость, недомогание. Температура тела повышается до 37,5-38,0 С. Кожные покровы бледные, иногда есть асимметрия лица, возникающая за счет отека мягких тканей на стороне удаленного зуба. Региональные лимфатические узлы увеличены, при пальпации болезненные. Открывание рта болезненно. Слизистая оболочка альвеолярного отростка вокруг лунки удаленного зуба гиперемирована, отёчна, болезненная, альвеолярный росток утолщен. Послеоперационная рана заполнена некротическими массами и покрыта серым налетом с резким, неприятным запахом. Причина этого видится в том, что в результате травмы отсутствует биологическая связь между костной поверхностью лунки, которая начинает омертвевать и разможенными отмирающими мягкими тканями и тромбом. В таком случае тромб в альвеоле становится неживым органическим веществом, являющимся хорошей питательной средой для гнилостных бактерий, которые всегда находятся в полости рта. Поэтому тромб, образовавшийся после удаления зуба, под воздействием сапрофитов в результате гниения распадается.

Острый гнойно-некротический альвеолит

При дальнейшем развитии процесс переходит в гнойно-некротический, что по существу, можно рассматривать как острую фазу ограниченного остеомиелита лунки удаленного зуба. Доминирующим симптомом является неутрачиваемая, непрерывная, пульсирующая боль, которая при локализации процесса на нижней челюсти иррадирует в висок и ухо, возникает боль в соседних зубах. Появляется слабость, сильная головная боль. Температура тела 37,6-37,8 °С и выше, иногда бывает озноб. Больной не спит, нарушается работоспособность. Слизисто-надкостничные края раны, в зависимости от области и степени их повреждения, имеют грязный зелено-коричневый оттенок. Сгусток крови в лунке отсутствует, дно и ее стенки покрыты грязно-серой массой со зловонным запахом. Слизистая оболочка, окружающая лунку, краснеет, отекает, надкостница инфильтрируется и утолщается. Пальпация альвеолярного отростка с вестибулярной и оральной сторон в области лунки и на соседних областях резко болезненна. При перкуссии зубов, расположенных рядом, возникает боль. Околочелюстные мягкие ткани отёчны, подчелюстные лимфатические узлы увеличены, плотные, болезненные при пальпации. При остеомиелите лунки одного из больших коренных зубов вследствие распространения воспалительного процесса на область медиальной крыловидной или жевательной мышц, бывает ограничение открывания рта. Длительность острого периода 12-14 дней.

Через 12-14 дней явления острого воспаления уменьшаются, процесс переходит в подострую стадию. Боль и зловонный запах из полости рта значительно уменьшаются, края раны очищаются, исчезает белый налет со стенок лунки, они заполняются грануляционной тканью. Лимфаденит и субфебрильная температура исчезают. На рентгеновском снимке, который выполнен в подостром периоде, костная ткань имеет «мраморный» рисунок. Это предопределено тем, что участки костной ткани с сниженным содержанием солей темнее, их структура размыта. Напротив, участки костной ткани с нормальным содержанием солей более светлее и имеют структуру здоровой ткани.

Хронический гипертрофический (гнойный) альвеолит (хронический ограниченный остеомиелит лунки)

Для хронического гипертрофического (гнойного) альвеолита, наступающего через 3-4 недели, доминирующим симптомом является разрастание грануляционной ткани, которая начинается со дна

лунки. Между краями раны грануляционная ткань часто разрастается в виде цветной капусты. При надавливании на нее, из грануляций выделяется жидкий гнойный экссудат. Слизистая оболочка альвеолярного отростка имеет синюшный цвет, отёчна, гиперемирована. При инструментальном обследовании между костной стенкой альвеолы и гипертрофическими разрастаниями можно обнаружить щелевидное пространство, а также мелкие секвестры (обычно до конца 3-й недели они подвижны). Течение хронической формы гнойного альвеолита характеризуется постепенным стиханием боли в альвеолярном отростке, уменьшением региональных лимфатических узлов, нормализацией температуры тела и улучшением общего состояния больного. Патологический процесс уменьшается до конца 3-й недели, и если больного не оперировали, то костные секвестры могут отходить в течение 4-й недели самостоятельно, после чего наступает выздоровление. На рентгеновском снимке, выполненном в хронической стадии, видны участки затемнения (секвестры). Такие участки окружены черной полоской с неровными краями в виде кружева и имеют более или менее выраженную величину и едва различимую структуру.

Следует отметить, что при наличии сопутствующей патологии (эндокринные заболевания, заболевания внутренних органов), альвеолит имеет более тяжелое течение. Так, у больных сахарным диабетом при альвеолите резко выражена местная воспалительная реакция. Кроме того, у больных с сахарным диабетом возникает синдром взаимного отягощения, что, в первую очередь, выражается в увеличении уровня сахара в крови на фоне уже имеющейся гипергликемии. У пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, печени и сахарным диабетом значительно замедляются репаративные процессы в области осложненных ран.

Лечение альвеолитов

Лечение альвеолитов должно быть этиопатогенетическим. В остром периоде альвеолита проводят ревизию лунки. Она заключается в удалении из альвеолы остатков пищи, распавшегося кровяного сгустка, осколков костной ткани и отломков зубов. Для этого под местной проводниковой или терминальной анестезией, лунку удаленного зуба промывают теплыми растворами антисептиков (фурацилина 0,02%, хлоргексидина биглюконата 0,5%, диоксида 0,5%, перекиси водорода 3%, калия перманганата 0,1-0,5%, хлорамина 0,5-1%), антибиотиков (линкомицина гидрохлориду 30%, микроцида, гентамицину сульфата 4%), ферментов (трипсина, химотрипсина, химопсина, террилитина).

Если после промывания в лунке остаются остатки кровяного сгустка, осколки костной ткани и отломки зубов, их осторожно удаляют при помощи пинцета или костной ложки Фолькмана. При этом не следует делать кюретаж (выскребание) и коагуляцию стенок альвеолы, чтобы не повредить вновь образованного грануляционного вала на стенках лунки.

На клиническое течение альвеолитов нижней челюсти благотворно влияет региональная новокаиновая блокада нижнечелюстного нерва и его ветвей. Действие новокаиновой блокады двойное: в стадии серозного воспаления процесс может быть остановлен, а при наличии нагноения возникает быстрое отмежевание и стихание воспаления.

После ревизии лунку опять промывают раствором антисептика, антибиотика или фермента, высушивают марлевым тампоном и закрывают марлевой турундой. Перед тем как ввести марлевую полоску в лунку, ее пропитывают медикаментозными средствами, имеющими бактериостатический, бактерицидный, противовоспалительный и обезболивающий эффекты, и стимулируют репаративные процессы в лунке. Введение тех или иных препаратов зависит от фазы воспалительного процесса.

Для лечения альвеолитов можно вводить в лунку зуба турунду, пропитанную 10-20% камфарным маслом с анестетиком (анестезином).

С целью лечения этого патологического процесса применяют протеолитические ферменты – трипсин, химотрипсин, химопсин. Их растворяют в изотоническом растворе натрия хлорида или 0,25% растворе новокаина (10 мг фермента в 5-10 мл растворителя). Энзимотерапия способствует очищению лунки зуба от некротических тканей, но она не сокращает срока заживления раны.

Можно одновременно применять растворы перекиси водорода, микроцида, риванола, фурацилина, химопсина и др.

При лечении острых альвеолитов также промывают лунки зубов теплым раствором фурацилина и трипсина (химотрипсину) с последующим заполнением их антибактериальной энзимо-анестезирующей пастой, приготовленной на 0,25% растворе новокаина или изотонического раствора натрия хлорида. Паста готовится перед использованием. Она состоит из 1,25 части одного-двух антибиотиков (300 000 ОД), 0,5 части сульфаниламидов, 5 мг трипсина (химотрипсину) и 0,25 части анестезина.

Для лечения альвеолита применяют антистафилококковую плазму. После промывания лунки теплым раствором антисептика и удаления из нее остатков пищи и распавшегося кровяного сгустка, в ее полость помещают марлевую полоску, пропитанную антистафилококковой плазмой. Лечебные процедуры проводят ежедневно до ликвидации воспаления. Использование этого препарата вызывает нейтрализацию токсина, который выделяется стафилококками, и создает благоприятные условия для заживления лунки.

Для лечения этого заболевания используют препарат пчелиного яда (венапиолин-1), который имеет обезболивающее и противовоспалительное действие. Его вводят под слизистую оболочку переходной складки, в участке удаленного зуба, в 1-е сутки в количестве 0,3 мл, на 2-е - 0,5 мл, на 3-и - 0,8 мл. Эффект от применения препарата наступает на 2-3-и сутки от начала лечения, при этом лунка не тампонируется.

При лечении альвеолитов у больных сахарным диабетом можно вводить в полость лунки зуба турунду, смоченную раствором, который состоит из 20 ЕД инсулина, 5 мл фурацилина 1:1000 и 1 мл 5% раствора витамина В₁. Применяют также препарат дефлагин, содержащий концентрированные растворы тиосульфата натрия, мочевины и 10 % масляный раствор анестезина. Препарат нетоксичен, оказывает противовоспалительный, противотечный, некролитический, бактериостатический и гипосенсибилизирующий эффекты.

Для лечения альвеолитов применяют спиртовой раствор аира. Сначала лунку зуба промывают настойкой аира на 70° спирте, потом на 20-30 мин в нее вводят марлевую турунду, смоченную в спиртовом растворе аира. Сверху рану накрывают марлевым тампоном, пропитанным тем же раствором.

У больных альвеолитом после обезболивания и ревизии лунки зуба, ее можно заполнять турундой, смоченной эктерицидом или 50% раствором димексида с оксациллина натриевой солью (40% линимент димексида). Установлено, что эктерицид имеет активность по отношению моно- и полирезистентных штаммов микроорганизмов, которые выделены из инфицированных постэкстракционных лунок (В.Ф. Чистякова и соавт., 1981).

Находят применение при лечении воспалительных осложнений, которые возникают после удаления зубов, антибактериальный препарат диоксидин и гидрофильные мази: левосин, левомеколь, левонорсин и др.

Разработана новая врачебная форма 5 % хлорацетофосовая мазь, которая изготовлена на касторово-ланолиновой основе, позволяющей вводить ее на турунде в лунку зуба.

При сильной боли можно также вводить в полость лунки зуба марлевую полоску, пропитанную эмульсией синтомицина. При возобновлении боли лунку обрабатывают повторно через 1-2 дня.

Для лечения альвеолита используют смесь, приготовленную из бактерицидной жидкости Горгиева и 0,1 % раствора лизоцима в соотношении 1:1. Бактерицидная жидкость Горгиева содержит свыше 90 % воды, 0,5-0,9 % раствора хлорида натрия, 4-6 % рыбьего жира и продуктов его окисления. До сих пор отсутствуют сведения о существовании штаммов микроорганизмов, устойчивых к данному препарату.

При лечении альвеолитов применяют физиотерапевтические методы. Используют флюктуоризацию, имеющую обезболивающее действие, ускоряющую ход репаративных процессов, стимулирующую регенерацию. Для лечения этого заболевания применяют также лазерную терапию. Излучение гелий-неонового лазера имеет противовоспалительное действие, нормализует микроциркуляцию, снижает проницаемость сосудов, имеет выраженный анальгетический эффект, стимулирует регенерацию тканей и др. Параметры облучения: плотность мощности 100-200 мВт/см², экспозиция – 2 мин.

Рекомендовано использовать для лечения альвеолитов магнитофоры, являющиеся источником постоянного магнитного поля. Они изготавливаются из эластичной медицинской резины с добавлением магнитного порошка, в частности феррита бария. Их можно кипятить, стерилизовать в автоклаве.

Физиотерапия, как метод лечения альвеолитов, нашла применение в комплексной терапии, что сократило сроки заживления инфицированных лунок зубов.

В последние годы стали широко применять иглоукалывание, оказывающее болеутоляющее действие, повышающее общую реактивность организма и создающее своеобразный фон для благоприятного течения заболевания и более быстрого излечения.

Все манипуляции при лечении альвеолита, по мнению О. О. Тимофеева, нужно проводить под местной проводниковой анестезией, которая кроме обезболивающего эффекта благоприятно влияет на ход воспалительного процесса.

Первая замена тампона осуществляется через 1 сутки, а в дальнейшем – через 3-4 дня (до исчезновения боли).

В гнойно-некротической фазе острого альвеолита больному назначают антибиотики (гентамицин сульфат, линкомицин гидрохлорид, фузидин-натрий), сульфаниламиды (сульфадиметоксин, сульфамонетоксин, сульфален, бисептол), гипосенсибилизирующие (димедрол, пипольфен, супрастин, диазолин, тавегил, задитен), противовоспалительные (ацетилсалициловая кислота и ее производные, бутадиион, парацетамол, кислота мефенамовая).

В хронической стадии альвеолита при наличии секвестров, то есть до конца 3-й и в начале 4-й недели, делают секвестрэктомию.

Острые костные края лунки

В тех случаях, когда после удаления зуба не была проведена надлежащая обработка раны и были оставлены выступающие острые костные края лунок, могут возникать также длительные боли. При заживлении раны мягкие ткани натягиваются над острыми краями лунки, что приводит к сдавливанию расположенных в них нервных веточек.

В отличие от болей, которые наблюдаются в случаях распада сгустка, при наличии острых краев, заживление лунки не нарушается. Воспалительных явлений в участке альвеолярного отростка и болезненности лимфатических узлов нет. Ощупывание пальцем краев лунки позволяет определить болезненный участок.

Со временем эти костные выступы рассасываются, однако, чтобы освободить больного от тяжелых болевых ощущений, следует оперативным путем удалить острые края альвеолы – провести операцию **альвеолектомии**. Для этого по гребню альвеолярного отростка проводят линейный разрез до кости, от концов которого в некоторых случаях в направлении к переходной складке делают два разреза, формируя трапециевидный слизисто-надкостничный лоскут. Отделив лоскут распатором от кости, и обнажив костные выступы, удаляют их костными кусачками или долотом. На рану накладывают узловатые швы.

РЕЗЕКЦИЯ ВЕРХУШКИ КОРНЯ (апикоектомия, гранулемектомия) применяется с целью сохранения зубов при разных формах хронического периодонтита. Чаще операцию проводят на однокоренных зубах верхней и нижней челюстей, реже – на малых и больших корневых зубах.

Ошибки в определении показаний и противопоказаний приводят к неудовлетворительному результату после резекции верхушки корня.

ПОКАЗАНИЯ:

- перелом верхней трети корня;
- искривление верхушки корня;
- препятствия проведения заапикальной терапии;
- перелом инструмента в корневом канале;
- избыточное введение пломбировочного материала и распространение его под надкостницу;
- перфорация корня зуба у его верхушки;
- поднадкостничные гранулёмы;
- прикорневые кисты, в полости которых находятся верхушки корней зубов.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:

- пародонтит;
- острый и обостренный хронический периодонтит;
- подвижность зуба;
- вовлечение в патологический процесс более одной трети верхушки зуба при кистах;
- апиколатеральные и латеральные гранулёмы;
- изменение цвета корня зуба;
- отсутствие части передней стенки альвеолы;
- преклонный возраст пациента (после 60 лет).

Методика операции: под местным обезболиванием делают трапециевидный или полукруглый разрез слизистой оболочки и надкостницы до кости, основой к переходной складке. Размеры лоскута должны превышать "костное окно", которое будет образовано при удалении гранулёмы или кисты на 0,5-1,0см. Лоскут отслаивается распатором от альвеолярного края к переходной складке. Если при отслаивании лоскута определяется "костное окно", то оно расширяется костными кусачками к периферическим пределам патологического очага. Гладилкой или костной ложкой удаляют гранулёму (кисту) и освобождают верхушку корня причинного зуба. Фиссурным бором удаляют (резецируют) верхушку корня и расположенную за ним оболочку кисты или остатки

гранулёмы. Резецированная поверхность корня должна быть косою и располагаться внешне, чтобы хорошо был виден пломбировочный материал в корневом канале. Удаляются грануляции, полость промывается растворами антисептиков: 0,5% раствором хлоргексидина биглюконата, 1% раствором диоксидина, заполняется веществами, которые способствуют оптимизации процессов регенерации: костной мукой, порошком гидроксиапатита, колаполом и т. д. При недопломбировании корневого канала на ½ проводят ретроградное (во время операции) пломбирование корневого канала. Лоскут укладывается на место и фиксируется кетгутowymi швами.

ГЕМИСЕКЦИЯ ЗУБА проводится на жевательных зубах нижней челюсти – первом и втором моляре.

ПОКАЗАНИЯ:

- наличие костных карманов в области одного из корней премоляра или моляра;
- перфорация бифуркации и корневого канала в его верхней части;
- не запломбированные корневые каналы из-за их искривления.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:

- подвижность зуба;
- нарушение соотношения величины коронки и корня;
- наличие глубоких костных карманов у обоих корней, или у корня, который сохраняется;
- недопломбированный корневой канал, который подлежит сохранению.

Методика операции: после эндодонтического лечения и наложение пломбы коронка зуба разрезается с помощью диска до бифуркации, бифуркация разрушается тонким фиссурным или конусообразным алмазным бором до появления подвижности сегментов. Часть коронки вместе с корнем удаляется с помощью клювовидных щипцов. Чаще удаляется медиальный корень в связи с трудностями пломбирования каналов этого корня.

КОРОНОРАДИКУЛЯРНАЯ СЕПАРАЦИЯ – рассечение зуба на две части (применяется при лечении моляра нижней челюсти) в участке бифуркации со следующим тщательным сглаживанием краев, которые нависают; проведение кюретажа области между корневого патологического кармана и покрытие каждого из сегментов корня коронкой.

ПОКАЗАНИЯ:

- межкорневая гранулёма;
- перфорация дна пульповой камеры с разрезанием верхушки межкорневой перегородки;
- отлом коронки до бифуркации.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:

- подвижность зуба;
- недопломбированные корневые каналы.

Методика операции: под проводниковой анестезией с помощью двустороннего диска разделяют коронку до бифуркации, бифуркацию разрушают фиссурным или конусообразным алмазным бором, удаляют грануляции, рану промывают антисептическим раствором, назначают полоскание. После выполнения оперативного вмешательства на область патологического кармана, который образовался, накладывают защитную повязку, и фрагменты зуба фиксируют шиной, фиксируя ее на соседние зубы.

Через три недели после операции на оба фрагмента коронки зуба изготавливают коронки и спаивают их между собой.

РЕПЛАНТАЦИЯ ЗУБА – пересадка удаленного зуба в его же альвеолу.

ПОКАЗАНИЯ:

- Многокорневые подвижные зубы, как правило, нижней челюсти с запломбированными корневыми каналами не до верхушки корня, то есть с воспалительным процессом;
- Недопломбировка корневых каналов и разрушение части лунки и подвижности зуба (когда резекция не показана);
- Пародонтит.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:

- Значительная подвижность зуба;
- Разрушение стенок лунки;
- Перелом корня во время удаления зуба или отлом стенки лунки;
- Отсутствие на корне зуба не минерализованного цемента и появление на нем участков округлой или овальной формы, желтого цвета, которые лишены мягко-тканного розового покрова;

- Заболевания, которые подавляют процессы регенерации костной ткани.

Методика операции: после удаления зуба с минимальной травмой его окунают в теплый (t 37°C) изотонический раствор хлорида натрия с добавлением антибиотиков. НЕЛЬЗЯ хранить зуб, который реплантируется, в формалине или спирте. Лунку очищают от грануляций, промывают раствором антибиотиков. В асептических условиях поводят механическую очистку корневых каналов и кариозной полости зуба, пломбируют фосфатным цементом или быстро отвердевающей пластмассой. Резецируют верхушку корня, бором расширяют и углубляют культю корня в пределах цементной границы и пломбируют амальгамой или пластмассой, после чего вставляют в лунку. Однокоренные зубы фиксируют на две недели быстротвердеющей пластмассой или металлической шиной. Многокорневые зубы можно не фиксировать. На весь срок иммобилизации зуба назначают суровый гигиенический уход за полостью рта и диету.

4. План и организационная структура учебного занятия по дисциплине.

№ п/п	Этапы занятия	Распределение времени	Виды контроля	Средства обучения
1.	Подготовительный этап	15 мин	Устный опрос по перечню вопросов. Письменное тестирование.	Компьютер (ноутбук). Мультимедийные методические разработки. Анатомические муляжи. Видео- и фотоматериалы. Электронные справочники. Рентгенограммы, ортопантограммы, томограммы. Набор инструментария. Результаты лабораторных, цитологических и гистологических исследований.
1.1	Организационные вопросы			
1.2	Формирование мотивации			
1.3	Контроль исходного уровня подготовки (стандартизированные средства контроля)			
2.	Основной этап (указать все виды работ, которые выполняют студенты во время этого этапа).	60 мин	Практический тренинг. Решение клинических задач. Создание алгоритмов врачебных действий, профессиональный тренинг.	
3.	Заключительный этап	15 мин	Тестирование. Практические задания. Ситуационные и нетипичные задачи. Устный опрос.	
3.1	Контроль конечного уровня подготовки			
3.2	Общая оценка учебной деятельности студента			
3.3	Информирование студентов о теме следующего занятия			

4.5. Виды самостоятельной работы студентов.

1. Выучить такие вопросы:

- 1.1. Этиология воспалительных процессов челюстно-лицевой области .
- 1.2. Патогенез воспалительных процессов челюстно-лицевой области.
- 1.3. Классификация воспалительных процессов челюстно-лицевой области .
- 1.4. Строение периодонта.
- 1.5. Функции периодонта.
- 1.6. Причины периодонтитов.
- 1.7. Классификация периодонтитов.

- 1.8. Клиника острого гнойного периодонтита.
- 1.9. Клиника острого серозного периодонтита.
- 1.10. Диагностика острого периодонтита.
- 1.11. Лечение острых периодонтитов.
- 1.12. Клиника гранулирующего периодонтита.
- 1.13. Клиника гранулематозного периодонтита.
- 1.14. Клиника фиброзного периодонтита.
- 1.15. Рентгенологические признаки периодонтитов и их оценка.
- 1.16. Реплантация. Показания и противопоказания, методика проведения, возможные ошибки и осложнения.
- 1.17. Гемисекция. Показания и противопоказания, методика проведения, возможные ошибки и осложнения.
- 1.18. Ампутация корня. Показания и противопоказания, методика проведения, возможные ошибки и осложнения.
- 1.19. Коронаро-радикулярная сепарация. Показания и противопоказания, методика проведения, возможные ошибки и осложнения.

2. Тестовые задания с одним правильным ответом ($\alpha=\Pi$):

2.1. По классификации Лукомского острый периодонтит разделяют на:

- A. Серозный и гнойный.
- B. Фиброзный, гранулирующий.
- C. Фиброзный, гранулирующий, гранулематозный.
- D. Маргинальный, апикальный.
- E. Все ответы правильные.

(Правильный ответ: A)

2.2. При остром серозном периодонтите изменения на рентгенограмме:

- A. Отсутствуют.
- B. Незначительное расширение периодонтальной щели.
- C. Сужение периодонтальной щели.
- D. Очаг деструкции костной ткани округлой формы в диаметре до 5 мм.
- E. Очаг деструкции костной ткани с нечеткими границами.

(Правильный ответ: A)

2.3. Лечение острого гнойного периодонтита фронтального зуба верхней челюсти заключается в:

- A. Удалении зуба.
- B. Создании оттока экссудата через корневой канал.
- C. Проведении вскрытия по переходной складке в участке причинного зуба.
- D. Назначении анальгетиков.
- E. Все ответы верны.

(Правильный ответ: B)

3. Тестовые задания с множественным выбором:

3.1. Назовите этапы операции удаления зуба:

- A. наложение щипцов;
- B. продвижение щипцов;
- C. смыкание щипцов (фиксация);
- D. вывих зуба (люксация или ротация зуба);
- E. выведение зуба из лунки (тракция).

(Правильный ответ: A, B, C, D, E).

3.2. Укажите местные осложнения операции удаления зуба:

- A. обморок;
- B. перелом коронки зуба или его корня;
- C. вывих и перелом соседних зубов;
- D. отрыв бугра верхней челюсти;
- E. перелом нижней челюсти

(Правильный ответ: B, C, D, E).

3.3. Назовите методы хирургического лечения хронических периодонтитов:

- A. резекция верхушки корня;
- B. гемисекция;
- C. коронарорадикулярная сепарация;

Д. периостотомия;

Е. цистотомия.

(Правильный ответ: А,В,С).

4. Задачи для самоконтроля:

4.1. Больной жалуется на резкую постоянную боль в области 21 зуба, иррадирующую в глаз и висок. Применение холода уменьшает боль, тепло усиливает. Отмечает ощущение «выросшего» зуба, прикосновение к нему вызывает усиление боли. Объективно: на небной поверхности коронки 21 есть глубокая кариозная полость, десны около зуба гиперемированы, отёчны, перкуссия зуба резко болезненна, наблюдается подвижность зуба I-II степеней. На рентгенограмме альвеолярного отростка изменений не наблюдается. Поставьте диагноз, составьте план лечения.

(Правильный ответ: Острый гнойный периодонтит 21. Зуб подлежит медикаментозному лечению (раскрытие корневого канала для обеспечения оттока экссудата, медикаментозная обработка корневого канала).

4.2. Больной жалуется на сильную, пульсирующую боль в области 35, наличие в зубе кариозной полости. Зуб раньше не лечён. Объективно: перкуссия зуба резко болезненна, зуб подвижен, десны отёчны, гиперемированы, увеличены и болезненны поднижнечелюстные лимфоузлы. Поставьте диагноз, составьте план лечения.

(Правильный ответ: Острый гнойный периодонтит 35. Зуб подлежит медикаментозному лечению (раскрытие корневого канала для обеспечения оттока экссудата, медикаментозная обработка корневого канала).

4.3. Больной обратился с жалобами на постоянную боль в 34 зубе, которая усиливается при накусывании. Неделию тому назад на зуб была наложена герметичная повязка с мышьяковистой пастой. Боль уменьшилась, на повторный прием к врачу не обратился. Объективно: в 34 временная пломба на жевательной поверхности, перкуссия резко болезненна, зуб устойчив, десны в области корня без патологических изменений. Поставьте диагноз, составьте план лечения.

(Правильный ответ: Острый серозный периодонтит 34, возникший в результате токсического воздействия мышьяковистой пасты (мышьяковистый периодонтит). Зуб подлежит медикаментозному лечению (раскрытие корневого канала для обеспечения оттока экссудата, медикаментозная обработка корневого канала).

4.6. Перечень индивидуальных заданий (рабочей учебной программой по предмету не предусмотрено).

4.8. Перечень теоретических вопросов к итоговому модульному контролю.

1. Подготовка пациента и полости рта к операции удаления зуба.

2. Операция удаления зуба. Этапы. Особенности удаления отдельных групп зубов и корней на верхней и нижней челюстях.

3. Осложнения при удалении зубов и корней на верхней и нижней челюстях. Диагностика, лечение.

4. Инструментарий для типичного и атипичного удаления зуба, его назначение, действие.

5. Инструментарий для удаления зубов и корней на верхней челюсти. Строение и правила использования.

6. Инструментарий для удаления зубов и корней на нижней челюсти. Строение и правила использования.

7. Атипичное удаление зубов. Методика. Уход за послеоперационной раной.

8. Виды и сроки заживления послеэкстракционной раны.

9. Атипичное удаление ретенированных и дистопированных зубов. Показания. Методика выполнения операции. Альвеолектомия. Осложнения и их лечение.

10. Кровотечение после удаления зуба: причины, методы остановки, профилактика.

11. Альвеолит: этиология, лечение. Уход за раной в послеоперационном периоде.

12. Луночковая боль: этиология, клиника, лечение.

13. Тактика врача при перфорации дна верхнечелюстной пазухи во время удаления зуба.

14. Тактика врача при проталкивании зуба в верхнечелюстную пазуху.

15. Тактика врача при проталкивании зуба в ткани дна полости рта.

16. Профилактика осложнений операции удаления зуба.

17. Острый периодонтит. Классификация, клиника, диагностика, лечение.

18. Хронический периодонтит. Классификация, клиника, диагностика, лечение.

19. Хирургические методы лечения хронического периодонтита.

20. Причины обострения хронического периодонтита, патогенез, лечение осложнений.

4.9. Перечень практических заданий и работ к итоговому модульному контролю (из типовой учебной программы).

1. Провести опрос пациента с патологией челюстно-лицевой области.
2. Провести клиническое обследование пациента с патологией челюстно-лицевой области.
3. Оформить амбулаторную карту пациента, установить диагноз, составить план лечения пациента с патологией челюстно-лицевой области.
4. Выполнить любой метод местного обезболивания в челюстно-лицевой области.
5. Интерпретировать результаты дополнительных методов обследования (лабораторных, клинических, биохимических, специальных).
6. Провести типичную операцию удаления зуба.
7. Провести атипичную операцию удаления зуба.
8. Уметь остановить кровотечение после удаления зуба.
9. Установить диагноз та оказать помощь пациенту с альвеолитом и альвеолоневритом.
10. Сделать резекцию верхушки корня.
11. Сделать гемисекцию.
12. Сделать реплантацию.
13. Сделать ампутацию корня.
14. Сделать коронорадикулярную сепарацию.

6. Рекомендованная литература.

Основная литература.

4. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; в 2 т. - Т.2/ В.О. Маланчук, І.П.Логвіненко, Т.О.Маланчук, О. Л. Циленко - К.: ЛОГОС, 2011. - С. 145-213.
5. 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.
6. Перевод из издания: Терапевтическая стоматология: учебник; В 4 т. - Т. 2. Карисес. 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.

Дополнительная:

8. Заусаев В.И., Наумов П. В., Новоселов Р.Д. и др. Хирургическая стоматология. М.: Медицина, 1981. - С. 24-41.
9. Основы хирургической стоматологии. / Бернадский Ю.И., К.: Высшая школа, 1994. - С. 23-39.
10. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области. - Киев: Высшая школа, 1999. - 389 с.
11. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. - М.: Медицина, 2003. - 504 с.
12. Хирургическая стоматология. / Под ред. проф. П. Г.Робустовой. М., Медицина, 1990.
13. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Т.1., К.: "Червона-Рута-Турс". 1997 - С. 70-76.
14. Шаргородский А.Г. Руководство к практическим занятиям по хирургической стоматологии. М.: Медицина. 1976.- С. 41-48.

№ 4. Болезни прорезывания зубов – ретенция, дистопия: клиника, диагностика, лечение.

Перикоронарит, периостит челюстей: этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение.

1. КОНКРЕТНЫЕ ЦЕЛИ:

- 1.1 Знать клинические проявления дистопии и ретенции, методы их диагностики и лечения
- 1.2 Уметь обследовать больного; установить диагноз; назначить и трактовать дополнительные методы обследования; наметить план лечения при болезнях прорезывания зубов
- 1.3 Знать классификацию перикоронаритов, клинику, основные симптомы перикоронаритов, основные принципы лечения
- 1.4 Уметь определить течение перикоронарита, его форму, составить план обследования больного с перикоронаритом, определить показания к удалению зуба «мудрости», провести обезболивание (местное) при хирургическом лечении по поводу, перикоронарита, провести рассечение капюшона над зубом «мудрости» или его иссечение по показаниям, провести удаление зуба «мудрости» (по показаниям)
- 1.5 Знать классификацию одонтогенных периоститов челюстей, клинику, основные симптомы острых и хронических периоститов челюстей

1.6 Усвоить методы диагностики, общие принципы лечения

1.7 Уметь диагностировать течение периостита, его форму, составить план обследования больного с одонтогенным периоститом, сделать обезболивания (местное) при хирургическом лечении острого периостита, сделать разрез при периостите (с рассечением надкостницы)

20. БАЗОВЫЙ УРОВЕНЬ ПОДГОТОВКИ

Названия предыдущих дисциплин	Полученные навыки
5. 1. Этика и деонтология	Установить психологический контакт с больным
6. 2. Нормальная анатомия	Знать анатомическое строение челюстей и зубов
7. 3. Нормальная физиология	Знать функциональные возможности зубов и челюстей в норме
4. Патоморфология	Описывать морфо-функциональные изменения в челюстях при ретенции, дистопии, перикоронарите, периостите
5. Пропедевтика внутренних болезней	Применять методы обследования больного при различных видах патологии прорезывания зубов, перикоронарите, периостите
6. Рентгенология	Уметь описать рентгенологические снимки челюстей
7. Клиническая фармакология	Знать действие, показания к применению, противопоказания, дозировку, схемы назначения медикаментозных препаратов применяемых при лечении патологии прорезывания зубов, перикоронарите, периостите

3. ОРГАНИЗАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА.

Ретенция зуба (задержка) - задержка сроков прорезывания нормально сформированного постоянного зуба. Различают полную и неполную ретенцию. Полная ретенция - когда непрорезавшийся зуб полностью находится в костной ткани. Полная ретенция имеет 3 степени:

I степень - толщина костной ткани от коронки ретинированного зуба до альвеолярного края челюсти (рентгенологически) не превышает 1 мм.

II степень - толщина костной ткани над ретинированным зубом от 1 до 3мм.

III степень - толщина костной ткани над зубом превышает 3 мм.

Полуретенция - неполное прорезывание зуба через костную ткань челюсти или слизистую оболочку.

Дистопия - неправильное положение прорезавшегося зуба в зубном ряду, или аномальное положение зуба в челюсти. Встречаются также сверхкомплектные зубы.

Ретенция наблюдается при прорезывании постоянных зубов, чаще - верхних клыков и нижних зубов „мудрости“, реже - малых коренных зубов и верхних зубов „мудрости“.

Дистопированными чаще бывают нижние зубы „мудрости“, реже — верхние клыки и зубы „мудрости“, а также премоляры. Дистопия на верхней челюсти отмечается в вестибулярную сторону, твердое небо, собственно в полость рта, в сторону передней стенки и скулового отростка верхнечелюстной кости. На нижней челюсти - в сторону преддверия полости рта, в тело, угол и ветвь нижней челюсти.

Причины задержки прорезывания зубов окончательно не выяснены, однако клинические наблюдения побуждают исследователей связывать ретенцию с такими основными группами факторов;

- обменные факторы и инфекция;

-филогенетические факторы;

-местные факторы.

К числу факторов первой группы относят: эндокринные нарушения (в особенности щитовидной и паращитовидной желез), рахит, сифилис, авитаминозы и т.д. В результате этих общих неблагоприятных влияний на организм ребенка может развиваться диспропорция между темпами развития отдельных частей челюсти, нарушение формирования или гибель зубных зачатков.

Филогенетический фактор: в процессе филогенеза человека происходит постепенное уменьшение размера челюстей; при этом число зубов и их размеры остаются практически стабильными. В результате указанной диспропорции зубам, которые прорезываются, чаще всего не хватает места в зубном ряду. Благодаря этому, они остаются в толще альвеолярного отростка или тела челюсти. Кроме того, альвеолярный отросток, который содержит полный комплект зубных зачатков, не всегда может поместиться на теле челюсти, а потому он распространяется на внутреннюю поверхность ветви нижней челюсти, где невозможное прорезывание зуба мудрости (третьего моляра).

К факторам местного характера относят:

- интоксикация зачатка постоянного зуба продуктами воспаления вокруг молочного зуба;
- задержка молочного зуба в лунке и перекрытие им пути для прорезывания постоянного зуба;
- сращение задержанного зуба с корнем соседнего зуба, который прорезывается;
- слишком ранняя потеря молочного зуба и связанное с этим образование плотного рубца на альвеолярном гребне;
- конвергенция коронок двух зубов, которые граничат с преждевременно удаленным молочным зубом; постоянный зуб, который прорезывается ему на смену встречает на своем пути два препятствия в виде наклоненных друг к другу коронок зубов (в этих случаях обычно имеет место полуретенция постоянного зуба);
- патологические разрастания на корне зуба (цементомы, костные отложения);
- наличие искривления корня зуба;
- размещение зубного зачатка слишком глубоко в теле челюсти; ----
- наличие плотных рубцов на десне (в результате перенесенного воспаления в молочных зубах или травмы);
- развитие вокруг зубного зачатка так называемый фолликулярной кисты, содержимое которой давит на зачаток зуба;
- воспаление зубного зачатка и окружающих тканей;
- увеличения объема зубного зачатка в виде эмалевых капель или дентинных островков.

-И.Г. Лукомский (1943) кроме перечисленных причин ретенции зубов придает большое значение интоксикации фолликула постоянного зуба продуктами воспаления, которое развилось вокруг гангренозных корней молочных зубов; он считает, что интоксикация может лишить зачаток постоянного зуба, который уже развился, возможности к дальнейшему прорезыванию.

Механизм развития фолликулярной кисты вокруг дистопированного зуба можно представить себе так: в зачаток ретенированного зуба, расположенного в неполноценных тканях, проникает гематогенным или лимфогенным путем инфекция; не исключается также возможность проникновения инфекции из соседнего, раньше прорезавшегося гангренозного зуба. Воспаление, которое возникло в зубном зачатке приводит к раздражению и повреждению наружного эпителия эмалевого органа. В результате начинается неправильное и чрезмерно ускоренное размножение клеток эпителия, которые образуют кистозную оболочку.

В клинике наблюдаются случаи, когда ретенированный зуб находится в толще челюсти и не связан через перфорационное отверстие с инфицированной полостью рта, но вызывает воспалительный процесс. Возникновение последнего можно объяснить в этих случаях таким образом: твердые ткани, в которых залегают ретенированный зуб, есть в иммунобиологическом отношении более чувствительными, чем другие ткани. Сам факт ретенции уже служит свидетельством каких-то трофических нарушений в них.

В зависимости от расположения полуретенированного или ретенированного нижнего зуба мудрости различают следующие его положения:

- вертикальное - ось зуба расположена параллельно оси второго моляра;
- горизонтальное - ось зуба расположена перпендикулярно к оси второго моляра;
- медиально-косое - ось зуба мудрости наклонена к оси второго моляра;
- дистально-косое - ось зуба мудрости, наклоненная под острым углом к переднему краю ветви нижней челюсти;
- язычно-косое (язычное) - ось зуба мудрости наклонена в язычную сторону;
- щечно-косое (щечное) - ось зуба мудрости наклонена в щечную сторону;
- комбинированное - комбинация предыдущих положений.

Клинические проявления задержки прорезывания зубов могут отсутствовать целиком, или же характеризоваться некоторыми симптомами.

Ретенированные зубы довольно часто обнаруживаются случайно при рентгенологическом обследовании челюсти по другим причинам.

Диагностика: объективными признаками ретенции зуба служат:

отсутствие соответствующего зуба в зубном ряду при условии, что в анамнезе нет указаний на его удаление; наличие молочного зуба на месте отсутствующего постоянного; неправильное положение соседнего зуба в зубном ряду; наличие костного выпячивания на внешней или внутренней поверхности тела или альвеолярного отростка челюсти; расшатанность соседних зубов без внешней заметной причины; жалобы на боль в челюсти, ощущение парестезии в зубах или губах и других патологических состояний в соответствующем участке челюсти; наличие на рентгенограмме тени задержанного зуба. В ряде случаев вокруг задержанного зуба или рядом с ним видно фолликулярную кисту или одонтогенную опухоль -адамантиному.

Задержка прорезывания может осложниться такими воспалительными заболеваниями: пульпитом в задержанном или соседнем с ним зубе, который прорезался, воспалением периодонта ретенированного или соседнего зуба, остеомиелитом челюсти, перикоронаритом, периоститом, абсцессом, флегмоной или их сочетанием.

Воспаление в периодонте, челюсти, периосте и лимфоузлах наблюдается обычно при полуретенции, когда небольшой участок зуба, который прорезался создает в слизистой оболочке рта своеобразные ячейки для проникновения инфекции в периодонт, кость. Чаще всего воспалительные осложнения имеют место при неполном, или так называемом затрудненном прорезывании нижнего зуба мудрости.

Лечение задержки прорезывания зуба может быть консервативным (орто-донтическим) или хирургическим. Консервативное лечение сводится к тому, что обеспечивается место для зуба, который не прорезался (путем ортодонтических перемещений зубов, которые прорезались), или создаются условия для функционального раздражения десен; под его влиянием в зубе, который задержался возбуждается потенция к ускорению прорезывания.

Хирургическое лечение применяется большинством врачей лишь в тех случаях, когда невозможно использовать консервативные методы, или же задержка прорезывания осложнилась каким-нибудь неврологическим или воспалительным осложнением. Лечение небольших осложнений обычно сводится к удалению зуба вместе с патологическим очагом - новообразованием или воспаленным участком (кость, участок кости, которая секвестрировалась, перикоронарный капюшон, грануляционная ткань).

Некоторые авторы считают, что удаление ретенированного зуба, который не вызвал каких-нибудь местных или общих патологических изменений, не должно проводиться. В противоположность им существует мнение, согласно которому задержанный зуб подлежит, как правило, удалению.

Методика лечения больных с задержкой прорезывания зубов должна определяться не только наличием или отсутствием воспалительных и других осложнений, но также и степенью сложности и безопасности самого метода хирургического вмешательства. При отсутствии каких-нибудь осложнений нет показаний для удаления зуба, в особенности при глубоком его расположении в толще тела нижней челюсти. Удаление такого зуба бывает иногда трудным и продолжительным оперативным вмешательством, способным вызвать ряд ближайших или отдаленных стойких осложнений (кровотечение с нижнеальвеолярной артерии, парестезии, невралгии тройничного нерва, травматический остеомиелит челюсти).

Методика удаления ретенированных зубов может быть разнообразной, что зависит, главным образом, от их локализации. Хирург должен выбрать такой подход к ретенированному зубу, чтоб операция была менее травматичной, непродолжительной и не угрожала больному тяжелыми общими или местными осложнениями во время или после нее.

Оперативный доступ определяется расположением ретенированного зуба и может быть внутри- и внеротовым.

1. Возникновению острого перикоронарита предшествуют:

- а) затрудненное прорезывание зубов «мудрости»;
- б) травма «капюшона» при разжевывании твердой пищи.
- в) обострение хронического периодонтита зубов «мудрости»
- г) пародонтит
- д) гингивит

2. Клиническое проявление перикоронарита зависит от:

- а) реактивности организма больного;
- б) типа воспалительной реакции;
- в) вирулентности микрофлоры;
- г) локализации воспалительного процесса;

3. Причиной возникновения острого перикоронарита у больных является:

- а) воспаление окружающих тканей зубов «мудрости» как нижней, так и верхней челюсти;
- б) неправильное расположение зубов «мудрости»-дистопия, ретенция.
- в) отрицательная ретрамолярная диастема (щель)

4. Клиническое проявление острого перикоронарита при прорезывании зубов «мудрости»:

- а) температура 37,5-37,8 °C боль в области зуба мудрости, отдающие в ухо, ограничение рта, боль при глотании с больной стороны увеличение и болезненность поднижнечелюстного лимфоузла;
- б) отек и гиперемия мягких тканей покрывающих жевательную поверхность зубов

«мудрости», иногда распространяется на область крыловидно-челюстной складки, область передней небной дужки;

- в) легкое надавливание на капюшон покрывающий жевательную поверхность зуба, вызывает болевые ощущения, из-под капюшона выделяется гнойвидная жидкость с примесью крови.

Структурно-логическая схема содержания:

Классификация

Острая фаза	Хроническая фаза
-------------	------------------

Диагностика

Жалобы	Анамнез заболевания	Местный статус	Рентгенография
--------	---------------------	----------------	----------------

Дифференциальная диагностика

1.Переостит альвеолярного отростка нижней челюсти. 2.Ренгеномолярный переостит.	Остеомиелит	
--	-------------	--

Лечение

Хирургическое	Медикаментозное
- рассечение капюшона - иссечение капюшона - удаление зуба «мудрости» - дренирование лунки раны	- противовоспалительная терапия - дезинтоксикационная - стимулирующая терапия - симптоматическая терапия

Физиотерапия

УВЧ	УФ	Ультразвук	Электрофорез
-----	----	------------	--------------

1. Возникновению острого одонтогенного периостита предшествуют такие заболевания:

- а) обострение хронического периодонтита;
- б) альвеолиты;
- в) затрудненное прорезывание зубов мудрости;
- г) пародонтиты;
- д) травматичное удаление зубов.

2. Клиническое проявление одонтогенного периостита зависит от:

- а) реактивности организма больного;
- б) типа воспалительной реакции;
- в) вирулентности микрофлоры;
- г) локализации воспалительного процесса.

3. Причиной возникновения острого одонтогенного периостита нижней челюсти в больных может быть:

- а) воспаление, которое есть в тканях первых больших коренных зубов, третьих больших коренных зубов, вторых малых коренных зубов;
- б) воспаление, которое чаще локализуется в тканях первых больших коренных зубов, вторых и третьих моляров.

4. Клиническое проявление острого одонтогенного периостита челюстей это:

- а) боль, которая сначала локализуется у причинного зуба, а впоследствии – боль в зубе уменьшается, появляется припухлость лица и боль в челюсти, которая иррадирует по ходу ветвей тройничного нерва (на верхней челюсти – в височную область, глаз; на нижней челюсти – в ухо);
- б) отек мягких тканей, локализация его зависит от локализации причинного зуба;
- в) в полости рта, в области причинного зуба, появляется гиперемия и отек слизистой оболочки переходной складки, а затем валикоподобное выпячивание – поднадкостничный абсцесс.

Структурно-логическая схема содержания

Классификация

Острая стадия	Хроническая стадия
---------------	--------------------

Диагностика

Жалобы	Анамнез заболевания	Местный статус	Рентгенография
--------	---------------------	----------------	----------------

Дифференциальная диагностика

Периостит	Остеомиелит	Доброкачественные опухоли	Злокачественные опухоли
-----------	-------------	---------------------------	-------------------------

Лечение

Хирургическое:	Медикаментозное:
- удаление причинного зуба;	- противовоспалительная терапия;
- вскрытие гнояника;	- дезинтоксикация;
- дренирование.	- стимулирующая терапия;
	- симптоматичная терапия.

Физиотерапия

УВЧ	УФО	Ультразвук	Электрофорез
-----	-----	------------	--------------

14. ПЛАН И ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА УЧЕБНОГО ЗАНЯТИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

№ п/п	Этапы занятия	Распределение времени	Виды контроля	Средства учебы
1.	Подготовительный этап.	15 мин.	Устный опрос за перечнем вопросов. Письменное тестирование.	Компьютер (ноутбук). Мультимедийные методические разработки. Анатомические муляжи. Видео- и фотоматериалы. Электронные справочники.
1.1	Организационные вопросы.			
1.2	Формирование мотивации.			
1.3	Контроль начального уровня подготовки (стандартизированные средства контроля).			
2.	Основной этап (указать все виды работ, которые выполняют студенты во время этого этапа).	60 мин.	Практический тренинг. Решение клинических задач. Создание алгоритмов врачебных действий, профессиональный тренинг.	
3.	Заключительный этап.	15 мин.	Тестирование. Практические задания. Ситуационные и нетипичные задачи. Устный опрос.	
3.1	Контроль конечного уровня подготовки.			
3.2	Общая оценка учебной деятельности студента.			
3.3	Информирование студентов о теме следующего занятия.			

4.5. Виды самостоятельной работы студентов

2. Выучить такие вопросы ($\hat{a} = 1$):
- 1.14 Особенности анатомического строения челюстей и зубов.
- 1.15 Сроки прорезывания зубов.
- 1.16 Причины нарушения прорезывания зубов
- 1.17 Дайте определение терминам – дистопия, ретенция
- 1.18 Дайте определение термину - перикоронарит
- 1.19 Классификация перикоронаритов
- 1.20 Какие клинические признаки характерны для перикоронаритов
- 1.21 Лечение перикоронаритов
- 1.22 Дайте определение термину – периостит челюсти.
- 1.23 Классификация периоститов челюстей
- 1.24 Охарактеризуйте понятие – одонтогенный периостит.

1.25 Какие клинические признаки характерны для периоститов челюстей

1.26 Лечение периоститов челюстей

2. Тестовые задания с единичным правильным ответом ($\alpha = \Pi$):

2.5. Ретенция зуба это:

- A. Задержка прорезывания полностью сформированного зуба
- B. Наличие у зуба сверхкомплектного корня
- C. Неправильное положение зуба в зубной дуге
- D. Осложнение прорезывания зуба мудрости
- E. Аномалия анатомического строения зуба

(Правильный ответ: A)

2.6. Дистопия зуба это:

- A. Неправильное положение зуба в зубной дуге
- B. Наличие у зуба сверхкомплектного корня
- C. Задержка прорезывания полностью сформированного зуба
- D. Осложнение прорезывания зуба мудрости
- E. Аномалия анатомического строения зуба

(Правильный ответ: A)

2.7. Какие дополнительные методы диагностики проводят для уточнения диагноза ретенции и дистопия зуба:

- A. Рентгенодиагностику
- B. Общий анализ крови и мочи
- C. ЭОД
- D. Биопсию
- E. Сиалографию

(Правильный ответ: A)

2.8. Клинические признаки острого одонтогенного гнойного периостита челюсти:

A. Боль в челюсти, инфильтрат по переходной складке в области причинного зуба и 2-х соседних, наличие «причинного» зуба, повышение температуры тела до $37,5^{\circ}\text{C}$, положительный симптом флюктуации

B. Пульсирующая боль в зубе с иррадиацией, которая уменьшается от холода, коллатеральный отек мягких тканей в пределах одного зуба, перкуссия «причинного» зуба резко болезненна

C. Высокая температура до 39°C , ознобы, „муфтообразный” инфильтрат альвеолярного отростка, подвижность причинного и соседних зубов, положительный симптом Венсана

D. Боль в челюсти, коллатеральный отек по переходной складке в области причинного зуба и 2-х соседних, наличие «причинного» зуба, повышение температуры тела до $37,0^{\circ}\text{C}$, симптом флюктуации отсутствует

E. Коронка «причинного» зуба разрушена полностью, перкуссия слегка болезненная, слизистая десны вокруг зуба без изменений, на рентгенограмме «причинного» зуба, возле его корня имеется разрежение костной ткани с четкими границами, температура тела $36,06^{\circ}\text{C}$

(Правильный ответ: A)

2.2. Клинические признаки острого одонтогенного серозного периостита челюсти:

A. Боль в челюсти, коллатеральный отек по переходной складке в области причинного зуба и 2-х соседних, наличие «причинного» зуба, повышение температуры тела до $37,0^{\circ}\text{C}$, симптом флюктуации отсутствует

B. Пульсирующая боль в зубе с иррадиацией, которая уменьшается от холода, коллатеральный отек мягких тканей в пределах одного зуба, перкуссия «причинного» зуба резко болезненна

C. Высокая температура до 39°C , ознобы, „муфтообразный” инфильтрат альвеолярного отростка, подвижность причинного и соседних зубов, положительный симптом Венсана

D. Боль в челюсти, инфильтрат по переходной складке в области причинного зуба и 2-х соседних, наличие «причинного» зуба, повышение температуры тела до $37,5^{\circ}\text{C}$, положительный симптом флюктуации

E. Коронка «причинного» зуба разрушена полностью, перкуссия слегка болезненная, слизистая десны вокруг зуба без изменений, на рентгенограмме «причинного» зуба, возле его корня имеется разрежение костной ткани с четкими границами, температура тела $36,06^{\circ}\text{C}$

(Правильный ответ: A)

21. Тестовые задания с множественным выбором ответа:

3.3. Что является клиническими симптомами острого гнойного перикоронарита?

- A. Положительный симптом вазо-пареза
- B. Наличие воспаленного «капюшона»
- C. Боль при глотании
- D. Затрудненное открывание рта
- E. Боль в челюсти

(Правильные ответы: B, C, D, E)

3.4. Что является необходимым при хирургическом лечении острого гнойного перикоронарита?

- A. Хирургическое иссечение «капюшона»
- B. Хирургическое рассечение «капюшона»
- C. Дренирование разреза
- D. Прием антибактериальных и противовоспалительных препаратов
- E. Полоскание полости рта антисептическими растворами

(Правильные ответы: A, C, D, E)

3.2. Что является необходимым при хирургическом лечении острого гнойного периостита челюсти?

- A. Госпитализация больного в ЧЛХ отделение
- B. Периостотомия
- C. Дренирование разреза
- D. Удаление «причинного» зуба по показаниям
- E. Медикаментозная терапия

(Правильные ответы: B, C, D, E)

4. Задачи для самоконтроля:

4.2 Пациент 20 лет обратился с жалобами на отсутствие зуба на верхней челюсти во фронтальном участке. Зуб не удаляли. Объективно: лицо симметрично, слизистая оболочка полости рта без видимых патологических изменений. 13 - отсутствует. Пальпаторно на твердом небе определяется плотное безболезненное образование. Какое дополнительное обследование необходимо провести больному для уточнения диагноза? Поставьте предварительный диагноз. Какова лечебная тактика пациента?

Ответ: Для уточнения диагноза необходимо провести рентгенологическое обследование больного. Предварительный диагноз - ретенция зуба. Необходимо направить больного на консультацию к ортодонт.

4.2 К врачу хирургу-стоматологу обратился больной 22 лет с жалобами на боль и припухлость десны в области последнего зуба на нижней челюсти справа, болезненное глотание (справа), t-37.8. Больной отвечает, что обострение болей в области этого зуба было 2 раза, но к врачу не обращался. Объективно: Лицо симметрично в правой поднижнечелюстной области отмечается увеличенный, болезненный лимфатический узел. Рост открывает ограниченно до 2 см.

В полости рта 38 зуб прорезался частично, находится в зубной дуге, дистальные его бугры покрыты «капюшоном», слизистая его отечна, гиперемирована, при пальпации резко болезненна, из под капюшона выделяется гной. Установите диагноз и назначьте лечение.

Ответ: Острый гнойный перикоронарит в области 38. Больному необходимо произвести рассечение капюшона и назначить антибактериальное и противовоспалительное лечение.

4.6. Перечень индивидуальных заданий.

1. Уметь провести дифференциальную диагностику между разными видами затрудненного прорезывания зубов, перикоронаритами, периоститами.
2. Овладеть методиками удаления ретенционных и дистопированных зубов, периостотомии, рассечения и иссечения «капюшона».
3. Знать схемы медикаментозного лечения острых серозных, гнойных перикоронаритов и периоститов челюстей.

4.8. Перечень теоретических вопросов к итоговому модульному контролю (из типичной учебной программы).

13. Сроки прорезывания зубов.
14. Этиологические причины нарушения прорезывания зубов
15. Дайте определение диагнозам – дистопия, ретенция
16. Дайте определение диагнозу - перикоронарит
17. Классификация перикоронаритов
18. Какие клинические признаки характерны для перикоронаритов
19. Методы лечения различных форм перикоронаритов

20. Дайте определение диагнозу – периостит челюсти.
21. Классификация периоститов челюстей
22. Охарактеризуйте понятие – одонтогенный периостит.
23. Какие клинические признаки характерны для периоститов челюстей
24. Методы лечения периоститов челюстей

4.9. Перечень практических заданий и работ к итоговому модульному контролю (из типичной учебной программы).

1. Обследовать больного с ретенцией и дистопией зубов.
2. Описать историю болезни или амбулаторную карточку больного с острым гнойным перикоронаритом и периоститом нижней челюсти.
3. Назначить план обследования больного с острым гнойным перикоронаритом и периоститом нижней челюсти.
4. Составить план лечения больного с острым гнойным перикоронаритом и периоститом нижней челюсти.

6. ЛИТЕРАТУРА.

1. Безруков В.М. Руководство по хирургической стоматологии челюстно-лицевой хирургии / В.М.Безруков, Т.Г. Робустова. - М., Медицина, 2000. – С.87-98.
2. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Ю.И. Бернадский. – Беллидкнига, Витебск, 1998. – С.89-94.
3. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология / Т.Г. Робустова. - М., 2003. - С.68-88.
4. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А. Тимофеев. - Киев, 2002. - С. 98-112.
5. Тимофеев А. А. Гнойная хирургия челюстно-лицевой области / А. А. Тимофеев. - Киев: «Червона Рута- Турс», 1995.- С. 49-55,.60-65.

№ 5. Остеомиелит челюстей: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, консервативные и хирургические методы лечения.

1. КОНКРЕТНЫЕ ЦЕЛИ:

- 1.5. Анализировать распространенность остеомиелита челюстей.
- 1.2. Объяснять причины возникновения остеомиелита челюстей.
- 1.3. Предложить новые подходы в диагностике острого и хронического остеомиелита челюстей.
- 1.4. Классифицировать остеомиелит челюстей.
- 1.5. Трактовать данные рентгенологических и патоморфологических исследований при остеомиелите челюстей.
- 1.6. Рисовать схемы обследования пациентов с разными формами остеомиелита челюстей.
- 1.7. Проанализировать осложнения, последствия и прогноз при разных формах остеомиелита челюстей.
- 1.8. Составить план обследования и лечения больных с остеомиелитом челюстей.

22. БАЗОВЫЙ УРОВЕНЬ ПОДГОТОВКИ

Названия предыдущих дисциплин	Полученные навыки
1. Анатомия человека.	Знать анатомию челюстно-лицевой области, кровоснабжения и иннервацию мышц головы и шеи. Определить анатомическую область челюстно-лицевой области.
2. Патоморфология с секционным курсом.	Знать гистологическое строение и морфологическую структура патологически измененных тканей. Распознавать патологически измененные ткани. Уметь взять материал для патоморфологического исследования.
3. Патофизиология.	Знать этиологию и патогенез заболеваний, обмен веществ в патологически измененных тканях. Уметь логично представить этиопатогенетическую цепь развития остеомиелитического процесса в челюстях.
4. Общая хирургия.	Знать методы обработки рук хирурга. Уметь накладывать швы на ткани.

3. ОРГАНИЗАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА

Остеомиелит челюстей – инфекционный гнойно-некротический процесс, который развивается в кости и окружающих тканях под воздействием агрессивных факторов физической, химической или биологической природы на фоне предыдущей сенсбилизации и нейрогуморальных сдвигов, которые предшествуют развитию заболевания. И.И. Ермолаев (1977) подчеркивает, что остеомиелитом можно считать не всякое гнойное воспаление кости, а только такой процесс, при котором выражен некротический компонент.

Остеомиелиты челюстей могут быть одонтогенными (стоматогенными), травматическими, гематогенными и специфическими. Наиболее часто встречаются одонтогенные остеомиелиты. Различают три фазы течения: острую, подострую и хроническую. В зависимости от протяженности процесса, остеомиелит может быть ограниченным, очаговым и разлитым (диффузионным). При ограниченном остеомиелите патологический процесс локализован в пределах пародонта двух-трех зубов. При очаговом остеомиелите рядом с поражением альвеолярного отростка в отмеченных пределах инфекционно-воспалительный процесс распространяется на часть челюсти – тело или ветвь. Диффузионный остеомиелит характеризуется признаками тотального поражения половины или всей челюсти.

В последние годы в клинике наблюдают остеомиелиты, что атипично протекают, для которых характерны вялое клиническое течение без лихорадки и образования свищей, незначительная деструкция костной ткани. Такие формы остеомиелита протекают по типу первично хронического заболевания.

Наиболее подробную классификацию одонтогенных остеомиелитов, основанную на клинкорентгенологических данных, предложил в 1969 г. М. М. Соловьёв. В этой классификации поданы нозологические формы и фазы заболевания, распространенность процесса, формы деструкции кости. Среди клинкорентгенологических форм заболевания автор выделяет гнойный одонтогенный остеомиелит, деструктивный одонтогенный остеомиелит и другие. Одонтогенный гнойный остеомиелит М. М. Соловьёв отождествляет с так называемым абортным остеомиелитом, в подострой фазе которого клинические проявления инфекционно-воспалительного процесса постепенно стихают и полностью исчезают.

Рядом с воспалительно-некротическими и дистрофическими изменениями в костной ткани при остеомиелите происходят и репаративные процессы, что оказывается замещением участков некроза молодой костной тканью.

Статистика. Данные о частоте одонтогенного остеомиелита, обычно приведенные в учебниках и периодической прессе, в значительной мере устарели и не отвечают современному пониманию этого заболевания. Данные литературы показывают, что одонтогенные остеомиелиты челюстей наблюдаются во всех возрастных группах, однако больше всего часто они встречаются в возрасте 20-40 лет. Большинство авторов отмечают, что мужчины заболевают остеомиелитами чаще, чем женщины, объясняя это тем, что женщины больше заботятся о сохранении зубов. Нижняя челюсть поражается остеомиелитом приблизительно в 3 раза чаще, чем верхняя.

Патологическая анатомия. При одонтогенном остеомиелите челюстей процесс охватывает все компоненты кости: костный мозг, основное вещество кости, надкостницы. Кроме того, инфекционно-воспалительный процесс распространяется и на околочелюстные мягкие ткани, в которых формируются абсцессы и флегмоны. Околочелюстные флегмоны, которые сопровождают остеомиелит, называют остеофлегмонами.

От одонтогенного периостита патоморфологический остеомиелит отличается большим объемом и глубиной поражения костной ткани, то есть большей выразительностью явлений некробиоза. Острая фаза одонтогенного остеомиелита характеризуется разлитым гнойным воспалением всех элементов кости без четко выраженной демаркации процесса. Характеризуется отеком, полнокровьем и лейкоцитарной инфильтрацией костного мозга, содержимого питательных каналов кости и каналов остеона, надкостницы с мягкими тканями, которые прилегают к ней. Сосуды расширены, полнокровны. Стенки их отечные, гомогенизируемые, с участками некроза внутренних прослоек. Наблюдаются тромбоз и кровоизлияние в окружающие сосуды ткани. В костном мозге встречаются зоны кровоизлияния, множественные участки гнойной инфильтрации с некрозом в центре, что могут носить разлитый характер. Надкостница отечная, разволокнена и отслоена от кости за счет скопления гнойного экссудата.

По данным В.В. Паникаровского и А.С. Григорьяна при остеомиелите достаточно рано проявляется реакция со стороны костных структур, преимущественно в виде резорбции основного вещества кости, как в костномозговых полостях, костных каналах, так и на внешней поверхности компактной прослойки челюсти соответственно зоне распространения инфекционно-воспалительного процесса в

периосте. Следствием этого является истончение костных балок, расширения просвета питательных каналов и каналов остеона, образования лакун в компактной прослойке челюсти. В меру стихания острых воспалительных явлений в подострой фазе заболевания наблюдается ограничение зоны распространения инфекционно воспалительного процесса в челюсти и мягких тканях, которые прилегают к ней, с формированием по границе очага поражения вала из грануляционной ткани.

В хронической фазе одонтогенного остеомиелита хорошо проявляются участки остеонекроза, которое прилегает к здоровой кости, вокруг которых происходит рассасывание, по типу так называемой гладкой и пазуховой резорбции. Участки вокруг некротизированного костного мозга замещаются много васкуляризованной грануляционной тканью. Усиливается пролиферативная реакция как в периосте, в виде периостальных наслоений остеоидной ткани, так и в эндосте, где наблюдается формирование балок из молодой костной ткани.

В сроки от 1 до 2 месяцев обычно завершается формирование секвестров (полное отделение участков остеонекроза от неповрежденной кости). Размер и форма секвестров разнообразны. В одних случаях это единичные или множественные мелкие секвестры (миллиарные), в других - большие участки челюсти на всю ее толщину. Дефект челюсти, которая возникает в результате формирования секвестра, заполняется вновь образованной костной и грануляционной тканью. Такой дефект или секвестральная полость имеет свищевой ход, выстланный грануляционной тканью, который открывается в участке кожной складки или на слизистой оболочке полости рта.

Мелкие секвестры могут полностью рассасываться. При больших секвестрах подобный выход теоретически возможен, но для этого нужно много месяцев и даже годы.

После хирургического удаления или самовольного отхождения секвестра, секвестральная полость сначала заполняется соединительной тканью, а затем опять образованной костной тканью. Свищевой ход рубцуется.

Огромная роль в возникновении и развитии хронических остеомиелитов челюстей принадлежит аутоиммунным процессам. В ряде случаев воспаление на такой иммунной основе может получать черты патологической реакции. При этом аутоантитела обнаруживают агрессивные свойства в отношении не только денатурированной, но и неповрежденной костной ткани, влияя тем самым на длительное течение заболевания, поражения все новых и новых костных структур.

Клиническая картина одонтогенных остеомиелитов определяется рядом причин: вирулентностью микробов, которые вызвали заболевание, состоянием иммунологической реактивности и неспецифических факторов защиты, возрастом больного, видом пораженной челюсти. В каждой фазе одонтогенного остеомиелита распространённость патологического процесса характеризуется соответствующими проявлениями клинической картины.

В острой фазе заболевания больные сначала обычно жалуются на боль в участке одного зуба, который явился источником инфекции. Однако вскоре к этому присоединяются признаки воспаления периодонта и других, рядом расположенных зубов. Боль усиливается, приобретает характер рвущей, иррадирует по разветвлениям тройничного нерва в орбиту, височный участок, ухо.

Одной из характерных жалоб при остеомиелите нижней челюсти есть нарушение поверхностной чувствительности красной каймы нижней губы, слизистой оболочки преддверья рта, подбородка соответствующей стороны (онемение, чувство ползания насекомых) - симптом Венсана. В случаях развития гнойно-воспалительного процесса в мягких тканях боль как бы перемещается за пределы челюсти, появляются жалобы, характерные для окологлазничной флегмоны (отечность, сведение челюстей, боль при глотании, жевании). Почти всегда наблюдается головная боль, общая слабость, повышение температуры тела, нарушения аппетита и сна.

При опросе больного удается выяснить, что одонтогенному остеомиелиту предшествовал острый апикальный, маргинальный периодонтит или обострение хронического периодонтита. Нередко заболевание возникает после консервативного лечения осложненного кариеса зубов, удаления зубов по поводу обострения хронического периодонтита, нерационального зубного протезирования, которое привело к травме круговой связки зуба и периодонту. В ряде случаев больные связывают возникновение одонтогенного остеомиелита с переохлаждением, острыми инфекционными заболеваниями (ОРЗ). Больные бледны. Пульс ускорен, в некоторых случаях аритмичный. В участке пораженной челюсти оказываются инфильтрация и отечность мягких тканей. Определяется зловонный запах изо рта. «Причинный» зуб сначала неподвижен, но вскоре он расшатывается. Становятся подвижными и рядом расположены зубы: перкуссия их болезненная. Десна и слизистая оболочка переходной складки в участке зубов, втянутых в гнойно-воспалительный процесс, отечны, гиперемированы. Пальпация их резко болезненна. Под надкостницей альвеолярного отростка и тела челюсти накапливается гной. Следом за нарушением зубов гной появляется также в зубодесневых

карманах. В ряде случаев образуются поддесневые абсцессы. При проникновении гноя в клетчаточные пространства возникают абсцессы и флегмоны околочелюстных тканей. В таких случаях наблюдается инфильтрация тканей плотной консистенции с гиперемией кожных покровов. Рядом с инфильтратом появляется резко выраженный коллатеральный отек мягких тканей. Отпечатком воспалительной реакции при остеомиелите может быть также регионарный лимфаденит. Инфильтрация мягких тканей нередко распространяется на жевательные мышцы, что ведет к контрактуре челюстей.

Больше всего постоянными и ранними симптомами при остеомиелите нижней челюсти является утолщение ее краев, нарушения поверхностной чувствительности красной каймы нижней губы и кожи подбородка, изменение электровозбудимости зубов. Морфологическим субстратом последнего симптома служит поражение нижнего альвеолярного нерва, который находится в толще нижней челюсти.

Для остеомиелита челюстей, как и для любого острого воспалительного процесса, характерны симптомы гнойно-резорбтивной лихорадки. Соответствующая реакция организма зависит от вирулентности инфекции, реактивности больного, протяжности патологического процесса. Интоксикация продуктами распада тканей и жизнедеятельности микробов больше всего выражена при разлитых, диффузионных остеомиелитах, гиперэргичном типе воспалительной реакции. Признаки интоксикации в значительной мере отражены в жалобах больных.

Общая реакция организма проявляется лихорадкой, учащается пульс и дыхание, ознобом, особенно по вечерам, изменениями в крови и моче. Иногда диффузионный остеомиелит протекает при субфебрильной температуре тела.

Острая фаза остеомиелита челюстей сопровождается нейтрофильным лейкоцитозом (12-15-109/л) с появлением молодых форм нейтрофильных лейкоцитов (палочкоядерные, юные, миелоциты), эозино- и лимфопенией.

Красная кровь в острой фазе одонтогенного остеомиелита в большинстве случаев не изменяется. Лишь при разлитом поражении кости и околочелюстных тканей, а также у ослабленных больных уменьшается число эритроцитов и снижается содержание гемоглобина. СОЭ повышена до 40-60 мм/час. Соотношения альбуминов и глобулинов изменяется в сторону перевеса последних. В острой фазе остеомиелита челюстей, в результате интоксикации в моче оказываются следы белка, цилиндры, эритроциты.

Острая фаза остеомиелита верхней челюсти характеризуется более легким течением, уменьшением длительности заболевания, отсутствием большой деструкции костной ткани. Остеомиелит верхней челюсти редко осложняется тяжелыми флегмонами. Такое своеобразие клинического течения остеомиелита верхней челюсти объясняется ее анатомо-топографическими особенностями - хорошей васкуляризацией, наличием большого количества отверстий в кортикальном веществе, которое способствует быстрой эвакуации гнойного экссудата под надкостницу или под слизистую оболочку. К верхней челюсти не прилегают массивные мышечные прослойки, значительные клетчаточные пространства, потому разлиты флегмоны, гнойные затеки при остеомиелите этой кости возникают редко.

В то же время при локализации поражения костной ткани в участке бугра верхней челюсти гной может распространиться в крыловидно-небную ямку, а затем через нижнеглазничную щель на клетчатку орбиты. В таких случаях сначала возникает отечность век и подглазного участка, потом их инфильтрация. Гной может проникнуть в подвисочную ямку и крыловидно-челюстное пространство, обусловив тяжелое клиническое течение заболевания. При одонтогенном остеомиелите верхней челюсти в ряде случаев в воспалительный процесс втягивается верхнечелюстная пазуха.

Дифференциальная диагностика. Острую фазу одонтогенного остеомиелита необходимо дифференцировать от таких заболеваний:

- 5) острого (или обострение хронического) периодонтита;
- 6) острого гнойного периостита;
- 7) изолированного воспалительного процесса мягких тканей лица (абсцессы, флегмоны);
- 8) кист челюстно-лицевого участка, которые нагнаивались (одонтогенные, дермоидные, эпидермоидные).

Отсутствие признаков поражения периоста челюсти и мягких тканей, что отличает острый гнойный периодонтит от остеомиелита. Очаг воспаления при периодонтите ограничен главным образом лункой одного зуба. Десна и слизистая оболочка переходной складки могут быть отечные, болезненные при пальпации. Перкуссия и давление на пораженный зуб вызывает боль; зуб

становится подвижным. Состояние больного существенно не ухудшается. При своевременном лечении наступает выздоровление. В ряде случаев процесс принимает хроническое течение.

Острый гнойный периостит сопровождается нарушением общего состояния больного, субфебрильной температурой, умеренными изменениями со стороны крови. Очаг воспаления при периостите локализован на поверхности альвеолярного отростка. В процесс втянуты надкостница и мягкие ткани, что, как правило, приводит к коллатеральному отеку и формированию поднадкостничных гнойников. При своевременном оперативном вмешательстве (удаление зуба, вскрывания гнойника) и рациональной медикаментозной и физической терапии процесс купируется в течение 3-5 дней.

У больных острым одонтогенным остеомиелитом более четко, чем у больных периоститом, выражена общая реакция организма, включая и изменения со стороны крови. Челюсть утолщена, имеют место подвижность нескольких зубов, неврологические расстройства мягких тканей и нарушения электровозбудимости зубов.

Абсцессы и флегмоны лица и шеи неodontогенного происхождения, а также возникшие в результате нагноения регионарных лимфатических узлов отличаются от остеофлегмон характерным началом. Да, аденофлегмонам предшествует воспалительный процесс в лимфатических узлах. Неodontогенные флегмоны развиваются при наличии посторонних тел, в случае осложнения слюннно-каменной болезни, «злокачественного» хода фурункулов и карбункулов. Для так называемых изолированных флегмон не характерна выражена воспалительная реакция периоста.

Кисты челюстно-лицевого участка в меру роста вызывают деформацию мягких тканей или челюстей. Нагноение с характерными признаками острого гнойного процесса возникает во второй раз.

Подострая фаза остеомиелита, по мнению С.М. Дерижанова (1940), «...напоминает место после перенесенного урагана, где мобилизируются все силы и средства, чтобы возобновить погибшее».

Подострая, или переходная, фаза остеомиелита челюстей непостоянна, кратковременна, но чаще она длится 1-1,5-2 недели. Ее длительность определяется несколькими факторами, среди которых стоит выделить характер реактивности больного, возраст, своевременность и объем терапии больного в предыдущей острой фазе. Подострая фаза остеомиелита челюстей характеризуется стабилизацией воспалительного процесса. Операционные раны очищаются от некротических тканей, гранулируют, уменьшается гноетечение и отечность. Зубы, расположенные в зоне воспалительного очага, становятся еще подвижнее. Характерным признаком подострой фазы остеомиелита является улучшение общего состояния: исчезает слабость, нормализуются сон и аппетит, снижается температура тела, значительно уменьшаются лейкоцитоз и СОЭ.

Хроническая фаза остеомиелита челюсти - самая длительная. В меру перехода остеомиелита челюсти в эту фазу стихает боль в участке челюсти, уменьшается инфильтрация мягких тканей. В местах расщеплений или других участках кожи, слизистой оболочки полости рта появляются свищи, из которых выделяется гной. Отторжение секвестров сопровождается появлением грануляций из свищевых ходов. В участке остеомиелитического очага челюсть утолщена, зубы обычно подвижны. Зондирование свища позволяет обнаружить неровные контуры кости, что секвеструется.

Образование секвестров при остеомиелите нижней челюсти определяется как особенностями изменения ее интраоссального кровообращения, так и локализацией абсцесса или флегмоны в вокруг челюстных мягких тканях, которые являются причиной нарушения экстраоссального кровообращения.

Прослеживается определенная зависимость характера возникающей секвестрации от локализации входных ворот инфекции. При поражении передней группы зубов и премоляра, секвестрация ограничивается альвеолярным отростком или средним отделом тела челюсти. В тех случаях, когда источником инфекции служит моляр, рядом с поражением альвеолярного отростка и тела челюсти в воспалительные процессы втягиваются угол и ветвь нижней челюсти.

При остеомиелите ветви нижней челюсти свищи локализуются в поднижнечелюстной, зачелюстной и околоушной участках, иногда на шее из переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Достаточно часто при локализации остеомиелитического процесса в участке тела нижней челюсти секвеструются лишь участки кости, которые прилегают к «причинному» зубу. Край челюсти остается непопороженным. Через нарушение экстраоссального кровообращения при несвоевременном вскрывании вокруг челюстных абсцессов и флегмон образуются кортикальные секвестры и лакунарные полости. Такие остеомиелитические ячейки А.И. Варшавский (1970) называет повторными.

В результате задержки выделения экссудату через свищи и образования гнойных затеков могут возникнуть обострения воспалительного процесса. Опять инфильтрируются мягкие ткани, появляются признаки гнойно-резорбтивной лихорадки.

У отдельных больных репаративные процессы протекают очень активно, иногда преобладая над деструкцией кости. В этих случаях развиваются так называемые, гиперостозные формы (чаще поражается участок угла или ветви челюсти). Длительность заболевания от 3 месяцев до 1 года 4 месяцев. При этих формах остеомиелита свищи могут отсутствовать.

В.И. Лукьяненко (1968) описал так называемую ползучую форму хронического остеомиелита, что, невзирая на радикальные оперативные вмешательства, сопровождается появлением новых очагов. Заболевание может тянуться месяцами и даже годами.

Достаточно длительное течение так называемых гнездных мелко очаговых поражений костной ткани. Ячейки деструкции располагаются не сплошным массивом, а чередуясь со здоровыми участками костной ткани, напоминая рентгенологически многокамерную кисту.

Важное место в диагностике хронического остеомиелита челюстей принадлежит рентгенологическому исследованию. Поскольку остеомиелитический процесс сопровождается сначала подавляющим поражением губчатой кости, рентгенологически через суперпозицию плотной кортикальной прослойки деструкция не всегда проявляется. Лишь при быстром прогрессе заболевания, разрушается и кортикальный слой кости, который проявляется рентгенологически. До 10-14 часов заболевания (подострая фаза) отмечается очаговое или диффузионное просветление, остеопороз. Потом отмечается один или несколько очагов деструкции неправильной формы. Очаги разрушения, окруженные плотными склерозированными стенками, чередуются с очагами остеосклероза. Кость принимает пестрый грубоволокнистый рисунок. Однако больше всего диагностическое значение при остеомиелите имеет секвестрация, характерная для хронической фазы заболевания. Рентгенологически симптомом секвестра служит повышенная интенсивность его тени. Тень секвестра резко выделяется на фоне более прозрачных окружающих костных элементов. Иногда рентгенологически определяется зона демаркации. При остеомиелите нижней челюсти секвестрация определяется лишь в конце 3-4 недели. Анатомо-топографические особенности верхней челюсти благополучно способствуют секвестрации этой кости в более ранние сроки. Секвестры могут быть разнообразной формы - округлые, овальные, многоугольные с неровными краями, центральные, периферические и тотальные. Хронический одонтогенный остеомиелит челюсти дифференцируют от специфических поражений челюстей (актиномикоз, туберкулез, сифилис), доброкачественных и злокачественных опухолей.

Актиномикоз. Заболевание может быть первичным и повторным. Повторные поражения кости возникают в результате распространения специфической инфекции со стороны инфильтрированных околочелюстных мягких тканей. Инфильтрат обычно плотный. Впоследствии образуются множественные свищи с крошковатым гноем. Значительно сложнее дифференцировать от остеомиелита, особенно его гиперостозной формы, первичный актиномикоз челюстей. Кость при актиномикозе вздутая, имеет вид плотной веретенообразной опухоли, внутри которой оказываются кистоподобные пространства со следами серозно-гнойного экссудата.

Для туберкулезного поражения кости характерны медленное течение (месяцы, годы), резкая болезненность, выражен лимфаденит. В патологический процесс втягиваются другие кости, образуются втянутые рубцы.

Сифилис. Сифилис челюстей возникает в результате гуммозного поражение кости или надкостницы. В случаях перехода процесса из мягких тканей на челюсть диагностика не имеет трудности. Более часто при сифилисе поражаются кости носа, центральная часть небных отростков верхней челюсти, альвеолярный отросток в участке передних зубов. Для сифилитического поражения костей характерно образование ячеек специфического размягчения (некротическая форма) и оссифицирующего периостита (гиперпластическая форма). После отторжения секвестра на твердом небе возникает сообщение между полостью рта и носом или верхнечелюстной пазухой. В результате секвестрации перегородки носа и носовых костей образуется характерная деформация - седлообразный нос. При дифференциальной диагностике специфических поражений кости большое значение предоставляется лабораторным исследованием. При подозрении на сифилис используются серологические осадочные реакции, хотя известно, что при сифилитическом поражении костей реакция Вассермана позитивна только в 60-65% случаев.

Хронический остеомиелит челюсти стоит дифференцировать от доброкачественных опухолей и опухолевидных заболеваний (одонтогенная киста, которая нагнаивалась, остеобластокластома, остеод-остеома, эозинофильная гранулема и так далее), а также злокачественных новообразований.

Рост доброкачественных и злокачественных опухолей обычно безболезнен, не сопровождается острыми воспалительными явлениями, симптомами гнойно-резорбтивной лихорадки, особенно в начале заболевания. Для новообразования не характерно периодическое увеличение или уменьшение его объема. Исключением является саркома Юинга, которая выходит из ретикулярной ткани костного мозга. Эта опухоль имеет симптомы, подобные с такими остеомиелиту (повышение температуры тела, лейкоцитоз, локальная болезненность кости, отека мягких тканей, иногда гиперемия кожи). Саркома Юинга сначала развивается медленно, потом быстро прогрессирует. Для опухоли в отличие от остеомиелита не характерны острое, подострое и хроническое течение, образование секвестров.

Большое место в дифференциальной диагностике хронического остеомиелита челюсти уделяется рентгенографии, томографии, цитологическому исследованию, а при необходимости биопсии.

Осложнение при одонтогенном остеомиелите челюстей можно условно разделить на две группы: а) возникающие в острой фазе; б) возникающие в подострой и хронической фазах.

Осложнение первой группы чаще всего связанные с распространением инфекционно-воспалительного процесса на соседние ткани и анатомические образования, генерализацией инфекции. До осложнений, которые возникают в острой фазе остеомиелита челюстей, можно отнести флегмоны и абсцессы удаленных от остеомиелитического очага участков лица и шеи, тромбоз пазух твердой мозговой оболочки, менингоэнцефалит, медиастенит, сепсис, височно-нижнечелюстной артрит, гнойный отит.

Осложнение второй группы является следствием необратимых изменений со стороны тканей челюстно-лицевого участка и жизненно важных органов и систем. К ним относят общий амилоидоз, который проявляется чаще всего нарушением функции почек, абсцесс головного мозга, патологический перелом и образование ложного сустава нижней челюсти, деформацию костей лица, анкилоз височно-нижнечелюстного сустава (чаще у детей).

Лечение. В основе лечения больных одонтогенным остеомиелитом в острой фазе по существу лежат принципы, разработанные в 1925 г. Т.П. Краснобаевым при лечении больных острым гематогенным остеомиелитом: 1) непосредственное влияние на возбудителя заболевания; 2) повышение резистентности организма к инфекционному началу; 3) лечение местного очага.

Лечение одонтогенного остеомиелита челюстей в острой фазе должно быть направлено на ликвидацию гнойно-воспалительного очага в кости и в окружающих мягких тканях, проведение мероприятий по борьбе с инфекцией и устранению нарушенных функций организма, вызванных основным заболеванием. Снижение вирулентности инфекционного начала достигается активным хирургическим вмешательством с целью дренирования инфекционного очага и включает удаление зуба, который явился источником инфекции, рассечение мягких тканей при окологлазничных абсцессах и флегмонах, проведение диализа раны.

Удаление «причинного» зуба в начальной стадии острого одонтогенного остеомиелита является основным и обязательным видом терапии этого заболевания. Поскольку вместе с гноем из внутрикостного очага удаляются вирулентные микроорганизмы, их токсины и продукты тканевого распада, удаления так называемого причинного зуба может быть определенной степени отождествлено с декомпрессионной остеоперфорацией, что применяется хирургами при гематогенных остеомиелитах трубчатых костей. Это оперативное вмешательство, кроме дренирования гнойника, приводит к снижению внутрикостного давления, которое способствует улучшению кровообращения, предупреждению необратимых изменений в кости, связанных с нарушением микроциркуляции.

С целью уменьшения реакции организма на операционную травму, связанную с удалением «причинного» зуба, Н.А. Груздевым (1978) предложена схема медикаментозной подготовки.

Рядом с антибактериальными, десенсибилизирующими и дезинтоксикационными препаратами используются антикоагулянты, фибринолитические и седативные средства, которые создают на первые 2-3 сутки после удаления зуба нормэргический или легкий гипозэргический фон.

В ряде случаев через сведение челюстей, неправильное расположение зубов, их гиперцементоз приходится откладывать удаление «причинного» зуба на несколько дней, ограничиться вскрытием окологлазничных абсцессов и флегмон и проведением комплексной интенсивной противовоспалительной терапии.

Все оперативные вмешательства при острых остеомиелитах челюстей нуждаются в надежном местном или общем обезболивании. Оперативное лечение больных в острой фазе остеомиелита дополняется целенаправленной антибактериальной терапией, основой которой как и раньше являются антибиотики, невзирая на растущую устойчивость к ним гноеродной микрофлоры. Эффективность антибиотикотерапии во многом определяется выработкой показаний к ней. Она должна носить сурово направленный характер в зависимости от результатов бактериологического

исследования и чувствительности возбудителя заболевания до того или другого антибиотика. При невозможности проведения подобных исследований, а также до получения данных бактериологического исследования назначают лечение в соответствии с общими принципами антибактериальной терапии.

В острой фазе одонтогенного остеомиелита преимущественно лечение антибиотиками, которые обладают тропизмом к костной ткани (линкомицин, клиндамицин, гарамицин, морфоциклин, вибрамицин, фузидин и др.). Антибиотикотерапию проводят длительно до стойкой нормализации температуры тела больного, после чего продолжают еще 7-10 дней. Каждые 5-7 дней необходимо определять чувствительность, высевают из очага воспаления микрофлору к антибиотикам.

Практика показывает, что течение одонтогенного остеомиелита челюстей эффективнее при комбинации и чередовании разнообразных антибиотиков (к которым есть чувствительность микрофлоры), а также комбинации антибиотиков, препаратов нирофуранового ряда и сульфаниламида. Прием лекарственных средств сопровождают приемами щелочной жидкости в большом количестве. Для нейтрализации бактериальных токсинов назначают пассивную иммунизацию.

Уменьшение общей интоксикации, улучшения реологических свойств крови, коррекция нарушения водно-солевого и белкового баланса, нормализация микроциркуляции и предупреждение развития некрозов по периферии очага воспаления достигаются с помощью декомпрессивной трепанации (удаление «причинного» зуба), декорткации, назначения антикоагулянтов прямого действия (гепарин, внутривенное введение гемодеза, реополиглокина, 5% раствора глюкозы, раствора Рингера-Лока), употребления много жидкости.

Для десенсибилизации организма и снижения проницаемости сосудистой стенки применяют 10 % раствор хлорида кальция, противогистаминные препараты (димедрол, супрастин, диазолин).

С целью противовоспалительной терапии назначают анаболические гормоны, влияние поля УВЧ, СВЧ. В случае недостаточности коры надпочечников и гиперэргического течения воспаления показаны кортикостероиды. Повышение неспецифических факторов защиты достигается витаминотерапией (А, группа В, С), назначением молочно-растительной пищи, препаратов так называемой группы адаптогенов (дибазол, пантокрин и др.). При необходимости назначают лекарственные препараты, которые тонизируют сердечнососудистую систему (кофеин, кордиамин, кокарбоксилаза).

В подострой фазе остеомиелита челюсти продолжают антибактериальную терапию, предупреждая тем самым последующее распространение гнойно-некротического процесса. Осуществляются также мероприятия по сохранению микроциркуляции для предупреждения некроза кости в новых участках и ускорения формирования секвестров. С этой целью назначают средства, которые стимулируют обмен в тканях: анаболические гормоны, метацил, пентоксил, протеолитические ферменты, переливания крови и кровезаменителей, аутогемотерапию, микробные полисахариды (пирогенал, продигозан), физиотерапию (УФ-облучение, УВЧ, СВЧ).

В хронической фазе остеомиелита челюсти в случаях обострения воспалительного процесса продолжают антибактериальное, противовоспалительное лечение. Делают секвестрэктомию. Сроки оперативного вмешательства намечают индивидуально, учитывая возраст больных, возможность развития общего амилоидоза, при завершении формирования секвестров и их отторжения. В то же время, принимая во внимание данные литературы, секвестры на верхней челюсти обычно удаляют через 3-4 недели от начала заболевания, на нижней позже через 5-8 недель.

При ограниченных остеомиелитах верхней челюсти и альвеолярного отростка нижней челюсти секвестрэктомию обычно делают со стороны полости рта. Секвестрэктомию на нижней челюсти (особенно при локализации процесса в участке угла и нижнего его края) нуждается в внеротовом доступе. Во всех случаях доступ к очагу поражения должен быть достаточным для визуального обследования секвестральной полости и полного удаления некротических тканей. В то же время при секвестрэктомии челюстей вряд ли оправдан слишком большой радикализм, который сопровождается широким отслаиванием надкостницы и удалением непораженной кости.

Под надежным обезболиванием рассекают и отслаивают мягкие ткани. Кость трепанируют в пределах секвестральной полости. Значительные секвестры вытягивают пинцетом, мелкие секвестры и грануляции удаляют при выскребании секвестральной полости костной ложкой к здоровым прослойкам кости. Таким же образом выскабливают свищевые ходы. При процессах, которые длительно протекают, свищи иссекают. Лечение небольшой полости проводят пол кровяным сгустком. Полость может быть также заполнена гемостатической губкой с сухим антибиотиком. Рану зашивают с оставлением выпускника. При больших полостях предложены разнообразные методы

«пломбирования» измельченной мышцей, консервированной брюшиной крупного рогатого скота, «щебенкой» из аллогенной лиофилизированной кости, консервированным хрящом.

Заполнение костных полостей нижней челюсти разнообразными биологическими тканями с целью усиления остеогенеза в настоящее время не всегда эффективно. Более перспективным методом устранения костной полости при хроническом остеомиелите является остеопластика мышечным лоскутом на ножке. В тех случаях, когда хирург убежден в полном удалении некротизированных тканей, в полость можно вводить костные трансплантаты. Первичная или отсроченная костная пластика особенно показана в тех случаях, когда в результате секвестрэктомии возникают функциональные и эстетические нарушения, а также больным со сниженной неспецифической или иммунологической реактивностью.

В сомнительных случаях, когда нет уверенности в полном удалении некротизированной ткани, полость рыхло заполняют тампоном, пропитанным йодоформной эмульсией. В меру выполнения полости соединительной тканью тампон подтаскивают и меняют каждые 4-5 дней. В дальнейшем на рану накладывают повторные швы.

При секвестрэктомии мелкоочаговых (гнездных) форм хронического остеомиелита нижней челюсти придерживаются щадящей тактики. Из полости костной ложкой выскабливают грануляции, мелкие секвестры и размягченную кость. Расположенные между остеомиелитическими очагами значительные участки костной ткани сохраняют. Тонкие перегородки, как правило, сохраняются. Сообщение между отдельными полостями и нижнечелюстным каналом является показанием к удалению этих перегородок и формированию одной полости.

Секвестрэктомии на нижней челюсти по показаниям должно предшествовать шинирование. Зубы с омертвевшей пульпой трепанируют и поддают консервативной терапии, а если она невозможна, то удаляют.

В стадии стабилизации хронической фазы одонтогенного остеомиелита в случае превалирования репаративной регенерации принимают меры по предупреждению обострения воспалительного процесса, повышают иммунологическую реактивность и усиливают неспецифические факторы защиты путем проведения иммунотерапии назначения микробных полисахаридов (пирогенал, продигозан) поливитаминов, солей кальция и фосфора. По показаниям применяют также анаболические гормоны (ретаболил, неробол).

15. ПЛАН И ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА УЧЕБНОГО ЗАНЯТИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

№ из/п	Этапы занятия	Распределение времени	Виды контроля	Средства учебы
1.	Подготовительный этап	30 мин.	Устный опрос за перечнем вопросов. Письменное тестирование.	Компьютер (ноутбук). Мультимедийные методические разработки. Анатомические муляжи. Видео- и фотоматериалы. Электронные справочники.
1.1	Организационные вопросы			
1.2	Формирование мотивации			
1.3	Контроль начального уровня подготовки (стандартизированные средства контроля)			
2.	Основной этап (указать все виды работ, которые выполняют студенты во время этого этапа).	60 мин.	Практический тренинг. Решение клинических задач. Создание алгоритмов врачебных действий, профессиональный тренинг.	Рентгенограммы, ортопантограммы, томограммы. Набор инструментария. Результаты лабораторных, цитологических и гистологических исследований.
3.	Заключительный этап	45 мин.	Тестирование. Практические задания. Ситуационные и нетипичные задачи. Устный опрос.	
3.1	Контроль конечного уровня подготовки			
3.2	Общая оценка учебной деятельности студента			
3.3	Информирование студентов о теме			

	следующего занятия		
--	--------------------	--	--

4.5. Виды самостоятельной работы студентов.

1. Выучить такие вопросы ($\alpha= I$) :

- 1.1. Этиология и патогенез остеомиелита челюстей.
- 1.2. Классификация остеомиелита челюстей.
- 1.3. Клиническая картина остеомиелита челюстей.
- 1.4. Диагностика и дифференциальная диагностика остеомиелита челюстей.
- 1.5. Лечение остеомиелита челюстей.

2. Тестовые задания с единичным правильным ответом ($\alpha= II$) :

2.1. Следствием секвестра челюсти при остеомиелите может быть:

А. Регенерация костной ткани.

В. Регионарный лимфаденит.

С. Образование свища.

Д. Патологический перелом.

Е. Все перечисленное.

(Правильный ответ: Е)

2.2. Опишите изменения костной ткани при остром остеомиелите:

А. Разрастание грануляций.

В. Лакунарная резорбция костных балок.

С. Склероз.

Д. Регенерация костных балок.

Е. Тканевой атипизм.

(Правильный ответ: В)

2.3. Остеомиелит челюсти - это:

А. Воспалительный процесс, который будет поражать ткани пародонта и распространяется на прилегающие к нему костные структуры.

В. Заболевание, которое характеризуется распространением воспалительного процесса из пародонта на надкостницу альвеолярного отростка и тело челюсти.

С. Специфический воспалительный процесс в костной ткани челюсти.

Д. Патологическое состояние, предопределенное гипофункцией паращитовидных желез.

Е. Инфекционно-аллергический гнойно-некротический процесс, который развивается в кости под воздействием внешних или внутренних факторов.

(Правильный ответ: Е)

3. Тестовые задания с множественным выбором:

3.1. Назовите теории возникновения остеомиелита челюстей.

А. Вайсблата.

В. Боброва-Лекслера.

С. Матас-Берини.

Д. Снежко-Держанова.

Е. Семенченко.

(Правильный ответ: В, D, Е)

3.2. Остеомиелит челюсти может осложняться:

А. Одонтогенным сепсисом.

В. Резорбцией костной ткани.

С. Секвестрацией омертвевших участков костной ткани.

Д. Образованием свищей.

Е. Аллергическими кожными реакциями.

(Правильный ответ: А, В, С, D)

3.3. Остеомиелит челюсти, как гнойно-некротический процесс, характеризуется поражением:

А. Костного мозга.

В. Основного вещества кости.

С. Надкостницы.

Д. Околочелюстных мягких тканей.

Е. Фасций и мышц.

(Правильный ответ: А, В, С, D)

4. Задачи для самоконтроля:

4.1. Больной В., 37 лет, госпитализированный в челюстно-лицевое отделение по поводу хронического

одонтогенного остеомиелита нижней челюсти в области 48, 47, 46 зубов. Болеет около 2-х месяцев. Объективно: при зондировании свища определяется оголенный шершавый участок кости, который смещается при нажатии. На рентгенограмме нижней челюсти – очаг деструкции, в центре которого расположен секвестр 1,0x1,5 см, полностью отграниченный от здоровой костной ткани. Выберите метод лечения больного.

- A. Стимулирующая терапия.
- B. Секвестрэктомия.
- C. Санация полости рта.
- D. Антибиотикотерапия.
- E. Секвестрэктомия и удаление 47.

(Ответ: B).

4.2. Больному, 35 лет, трое суток назад был удален 47, после чего его состояние ухудшилось. Объективно: больной бледен, температура тела 38,1 °С, нижняя челюсть слева муфтоподобно утолщена, мягкие ткани вокруг нее отечны, открывание рта затруднено. Переходная складка на уровне 48, 47, 46 отекшая, слизистая оболочка гиперемована, из лунки 47 выделяется гной, перкуссия 48, 46, 45 болезненная. В области нижней губы – парестезия. Какой наиболее достоверный диагноз?

- A. Острый остеомиелит нижней челюсти.
- B. Острый периостит нижней челюсти.
- C. Флегмона подчелюстной области.
- D. Острый периодонтит 47 зуба.
- E. Нагноение радикулярной кисты нижней челюсти.

(Ответ: A).

4.3. Больной, 43 лет, жалуется на подвижность 34, 36, 37 зубов, выделение гноя из лунки удаленного 35 зуба. Полтора месяца назад сделано рассечение по переходной складке и удален 35 зуб. Объективно: в левой щечной области – плотная припухлость мягких тканей. лимфоузлы левой подчелюстной области увеличены, слабо болезненные. Слизистая альвеолярного отростка в области 34, 36, 37 зубов отечна, синюшного цвета. По переходной складке – свищ с выбухающими грануляциями. В лунке удаленного 35 зуба – гнойные грануляции. Какой наиболее вероятный диагноз?

- A. Обострение ограниченного пародонтита.
- B. Хронический диффузный остеомиелит.
- C. Хронический ограниченный остеомиелит.
- D. Хронический rareфицирующий периостит.
- E. Хронический альвеолит.

(Ответ: C).

4.6. Перечень индивидуальных заданий (если их выполнение при изучении данного модуля предвидено рабочей учебной программой из дисциплины).

Не предвидено.

4.8. Перечень теоретических вопросов к итоговому модульному контролю (из типовой учебной программы).

11. Остеомиелит челюстей. Этиология, теории патогенеза, классификация.
12. Одонтогенный остеомиелит челюстей. Острая стадия. Клиника, диагностика, лечение.
13. Одонтогенный остеомиелит челюстей. Хроническая стадия. Клиника, диагностика. Консервативное лечение. Операция секвестрэктомии. Показание, сроки выполнения и ее методика. Профилактика осложнений.
14. Особенности клинического течения одонтогенного остеомиелита нижней и верхней челюстей. Зависимость от анатомо-топографических особенностей. Осложнение остеомиелита.
15. Дифференциальная диагностика острого периодонтита, периостита и остеомиелита челюстей.
16. Особенности клинического течения, диагностики и лечения неодонтогенного острого остеомиелита челюстей.
17. Гематогенный острый остеомиелит верхней челюсти: этиология, клиника, осложнение и лечение.

4.9. Перечень практических заданий и работ к итоговому модульному контролю (из типовой учебной программы).

36. Провести опрос больного и на его основании сделать запись в истории болезни.

37. Провести обследование амбулаторного хирургического стоматологического больного и сделать об этом запись в истории болезни.

38. Провести обследование периферийных лимфатических узлов челюстно-лицевой области, шеи и слюнных желез.
39. Установить предварительный диагноз на основе опроса больного и его обследования (больного с периодонтитом, периоститом, остеомиелитом челюстей и флегмоной челюстно-лицевой области).
40. Знать схему и уметь доложить о больном преподавателю; обосновать диагноз и составить план лечения.
41. Подготовить набор инструментария для обследования хирургического стоматологического больного.
42. Подготовить набор инструментария, необходимого для секвестрэктомии.
43. Уметь прочесть и установить предварительный диагноз за рентгенограммами при такой патологии:
- а) периодонтит;
 - б) остеомиелит костей лицевого скелета, гайморит;
 - в) травматические повреждения зубов - вывих и перелом;
 - г) вывихи височно-нижнечелюстного сустава;
 - д) повреждение костей лицевого скелета (челюстей, скуловой кости, костей носа);
 - ж) заболевание слюнных желез.
44. Уметь выполнить любой вид местного обезболивания в челюстно-лицевой области.

16. ЛИТЕРАТУРА.

Основная литература:

13. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2 т. – Т. 1 / В.О. Маланчук, О.С. Воловар, І.Ю. Гарляускайте та ін. – К. : ЛОГОС, 2011. – С. 190–216.
14. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А. Тимофеев. – К. : Червона Рута-Турс, 2002. – С. 201–226
15. Бернадський Ю.Й. Основи щелепно-лицевої хірургії і хірургічної стоматології / Ю.Й. Бернадський. – К. : Спалах, 2003. – С. 99–122.

Дополнительная литература:

13. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: В 2-х темах. / Под ред. В.М. Безрукова, Т.Г. Робустовой. - Изд. 2-е, перераб. и доп. – М. : Медицина, 2000. Т. 1. – С. 113–129.
14. Хирургическая стоматология в схемах и таблицах: Учеб. пособие для студентов и врачей-интернов / Г.П. Рузин, А.А. Дмитриева – Харьков : ХГМУ, 2001. – С. 21–30.
15. Хирургическая стоматология: Учебник / Под ред. Т.Г. Робустовой. – М. : Медицина, 1999. – С. 132–147.

№ 6. Одонтогенный гайморит: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, консервативные и хирургические методы лечения. Устранение ороантральных сообщений.

1. КОНКРЕТНЫЕ ЦЕЛИ:

- 1.1. Анализировать распространенность одонтогенного гайморита.
- 1.2. Объяснять причины возникновения одонтогенного гайморита.
- 1.3. Предложить новые подходы в диагностике одонтогенного гайморита.
- 1.4. Классифицировать одонтогенный гайморит.
- 1.5. Трактовать данные рентгенологических и других дополнительных методов исследований при одонтогенном гайморите.
- 1.6. Рисовать схемы обследования пациентов с разными формами одонтогенного гайморита.
- 1.7. Проанализировать осложнения, последствия и прогноз при разных формах одонтогенного гайморита.
- 1.8. Составить план обследования и лечения больных с одонтогенным гайморитом.

23. БАЗОВЫЙ УРОВЕНЬ ПОДГОТОВКИ

Названия предыдущих дисциплин	Полученные навыки
1. Анатомия человека.	Знать анатомию челюстно-лицевой области, топографию, возрастные особенности строения верхнечелюстного синуса. Определить на муляже (череп) проекцию

	верхнечелюстного синуса.
2. Патоморфология с секционным курсом.	Знать морфологическое строение и морфологическую структура патологически-измененных тканей челюстно-лицевой области в целом и верхнечелюстного синуса в частности. Распознавать патологически измененные ткани. Уметь взять материал для патоморфологического исследования.
3. Патофизиология.	Знать этиологию и патогенез заболеваний, обмен веществ в патологически измененных тканях. Уметь логично представить этиопатогенетическую цепь развития одонтогенного гайморита.
4. Хирургические болезни.	Знать методы обработки рук хирурга. Уметь составить алгоритм оперативного вмешательства во время радикальной гайморотомии и пластического закрытия ороартрального сообщения.

3. ОРГАНИЗАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА

Воспаления верхнечелюстной пазухи развиваются чаще всего при остром рините, инфекционных заболеваниях, особенно респираторных. Гаймориты, что возникают в результате инфицирования пазухи со стороны зубов, относят к одонтогенным. Мнения о частоте воспаления верхнечелюстной пазухи одонтогенного происхождения не однозначны.

Одонтогенные гаймориты, как и риногенные, вызываются гноеродной инфекцией. Чаще всего возбудителями заболевания является золотистый и эпидермальный стафилококк, стрептококк, кишечная палочка и другие микроорганизмы.

Относительно частое инфицирование верхнечелюстной пазухи со стороны пародонтальных патогенных очагов обусловлено анатомо-топографическими особенностями этого участка. В связи с этим некоторые авторы называют такие гаймориты стоматогенными. При низком расположении верхнечелюстной пазухи верхушки корней премоляра и моляра отделены от ее только тонкой костной пластинкой. В случаях возникновения периапикальных очагов эта пластинка может резорбироваться.

Относительно частого повреждения и инфицирования верхнечелюстной пазухи при хирургическом и консервативном лечении малых и больших коренных зубов верхней челюсти объясняются их анатомическими особенностями. По данным В.М Уварова (1962), более 50% одонтогенных гайморитов развиваются в результате перфорации верхнечелюстной пазухи во время операции удаления зубов верхней челюсти. Перфорацию дна верхнечелюстной пазухи автор объясняет не только анатомо-топографическим своеобразием этого участка, но и погрешностями в техники удаления зубов.

Воспалительные процессы в пародонтальных тканях зубов, которые прилегают к дну верхнечелюстной пазухи, разнообразные оперативные вмешательства в области этих зубов и альвеолярного отростка верхней челюсти, эндодонтические манипуляции могут быть источником инфицирования верхнечелюстной пазухи. Долгосрочно существующий патологический процесс в периапикальных тканях и пародонте зубов верхней челюсти, которые прилегают к дну верхнечелюстной пазухи, в большинстве случаев также не вызывает гайморит, хотя при этом верхнечелюстная пазуха несомненно инфицируются в результате контакта или распространения процесса по лимфатическим сосудам.

Патогистологические исследования слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи после прорыва ее дна, проведенные Г.П. Махраковой (1967), свидетельствовали о наличии в ней грубых дистрофических изменений, которые не могли развиваться сразу же после удаления зуба и возникновения перфорационного отверстия. По мнению автора, частые обострения воспалительного процесса в участке периапикальных очагов зубов, что прилежат к дну верхнечелюстной пазухи, вызывают изменения слизистой оболочки, которая устилает, как бы готовя последнюю к возникновению в ней воспаления.

В патогенезе острого и особенно хронического гайморита существенную роль играют общее состояние больного, недавно перенесенные заболевания, которые истощают организм и изменяют его реактивность. При хронических одонтогенных гайморитах достаток инфильтрата из лимфоидных и плазматических клеток в слизистой оболочке верхнечелюстной пазухи, а также примесь эозинофилов свидетельствуют о местных иммунных процессах.

Важное значение имеют вопросы классификации гайморитов, особенно при их диагностике и выборе рационального метода лечения. Для практического использования необходима классификация, которая больше всего полно отбивала бы основные клинические признаки заболевания. Этим требованиям отвечает клинико-морфологическая классификация параназальных синуситов, предложенная Д.И. Тарасовым и В.П. Быковой (1979). Авторы различают острые и хронические синуситы, а последние подразделяют на нормэргические и гиперэргические (аллергические). Острые синуситы могут быть серозными, катаральными, фибринозно-гнойными, геморрагическими. В хронических синуситах выделяют две основных группы - пристенно-гиперпластические и полипозные. В эти группы входят такие подгруппы: серозные, катаральные, гнойные (псевдогнойные в делении гиперпластических синуситов). Форма и вид воспалительной реакции определяются характером экссудата. Воспаление бактериальной природы, к которому относят одонтогенный гайморит, часто протекает как гнойное. Воспаление вирусной природы обычно серозное, катаральное или геморрагическое.

Острый одонтогенный гайморит. Заболевание сначала сопровождается чувством давления и напряжения в участке пораженной пазухи, односторонним «закладыванием» носа. В тяжелых случаях появляются резкие боли соответственно расположению верхнечелюстной пазухи, иррадиирующие по разветвлениям тройничного нерва в лоб, висок, глаз, зубы верхней челюсти. Одонталгии возникают в результате вовлечения в воспалительный процесс альвеолярных ветвей верхнечелюстного нерва, которые проходят в участке переднебоковой и заднебоковой стенок пазухи. Заболевание протекает при повышенной температуре тела, появляются общая слабость, иногда бессонница.

Частыми симптомами острого одонтогенного гайморита есть головная боль, гнойные выделения из соответствующей половины носа, что усиливаются при наклоне головы, болезненность при пальпации клыковой ямки, а также при перкуссии зубов, расположенных в участке дна пораженной верхнечелюстной пазухи. В ряде случаев появляется припухлость щеки.

При передней риноскопии определяется отечность слизистой оболочки носа, слизисто-гнойные или гнойные выделения из среднего носового хода. Рентгенологически острый гайморит характеризуется диффузионным или пристеночным снижением воздушности (прозрачности) верхнечелюстной пазухи.

В последние годы, острый одонтогенный гайморит стал нередко осложняться отеком, флегмоной орбиты, тромбозом мозговых синусов.

Диагноз ставят на основании клинического и рентгенологического исследования. В случае подозрения на одонтогенный гайморит старательно исследуют полость рта и зубы, проводят рентгенографию альвеолярного отростка в участке дна верхнечелюстной пазухи, электроодонтометрию.

Если этих данных недостаточно для установления диагноза, прибегают к проколу стенки верхнечелюстной пазухи, обычно через нижний носовой ход, и следующему ее промыванию. Прокол верхнечелюстной пазухи делают после аппликационной анестезии слизистой оболочки полости носа 3% раствором кокаина или 1% раствором дикаина с добавлением адреналина. В последние годы отдается предпочтение 2% раствора пиромекаина. Иглу Куликовского, специальный троакар или толстую пункционную иглу вводят в пазуху под нижней носовой раковиной, на 1-1,5 см кзади от ее переднего конца. После некоторого сопротивления чувствуется внезапное «проваливание» иглы в верхнечелюстную пазуху. Легкими рычагообразными движениями проверяют, свободный ли конец иглы в пазухе, после чего пробуют отсосать ее содержимое. Не стоит слишком энергично делать отсасывание и вводить воздух из шприца в пазуху. После отсасывания экссудата верхнечелюстную пазуху под слабым давлением промывают раствором антисептика в количестве 150-200мл.

Для диагностики гайморита в последние годы рядом с традиционными методами используют эхографию с помощью отечественных аппаратов «Ехо-11», «Ехо-12», ультразвук. Лечение острого одонтогенного гайморита должно быть комплексным. Обязательно удаляют зуб, который является источником инфицирования пазухи. В случаях острого гайморита, который осложняет течение периостита, остеомиелита или кисты верхней челюсти, которая нагнаилась, дополнительно рассекают ткани в участке верхнего свода преддверия рта и дренируют гнойный очаг.

При тяжелом течении заболевания, выраженной интоксикации организма в течение 7-9 суток проводят лечение антибиотиками в возрастных дозах. Назначают также сульфаниламиды, десенсибилизирующие средства (димедрол, супрастин, пипольфен, глюконат кальция, жаропонижающие и анальгетики, физиотерапию (УВЧ, СВЧ). Для улучшения оттока экссудата в нос вводят сосудосуживающие препараты (5% раствор эфедрина гидрохлорид, санорин, нафтизин). Однако нет уверенности в том, что при такой терапии все содержание эвакуируется из пазухи.

Особое значение при лечении острого гайморита предоставляется проколу верхнечелюстной пазухи через нижний носовой ход со следующим ее промыванием лечебными растворами (раствор риванола 1:1000, раствор фурацилина 1:5000, калия перманганата 1-2 раза в сутки).

Хронический одонтогенный гайморит иногда возникает в результате неполного лечения острого процесса. Однако более частое заболевание развивается без предшествующих острых явлений. Оно оказывается такими основными симптомами: гнойными выделениями из соответствующей половины носа нередко со зловонным запахом, нарушением носового дыхания, односторонней головной болью и чувством тяжести в голове, парестезиями и болью в участке разветвлений верхнечелюстного нерва. Некоторые из этих симптомов могут быть меньше выраженные или отсутствующие. При гнойных формах заболевания, а также свищах челюстных пазух, выделений из носа обычно нет.

На рентгенограмме отмечается снижение прозрачности пазухи, что при гнойной форме гайморита становится интенсивным и гомогенным. При полипозной форме отмечается пристеночная «вуаль» и тени неравномерного размера. В этих случаях большую информацию дает контрастная рентгенография. Она позволяет не только уточнить диагноз заболевания, но также установить протяженность и точную локализацию патологического процесса.

Гаймороскопия должна проводиться в тех случаях, когда есть взаимоисключающие данные клинического и рентгенологического обследования, а также для контроля процессов заживления пазух после операции и при решении вопроса о повторной операции.

Хронический гайморит стоит дифференцировать от околокорневых кист, злокачественных опухолей верхней челюсти.

В следствие врастания околокорневых кист в верхнечелюстную пазуху резко деформируются ее стенки. В дальнейшем происходит их истончение и даже резорбция, которая клинически проявляется симптомами пергаментного хруста и флюктуации. Чаще поражаются передне-внешняя и нижняя стенки пазухи. Киста, которая возникла в результате гранулематозного периодонтита передних зубов верхней челюсти, растет в сторону грушевидного отверстия. В этих случаях отмечается выпячивание у нижнего носового хода (валик Гербера). При локализации кисты в участке нижних отделов верхнечелюстной пазухи происходит деформация, выбухание альвеолярного отростка верхней челюсти, в случае расположения кисты в средних отделах - выбухание в участке клыкковой ямки.

Нередко появляются ощущения тяжести, распирания в подглазном участке, боль, иррадиирующая вдоль разветвлений тройничного нерва, головная боль. При нагноении кисты появляются общие и местные симптомы острого или обострившегося гайморита. Для кисты верхней челюсти, проросшей в верхнечелюстную пазуху, характерным рентгенологическим признаком является куполообразный контур границы нарушения ее прозрачности. Более информативная в этих случаях контрастная рентгенография.

Злокачественные опухоли верхнечелюстной пазухи в начальных стадиях заболевания имеют симптоматику, подобную хроническому гаймориту. Больные жалуются на заложенность носа, гнойные выделения, боль в участке верхней челюсти с иррадиацией в зубы, в висок. В отличие от гайморита при опухоли боль носит более рьяный характер, постепенно усиливается. Выделения из носа часто имеют ихорозный запах. Наблюдаются примесь крови к носовому секрету или носовому кровотечению. Обычное противовоспалительное лечение (применение антибиотиков, сосудосуживающих средств, пункции пазухи) не дает эффект. Симптомы заболевания нарастают.

Распространение опухоли проявляется деформацией стенок пазухи, сдвигом глазного яблока. В ряде случаев опухолевидные разрастания значительные в полости носа или полости рта (в лунке удаленного зуба). Рентгенологически при опухоли отмечается интенсивное нарушение прозрачности верхнечелюстной пазухи и деструкция костных стенок. При подозрении на опухоль делают цитологическое или патогистологическое исследование, диагностическое раскрытие верхнечелюстной пазухи.

Одонтогенные гаймориты в отличие от риногенных, имеют ряд отличительных признаков: 1) боль в зубе или пародонтальных тканях, что предшествует заболеванию; 2) наличие в участке верхней челюсти соответственно дну пазухи воспалительного процесса (периодонтит, патологический зубодесневой карман при пародонтите или пародонтозе, кисте, что нагноилась, остеомиелите); 3) наличие перфоративного отверстия в участке дна пазух; 4) асимметрия лица и болезненность при пальпации передне-латеральной стенки пазух; 5) наличие выделений из носа, крошко-творожных масс в промывной жидкости; 6) изолированное поражение одной верхнечелюстной пазухи.

Лечение. Хронический одонтогенный гайморит лечат консервативными и хирургическими методами. Лечение заключается в удалении патологического содержимого из пазухи, возобновлении ее дренажной функции, проведении общей и местной этиотропной и патогенетической терапии.

Консервативно излечиваются серозные, катаральные, гнойные, а в ряде случаев и пристеночные гиперпластические формы хронического гайморита, особенно при небольших сроках заболевания. Как консервативное, так и хирургическое лечение хронических гайморитов начинают с устранения одонтогенного воспалительного очага. Потом консервативное лечение заболевания осуществляют с помощью дренирования верхнечелюстной пазухи полиэтиленовой или полихлорвиниловой трубкой в течение 1-2 недель. Дренажную трубку вводят при проколе иглой медиальной стенки пазухи. Длительная катетеризация позволяет избежать ряда осложнений, которые могут возникнуть при повторных пункциях пазух.

Перед введением антибиотиков, верхнечелюстную пазуху промывают антисептическим раствором (йодинол, риванол, фурацилин). Через наличие в пазухе обильного гноя, фибриновых пленок, густой слизи, лекарственные вещества, которые вводятся, имеют малый контакт со слизистой оболочкой, а следовательно, лечебный эффект окажется недостаточным. Результаты местной терапии значительно улучшаются после предыдущего введения в пазуху ферментных препаратов (трипсин, химопсин, химотрипсин), которые обладают выраженной муколитической, фибринолитической, противоотечным и противовоспалительным действием. Ферменты вводят одновременно с антибактериальными препаратами или последние вливаются через 30 мин. после промывания пазухи. В.Н. Веремеенко и соавт. предложили для местного лечения острых и хронических гайморитов смесь такого состава: трипсина кристаллического 0,01, лизоциму 0,05, мочевины 0,48 р, морфоциклина 0,01 р (1000 ОД), глицерина, и дистиллированной воды по 2,5 г. Отличные результаты местного лечения хронических гайморитов 10 % спирто-масляную эмульсией прополиса. Для достижения терапевтического эффекта при одностороннем гайморите в среднем проводили 3-4 пункции. Клиническое выздоровление наступало на 9-17-е сутки. Местное лечение, дополняют физиотерапией (УВЧ, СВЧ). Однако опыт многих стоматологических клиник свидетельствует о том, что лечение консервативными методами хронических одонтогенных гайморитов, особенно полупозных и пристеночно-гиперпластических форм, наступает редко. При таких разновидностях заболевания показано оперативное вмешательство на верхнечелюстной пазухе по Колдуэл-Люку.

Операции на верхнечелюстных пазухах делают под местной инфильтрационной и проводниковой анестезией. При склеротическом типе верхнечелюстной пазухи целесообразно блокировать верхнечелюстной нерв в крыловидной ямке. С целью седативного эффекта и потенцирования местной анестезии в предоперационном периоде применяют разнообразные медикаментозные смеси, которые включают болеутоляющие, снотворные и нейролептические препараты. В случае индивидуальной непереносимости местных анестетиков, повышенной возбудимости и эмоциональной лабильности больного, радикальную операцию на верхнечелюстной пазухе проводят под эндотрахеальным обезболиванием.

Основными этапами операции по Колдуэл-Люку является: резекция передне-боковой стенки, удаления из верхнечелюстной пазухи гноя, полипов, слизистой оболочки и образования широкого соустья пазухи с нижним носовым ходом. При операции по Колдуэл-Люку рассекают слизистую оболочку и надкостницу в преддверии рта ниже переходной складки от клыка ко второму моляру. В случаях ревизии альвеолярного отростка, а также одновременного проведения секвестрэктомии формируют трапециевидный лоскут по Вассмунду-Нейману-Заславскому.

В настоящее время не принято удалять всю слизистую оболочку верхнечелюстной пазухи в отличие от методики Колдуэл-Люка, потому что обнаженная кость сначала покрывается грануляционной, позже грубой соединительной тканью, которая нередко ведет к болезни оперируемой пазухи. Удаляют лишь полипнозно измененную часть слизистой оболочки, пытаясь при этом не обнажать саму кость.

Даже одонтогенные гаймориты, что протекают ограниченно, могут сопровождаться реактивными явлениями со стороны других околоносовых пазух (решетчатой, лобной и основной). Хирургическое вмешательство должно дополняться медикаментозным и физическим лечением.

Анатомические особенности премоляра и моляра верхней челюсти есть одной из основных причин возникновения прорыва дна верхнечелюстной пазухи во время оперативных вмешательств в области альвеолярного отростка.

Именно существование прорыва создает условия, которые способствуют возникновению хронического гайморита. Больше всего благоприятным для выхода стоит считать прорыв дна верхнечелюстной пазухи, которая диагностируется сразу после вмешательства при отсутствии в верхнечелюстной пазухе воспалительных явлений и посторонних тел. В таких случаях есть абсолютные показания к немедленному устранению перфорации хирургическим путем. Больше всего эффективная первичная пластика перфорационного отверстия слизисто надкостничным лоскутом.

Рассечение слизистой оболочки проводят от бокового резца по переходной складке преддверия рта, а затем вниз к альвеолярному отростку соответственно месту прорыва верхнечелюстной пазухи. Сформированный лоскут отсепааровывают и смещают к перфорационному отверстию. Для лучшей мобилизации лоскута на уровне бокового резца делают дополнительно так называемое рассечение в виде кочерги, длина которого должна равняться половине ширины перфорационного отверстия. Это отверстие может быть также устранено с помощью трапециевидного щечно-десневого лоскута.

При отсутствии в хирургическом кабинете условий или наличия противопоказаний к оперативному устранению прорыва над устьем лунки помещают свернутый кусочек йодоформной марли, и закрепляют швом или лигатурной проволокой к соседним зубам. Кровяной сгусток, который создается на дне лунки, постепенно замещается соединительной тканью

Наличие в верхнечелюстной пазухе постороннего тела и перфорационного отверстия является показанием к операции по Колдуэл-Люку с одновременным устранением перфорационного отверстия. В таких случаях целесообразно делать трапециевидный разрез.

Закрытие перфорационного отверстия осуществляется чаще щечно-десневым, реже небным лоскутом. При небольшом перфорационном отверстии достаточно «освежить» его края, мобилизовать ткани с вестибулярной и небной стороны, наложить узловые швы. При значительном размере прорыва и длительное сообщение между верхнечелюстной пазухой и полостью рта выкраивают слизисто-надкостные лоскуты со стороны преддверия рта или твердого неба. При особенно неблагоприятных условиях для пластики (повторное вмешательство), мобилизуют трапециевидный щечно-десневой лоскут. Одновременно выкраивают на твердом небе языкоподобный слизисто-надкостный лоскут с основанием в области мягкого неба, которые возвращают под прямым углом к дефекту. После сближения лоскутов накладывают узловые швы.

Непременным условием устранения свища между полостью рта и верхнечелюстной пазухой является элиминация из ее патологически измененных тканей и гнойного экссудата, а также отсутствие натяга сформированных лоскутов. Тампонаду верхнечелюстной пазухи в этих случаях делают йодоформным тампоном на 6-7 дней. Цель тампонады - создание условий для сохранения и организации кровяного сгустка. Раневую поверхность закрывают марлевым тампоном, насыщенным йодоформом. Для удержания и наилучшего прилегания марлевого тампона, а также защиты раневой поверхности во время еды накладывают защитную пластинку, изготовленную из пластмассы. Первую замену тампона проводят через 6-7 дней. После первой перевязки и удаления тампона, верхнечелюстную пазуху в течение нескольких дней промывают 0,02% раствором фурацилина.

17. ПЛАН И ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА УЧЕБНОГО ЗАНЯТИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

№ из/п	Этапы занятия	Распределение времени	Виды контроля	Средства учебы
1.	Подготовительный этап	30 мин.	Устный опрос за перечнем вопросов. Письменное тестирование.	Компьютер (ноутбук). Мультимедийные методические разработки. Анатомические муляжи. Видео- и фотоматериалы.
1.1	Организационные вопросы			
1.2	Формирование мотивации			
1.3	Контроль начального уровня подготовки (стандартизированные средства контроля)			
2.	Основной этап (указать все виды работ, которые выполняют студенты во время этого этапа).	60 мин.	Практический тренинг. Решение клинических задач. Создание алгоритмов врачебных действий, профессиональный тренинг.	Электронные справочники. Рентгенограммы, ортопантограммы, томограммы. Набор инструментария. Результаты лабораторных, цитологических и гистологических исследований.
3.	Заключительный этап	45 мин.	Тестирование. Практические задания. Ситуационные и нетипичные	
3.1	Контроль конечного уровня подготовки			
3.2	Общая оценка учебной деятельности студента			

3.3	Информирование студентов о теме следующего занятия		задачи. Устный опрос.	
-----	--	--	--------------------------	--

4.5. Виды самостоятельной работы студентов.

1. Выучить такие вопросы ($\alpha=I$) :

- 1.1. Этиология и патогенез одонтогенного гайморита.
- 1.2. Причины и механизм возникновения ороартральных сообщений.
- 1.3. Классификация одонтогенного гайморита.
- 1.4. Клиническая картина одонтогенного гайморита и ороартрального сообщения.
- 1.5. Диагностика и дифференциальная диагностика одонтогенного гайморита и ороартрального сообщения.

1.6. Комплексное лечение одонтогенного гайморита.

1.7. Методика пластичного закрытия ороартральных сообщений.

2. Тестовые задания с единичным правильным ответом ($\alpha=II$):

2.1. Нижняя граница верхнечелюстной пазухи располагается в новорожденных:

- A. Ниже дна носовой полости на 5 мм
- B. Ниже дна носовой полости на 3 мм
- C. На уровне дна носовой полости.
- D. Выше дна носовой полости на 3 мм
- E. Выше дна носовой полости на 5 мм

(Правильный ответ: E)

2.2. Каким эпителием выслана верхнечелюстная пазуха у взрослых?

- A. Плоским неороговевающим.
- B. Плоским ороговым.
- C. Многослойным мерцательным.
- D. Цилиндрическим.
- E. Кубическим.

(Правильный ответ: C)

2.3. Какая особенность одонтогенного гайморита?

- A. Чаще имеет острое течение.
- B. Чаще имеет первично-хроническое течение.
- C. Обязательно есть ощущение тяжести в верхней челюсти.
- D. Обязательно есть выделение гноя из соответствующей половины носа.
- E. Обязательно есть выделение гноя из противоположной половины носа.

(Правильный ответ: B)

24. Тестовые задания с множественным выбором:

3.1. Воспалительный процесс из верхнечелюстной пазухи переходит на:

- A. Подвисочную ямку.
- B. Крыло-небную ямку.
- C. Щечную область.
- D. Крыло-челюстное пространство.
- E. Орбиту.

(Правильный ответ: A, B, C, E)

3.2. Что является характерным для риногенного гайморита?

- A. Двусторонность поражения.
- B. Разлитой характер.
- C. Отсутствие причинного зуба.
- D. Выделение гноя из соответствующей половины носа;
- E. Локализация в области дна, передней и внешней стенки верхнечелюстной пазухи.

(Правильный ответ: A, B, C, D)

3.3. Что является характерным для злокачественной опухоли верхней челюсти?

- A. Боли носят настойчивый характер.
- B. Наличие в отделяемом примесей крови.
- C. Наличие причинного зуба.
- D. Носовые кровотечения и ихорозный запах.
- E. Консервативное лечение не дает эффекта.

(Правильный ответ: A, B, D, E)

4. Задачи для самоконтроля:

4.1. Мужчина, 25 лет, обратился с жалобами на боль, ощущение тяжести в верхней челюсти слева. Раньше удален 25 зуб, но улучшение не наступило. Появились гнойные выделения из левого носового хода. Был поставленный диагноз острый одонтогенный гайморит слева. Как правильно провести пункцию верхнечелюстной пазухи?

- A. Через верхний носовой ход.
- B. Через нижний носовой ход.
- C. Через средний носовой ход.
- D. Через верхний и нижний носовой ход.
- E. Через средний и нижний носовой ход.

(Ответ: B)

4.2. После клинического и рентгенологического обследования у больного, 32 лет, установлен диагноз: хронический одонтогенный гайморит, соустье гайморовой пазухи с полостью рта через лунку 27 зуба. Укажите наиболее оптимальный метод оперативного лечения этого заболевания.

- A. Радикальная гайморотомия с пластикой соустья местными тканями.
- B. Пластика соустья местными тканями, противовоспалительная терапия.
- C. Радикальная гайморотомия.
- D. Пластика соустья лоскутом с твердого неба.
- E. Ушивание свищевого хода, промывания гайморовой пазухи.

(Ответ: A)

4.3. Больной, 42 лет, жалуется на боли в 26 зубе, которые усиливаются при сжатии челюстей, слабость, разбитость, повышение температуры тела до 38°C, головную боль, чувство давления в левой половине лица. Левая половина носа заложена, из левой ноздри выделяется слизистая жидкость. Боли в зубе появились 3 дня назад. Объективно: асимметрия лица за счет отека мягких тканей левой подглазной области. Слизистая оболочка носовой полости слева гиперемована. Открывание рта свободно. Слизистая оболочка по переходной складке в области 26 зуба гиперемирована. Коронковая часть 26 разрушенная на 2/3. Перкуссия резко болезненна. Какой наиболее вероятный диагноз?

- A. Острый гнойный периостит от 26.
- B. Острый гнойный периодонтит 26
- C. Острый одонтогенный гайморит.
- D. Одонтогенная флегмона левой подглазничной области
- E. Одонтогенный острый лимфаденит щеки слева.

(Ответ: C)

4.6. Перечень индивидуальных заданий (если их выполнение при изучении данного модуля предвидено рабочей учебной программой из дисциплины).

Не предвидено.

4.8. Перечень теоретических вопросов к итоговому модульному контролю (из типовой учебной программы).

8. Одонтогенный гайморит. Этиология, классификация, клиника, диагностика.

9. Одонтогенный гайморит. Консервативное и хирургическое лечение. Осложнения и их профилактика.

4.9. Перечень практических заданий и работ к итоговому модульному контролю (из типовой учебной программы).

45. Провести опроса больного и на его основе сделать запись в истории болезни.

46. Провести обследование амбулаторного хирургического стоматологического больного и сделать об этом запись в истории болезни.

47. Провести обследование периферийных лимфатических узлов челюстно-лицевой области, шеи и слюнных желез.

48. Установить предварительный диагноз на основе опроса больного и его обследования (больного с периодонтитом, периоститом, остеомиелитом челюстей и флегмоной челюстно-лицевой области).

49. Знать схему и уметь доложить о больном преподавателю; обосновать диагноз и составить план лечения.

50. Подготовить набор инструментария для обследования хирургического стоматологического больного.

51. Обследовать больного с гайморитом, установить диагноз и назначить лечение.

52. Установить диагноз и оказать помощь при перфорации гайморовой пазухи.

53. Уметь выполнить любой вид местного обезболивания в челюстно-лицевой области.

25. ЛИТЕРАТУРА.

Основная литература:

16. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2 т. – Т. 1 / В.О. Маланчук, О.С. Воловар, І.Ю. Гарляускайте та ін. – К. : ЛОГОС, 2011. С. 272–290.

17. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А. Тимофеев. – К.: Червона Рута-Турс, 2002. – С. 226–241.

18. Бернадський Ю.Й. Основи щелепно-лицевої хірургії і хірургічної стоматології / Ю. Й. Бернадський. – К. : Спалах, 2003. – С. 152–163.

Дополнительная литература:

16. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: В 2-х темах. / Под ред. В.М.Безрукова, Т.Г.Робустовой. - Изд. 2-е, перераб. и доп. – М. : Медицина, 2000. Т. 1. – С. 152–167.

17. Хирургическая стоматология в схемах и таблицах: Учеб. пособие для студентов и врачей-интернов / Г.П. Рузин, А.А. Дмитриева. – Харьков : ХГМУ, 2001. – С. 34–42.

18. Хирургическая стоматология: Учебник / Под ред.Т.Г. Робустовой. – М. : Медицина, 1999. – С. 176–194.

№ 7. Специфические заболевания - актиномикоз, туберкулез, сифилис, СПИД: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, консервативные и хирургические методы лечения.

1.КОНКРЕТНЫЕ ЦЕЛИ:

1.7. Анализировать распространенность актиномикоза, туберкулеза и сифилиса в целом и его проявлений в ЧЛЮ; проявления СПИДа в полости рта и ЧЛЮ.

1.2. Объяснять причины и пути заражения актиномикозом, туберкулезом, сифилисом и СПИДом.

1.3. Предложить новые подходы в диагностике специфических заболеваний и СПИДа.

1.4. Классифицировать специфические заболевания.

1.5. Трактовать данные рентгенологических, патоморфологических, серологических исследований при специфических заболеваниях и СПИДе.

1.6. Рисовать схемы обследования пациентов со специфическими заболеваниями ЧЛЮ.

1.7. Проанализировать осложнение, последствия и прогноз специфических заболеваний ЧЛЮ и СПИДа.

1.8. Составить план обследования и лечения больных со специфическими заболеваниями ЧЛЮ.

26. БАЗОВЫЙ УРОВЕНЬ ПОДГОТОВКИ

Названия предыдущих дисциплин	Полученные навыки
1. Анатомия человека.	Знать анатомию челюстно-лицевой области, кровоснабжения и иннервацию мышц головы и шеи. Уметь определить анатомическую область челюстно-лицевой области.
2. Патоморфология с секционным курсом.	Знать гистологическое строение и морфологическую структура патологически-измененных тканей. Распознавать патологически измененные ткани. Уметь взять материал для патоморфологического исследования.
3. Патофизиология	Знать этиологию и патогенез заболеваний, обмен веществ в патологически измененных тканях. Уметь логично представить этиопатогенетическую цепь развития специфических заболеваний и СПИДа.
4. Микробиология, вирусология и иммунология.	Знать биологию возбудителей специфических заболеваний и СПИДа. Уметь трактовать данные серологических реакций при этой патологии.
5. Кожные и венерические болезни.	Знать пути инфицирования сифилисом и клинические проявления, мероприятия профилактики. Уметь диагностировать сифилис на разных периодах течения заболевания.

6. Фтизиатрия.	Знать пути инфицирования туберкулезом и клинические проявления, группы риска, мероприятия профилактики. Уметь диагностировать туберкулез на разных стадиях течения заболевания.
7. Инфекций болезни с эпидемиологией.	Знать пути инфицирования вирусом иммунодефицита человека и первые клинические проявления, группы риска, мероприятия профилактики. Уметь диагностировать проявления ВИЧ-СПИДа в полости рта и ЧЛЮ на разных стадиях течения заболевания.

3. ОРГАНИЗАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА

Актиномикоз

Общие сведения

Больные с актиномикозом челюстно-лицевой области (лица, полости рта, челюстей) и шеи составляют около 60-80% общего числа больных, страдающих этим заболеванием.

По данным Т. Г. Робустовой и В. В. Рогинского (1976), актиномикоз среди воспалительных процессов челюстно-лицевой области составляет от 6 до 8%, по данным Л. А. Луцик, Е. В. Гоцко и И. Я. Ломницкого (1980), - 7,8%. Мужчины заболевают приблизительно в 2-3 раза чаще, чем женщины. Возраст больных бывает разным (от 3 до 83 годов), но чаще всего болеют люди в возрасте 40-50 годов. Раньше считали, что чаще всего заболевают актиномикозом жители сельской местности, связанные с сельскохозяйственными (полевыми) работами. В настоящее время установлено, что эта заболеваемость не связана ни с родом занятий больных, ни с местожительством.

Этиология и патогенез

Открыт возбудитель актиномикоза в 1877 г. Боллинджером у животных, а в 1878 г. Израель впервые обнаружил в воспалительных опухолях человека аналогичные образования, назвав их «лучезарным грибом человека». Эти грибы постоянно вегетируют в полости рта человека, в его верхних дыхательных путях, пищевом канале. В полости рта человека возбудитель можно найти около шеек зубов, в десенных карманах, в ретромолярных капюшонах, в кариозных зубах. Для стоматолога важно знать, что в соскобах из зубов здоровых (относительно актиномикоза) людей можно регулярно выделять аэробные лучезарные грибы, среди которых оказываются культуры, которые владеют способностью к лизису, аналогичному лизису лучезарных грибов, которые выделяются при актиномикозе. Это свидетельствует о потенциальном значении анаэробных лучезарных грибов полости рта в этиологии актиномикоза. Вместе с тем следует учитывать и факт наличия актиномицетов на колосе злаков и стеблях трав, откуда они могут легко проникать в организм человека.

Раньше считалось, что заражение происходит главным образом экзогенным путем. Теперь установлено, что заражение челюстно-лицевого участка и шеи актиномицетами происходит обычно эндогенно, а иногда и экзогенный - из полости рта (через капюшон над зубом мудрости, гангренозные зубы, десенный карман, разрывы слизистой оболочки, операционные разрезы в полости рта) или через поврежденную кожу.

Одноразового попадания лучистых грибов в ткани недостаточно для возникновения заболевания. Только после повторного проникновения их, когда развивается состояние сенсibilизации, возникает картина актиномикоза. Инкубационный период длится 1-3 недели после внедрения актиномицетов. Иногда лучистые грибы, попав в челюстно-лицевой или другой участок, прорастают в стенку кровеносных сосудов и рассеиваются по всему организму – в почки, легкие, головной мозг, кожу, кости, суставы и т. д., вызывая картину генерализованного актиномикоза. Постоянное присутствие актиномицетов в полости рта человека и относительная редкость заболевания актиномикозом объясняются врожденным иммунитетом к подавляющему большинству микробов, которые живут на коже и слизистых оболочках, который, однако, может нарушаться в зависимости от таких местных неблагоприятных факторов, как воспаление и травма, а главным образом – от общих причин, которые снижают реактивность организма и что повышают его чувствительность к возбудителю. В связи с этим следует всегда настороженно относиться к банальному хроническому одонтогенному воспалительному процессу, который очень долго продолжается и вызывает как местные, так и общие изменения. До банального воспаления может присоединиться актиномикотическое. Значение не только специфической, но и неспецифической сенсibilизации доказано в опытах на животных Т. Г. Робустовой.

Пути распространения инфекции при актиномикозе является: контактный, лимфогенный и гематогенный. Распространяясь контактным путем, актиномикотические друзы проникают в рыхлую клетчатку и соединительнотканые прослойки органов и тканей; образуя специфические гранулемы, поражают прилегающие ткани и разрушают их.

Особенно большое значение имеет лимфогенный путь распространения друз. Меньшее значение имеет гематогенный путь, однако возможность прорастания лучистых грибов в стенку сосуда и метастазирования их в другие органы по кровеносному руслу полностью достоверная.

Патологическая анатомия. Различают две формы морфологического проявления актиномикоза: гнойно-некротическую и фиброзную. На месте внедрения лучистого гриба появляются характерные плотные, малоподвижные или совсем неподвижные гранулемы и инфильтраты, воспалительные опухоли. В центре их содержатся друзы грибов – шаровидные сплетения множества отдельных грибов-актиномицетов, образующих плотные крупинки желтовато серого цвета, размером из просяное зерно и меньше. Вокруг друз скапливаются лимфоциты или плазматические клетки, а также ксантомные клетки, то есть соединительнотканые клетки, в цитоплазме которых есть капельки жира, – липоидов. Специфические гранулемы-узлы со временем поддаются некробиозу и расплавлению, но рядом с ними появляются новые гранулемы; гранулемы, что расплавились, разрушают кожу и образуют свищ коже или слизистой оболочке. Если периферический слой гранулем, что состоит из соединительной ткани, разрастается и плотный, воспалительный инфильтрат приобретает деревянистую плотность (фиброзная форма).

Описаны две морфологических формы (гнойно-некротическая и фиброзная) в разных сочетаниях встречаются у человека, потому клинические проявления актиномикоза отличаются большим разнообразием.

Классификация актиномикоза головы и шеи

Актиномикоз головы и шеи разделяют на три группы в зависимости от глубины поражения: 1) глубокая, или мышечная форма, которая локализуется в толще мышц и межмышечной клетчатке, 2) подкожная форма – локализуется в подкожной основе; 3) кожная форма – захватывает только кожу. К. И. Бердиган (1958) классифицировал актиномикоз челюстно-лицевого и шейного участков таким образом: 1) кожная форма; 2) кожно-мышечная форма; 3) костно-мышечная, которая в свою очередь делится на: а) деструктивную и б) неопластическую; 4) генерализованная форма, которая захватывает кожу, мышцы, кость, слизистую оболочку полости рта.

Наиболее полной следует признать классификацию, предложенную Т. Г. Робустовой (1992): кожная (встречается в 0,3% больных актиномикозом челюстно-лицевого участка), подкожная (в 16,9%), подслизистая оболочка (0,6%), слизистая оболочка (0,3%), одонтогенная актиномикозная гранулема, что локализуется в коже и подкожной клетчатке, подслизистой ткани и поднадкостнично (8,9%), подкожномышечная (28,9%), актиномикоз лимфатических узлов (30,7%), актиномикоз периоста челюсти (0,9%), актиномикоз кости челюсти (6,9%), актиномикоз органов полости рта и других отделов челюстно-лицевого участка (язык, слюнные железы, миндалины верхнечелюстные пазухи, придатки глаз) – 36,5%. Классификация эта предусматривает выделение среди кожных форм - пустулезной, бугорковой и смешанной, а среди подкожных форм – абсцедирующей, гуммозной и смешанной.

До осложнений подкожномежмышечной формы актиномикоза относят: вторичное актиномикотическое поражение костей лицевого скелета, а также метастазирование и генерализацию актиномикотического процесса.

Клиника

По клиническому течению следует различать актиномикоз, неосложненный вторичной инфекцией, и актиномикоз, осложненный вторичной инфекцией. Кроме того, в зависимости от выраженности клинических симптомов и их тяжести, нужно различать легкую, среднюю и тяжелую формы актиномикоза.

Клиника неосложненного актиномикоза. Чаще всего в мягких тканях ретромолярного треугольника, лица, шеи, подчелюстной области появляется безболезненный или мало болезненный инфильтрат, в пределах 1-2 лимфоузлов. На первых порах он имеет вид ограниченного узла, плотного, подвижного, не спаянного с окружающими тканями. В более поздней стадии процесс не имеет резких границ, становясь разлитым, таким, которое не контурирует. Пальпаторно обнаруживается «деревянистой» плотности инфильтрат, безболезненный или мало болезненный при нажатии. Локализуясь в околоушной, зачелюстной области, ретромолярном треугольнике, воспалительный процесс распространяется на жевательную мускулатуру и вызывает сравнительно ранний симптом – безболезненный тризм челюстей; позже появляется отечность половины лица, век, нарушение мимической мускулатуры. Значительный инфильтрат шеи затрудняет повороты головы. Попытка открыть рот не вызывает, как правило, болевой реакции. Температура тела субфебрильная, общее состояние больного удовлетворительно, но постепенно больные тощают из-за невозможности нормально питаться. Через разные сроки от момента появления инфильтрата наступает размягчение

его, а кожа над ним приобретает красно-синюшно-фиолетовый оттенок, появляются множественные кожные и внутриротовые свищи, через которые наружу или в полость рта выделяется своеобразный гной с крупинками друз. Кожа вокруг свищей утончена. Количество гноя то значительное, то мизерное, то абсолютно исчезает, после чего свищи закрываются, но спустя некоторое время они рецидивируют, возникая рядом. Если процесс локализуется под кожей и не вовлекает жевательную мускулатуру, тризм отсутствует, но подкожные шаровидные инфильтраты быстрее размягчаются и быстрее осложняются свищами.

Клиника осложненного актиномикоза. Если к актиномикозу присоединяется вторичная инфекция, заболевание протекает тяжелее, с высокой температурой тела и интоксикацией. После проведения разрезов, или непроизвольного раскрытия абсцессов и флегмон остаются незаживающие стойкие свищи. Осложненной формой актиномикоза следует считать и такую, при которой в процесс вовлекаются челюсть, кость орбиты, скуловая кость, височные и лобные кости, а также более отдаленные участки организма, то есть когда наступает генерализация процесса (актиномикозный сепсис). С 1970 года участились случаи метастазирования актиномикоза в мозг и органы брюшной полости.

Тяжелым и грозным осложнением актиномикоза челюстно-лицевого участка и шеи является амилоидоз внутренних органов, который развивается обычно на фоне тяжелых сопутствующих заболеваний; очевидно, актиномикоз и снижение иммунологической сопротивляемости этих больных обуславливают постоянное всасывание в их организм продуктов тканевого распада, который влечет за собой глубокие нарушения обмена веществ в организме, а прежде всего – белкового. Следовательно, даже без присоединения вторичной инфекции они являются очень тяжелыми хроническими заболеваниями.

Диагноз и дифференциальный диагноз

Только близко в 8% больных актиномикозом устанавливается правильный диагноз вне клиники. Это объясняется тем, что многие врачи ошибочно представляют себе актиномикоз как заболевание, которое начинается и заканчивается однотипно. Однако актиномикоз проявляется достаточно разнообразно, что выходит далеко за пределы трафаретных представлений, обычных для практического врача. Поэтому каждый практический врач обязан научиться отличать актиномикоз от банальных (неспецифических) воспалительных процессов – ретромолярного периостита в связи с затрудненным прорезыванием нижнего зуба мудрости, острого и хронического одонтогенного остеомиелита, одонтогенной подкожной мигрирующей гранулемы, туберкулеза челюсти, языка, лимфоузлов, верхнечелюстных пазух и др.

Для этого следует, прежде всего, всегда твердо помнить, что все острые одонтогенные процессы отличаются особым анамнезом, наличием гангренозного зуба, высокой температурой тела, болью, изменениями картины крови, что быстро идет на спад после операции и медикаментозного лечения.

Для хронического остеомиелита челюсти характерные следующие симптомы: одиночный свищ, наличие остеопороза и секвестра или грануляций, что выпирают из свища; кожа не имеет синюшный оттенок, а инфильтрат не имеет деревянистую плотность и множество свищей. Секвестрэктомия и кюретаж приводят к выздоровлению.

Одонтогенная подкожная гранулема всегда имеет тяж, что ведет к «причинному» - гангренозному зубу, удаление зуба приводит, как правило, к выздоровлению.

Туберкулез челюсти также характеризуется рядом специфических симптомов, как и поражение лимфоузлов.

Несмотря на достаточно определенную четкость клинической симптоматики перечисленных заболеваний, во многих случаях точное обоснование диагноза актиномикоза представляет значительные трудности, а потому врачу придется прибегать к ряду специальных исследований (микробиологических, иммунологических, гистологических и др.).

Данные микроскопии. Если есть свищ, в гное можно обнаружить друзы актиномицетов; если же еще нет свища, получают гной с помощью пункции или через разрез. В гное видно зернышки желтовато серого цвета. Их кладут на предметное стекло, придавливают покровным стеклом; под предметное стекло опускают 1-2 капли 5% раствора едкого кали, которое растворяет белые и красные кровяные тельца, или дистиллированной воды (Т. Г. Робустова, 1958). Под микроскопом видно друзы, то есть колонии гриба; они округлой формы, бесструктурные в центре и ветвисто радиальные по периферии. Под большим увеличением в центре колонии видно тонкие разветвленные нити мицелию в виде войлочного клубка, от которого отходят булавовидные образования с колбовидным вздутием на концах.

Опытный глаз может отметить и характерные для актиномикоза ксантомные клетки. При этом необходимо учитывать, что в отдельных случаях выявление лучистого гриба не является основанием для установления

диагноза актиномикоза, поскольку у некоторых больных с наличием в челюстной кости хронического остеомиелита, рака и других заболеваний иногда можно обнаружить отдельные актиномикозные друзы. В этих случаях наличие гриба следует рассматривать как вторичную инфекцию.

Данные биопсии: под микроскопом видно характерные актиномикозные гранулемы.

Серологическая или иммунологическая реакция проводится с поливалентным актинолизатом (как антиген) и сывороткой крови больного. Эта реакция впервые предложена в 1922 г., а затем разработана С. Ф. Дмитриевым, М. Ф. Фирюковой, Р. О. Сутеевым и др. Оценка результата этой реакции связывания комплемента происходит немедленно же после наступления гемолиза в контрольной пробирке. Выразительные и точные данные эта реакция дает в 92-80% случаев актиномикоза. Наибольшее количество позитивных серологических реакций можно получить у больных со значительной давностью актиномикоза, который характеризует эту реакцию как особенно ценную для диагностики запущенных форм данного заболевания. Кожно-аллергическая реакция у этих больных часто бывает негативной, а микробиологическая диагностика затрудненной.

Следовательно, идеально точной пробы на актиномикоз пока еще нет. Поэтому необходимо в ряде случаев прибегать к серии диагностических способов: иммунодиагностической кожной пробы, серологической реакции из актинолизатом (как антиген), к посеву патологического материала (гной, мокрота) на соответствующие питательные среды. С помощью такого комплекса исследований можно установить диагноз актиномикоза даже в ранних, скрытых стертых его формах.

Лечение

Лечение актиномикоза должно быть комбинированным, то есть необходимо совмещать следующие консервативные и хирургические мероприятия.

Внутрикожная актинолизатотерапия по Ленину. 20-25 инъекций с интервалами в 2-3 дня. Во время первой инъекции (выполняется, как и последующие, через тонкую иглу туберкулинового шприца) вводят 0,5 мл; второй – 0,7 мл; третьей – 0,9 мл актинолизата. Доза каждой следующей инъекции повышается на 0,1 мл; до 14 инъекции она достигает 2 мл и такой остается до конца лечения.

А. И. Евдокимов и Г. А. Васильев (1959) приводят другую, более интенсивную схему актинолизатотерапии. После первого курса – перерыв 1-2 месяца.

Внутрикожные инъекции показаны при кожной форме актиномикоза, а внутримышечные и подкожные введения актинолизата - при более глубоком поражении; вводят актинолизат по 3 мл 2 раза в неделю, всего 15-20 инъекций. После клинического выздоровления показан курс профилактического актинолизатного лечения.

Актинолизатотерапия при челюстно-лицевом актиномикозе дает хороший результат. В основе действия актинолизатов лежит повышение иммуногенной деятельности организма, чем объясняется наибольший процент стойкого выздоровления.

Кроме актинолизата, как специфическое иммунотерапевтическое средство можно применить и актиномицетную поливалентную вакцину (АПВ), которая по своему лечебному действию не уступает актинолизату, а по сокращению сроков лечения даже превосходит его. АПВ можно применять в условиях стационара и поликлиники, изолировано или в сочетании с другими методами лечения.

Методика. АПВ. Вводят в толщу кожи згибательных поверхностей предплечья в растущих дозах: при первом введении – 0,1 мл, при каждом последующем добавляют по 0,1 мл, доводя дозу до 1 мл (в 1 мл АПВ содержится 1 млрд. микробных тел). В дальнейшем эту дозу не меняют до конца курса лечения. В каждую точку вводят по 0,1 мл вакцины, каждый раз – в новое место; 10-ю дозу вводят в 10 точек, отдаленных одна от другой на 4-5 см (по 5 точек на каждом предплечье). Через несколько часов на месте инъекции появляется плотная папула темно-красного цвета, который рассасывается в течение 4-7 дней. АПВ вводят 2 раза в неделю (с интервалом в 3-4 дня). Курс лечения составляет 20-25 инъекций. Если после этого лечения не наступило выздоровление, лечение возобновляется через месяц по той же схеме. Достигнув клинического выздоровления проводят профилактический курс иммунотерапия АПВ (10 инъекций).

Антибиотикотерапия направлена против вторичной инфекции и актиномицетов. Дело в том, что вторичная инфекция может снижать реактивные способности, сопротивляемость организма, а этим самым – ухудшать течение актиномикотического процесса. Антибиотики влияют на вторичную инфекцию, этим мобилизуются сниженные резервные силы организма для борьбы с актиномицетами. Кроме того, антибиотики широкого спектра действия способны еще и подавлять рост актиномицетов. Поэтому хирурги с успехом проводят интенсивную комплексную антибиотикотерапию как вторичных воспалительных явлений при актиномикозе, так и основного заболевания. Назначать следует антибактериальные препараты только широкого спектра действия, поскольку кроме актиномицетов в ране обычно присутствуют самые разнообразные

микроорганизмы.

Назначение фтивазида. Этот препарат обычно назначают при туберкулезе, однако ввиду биологического родства актиномицета с туберкулезной палочкой фтивазид обладает хорошим противоактиномикозным действием. Назначают по 0,3 граммов 3 раза или 0,5 граммов 2 раза в день, постепенно увеличивая дозы (до 2 грамма на сутки), следя по состоянию больного. Курс лечения – от 3 до 8 месяцев.

Рентгенотерапию назначают в сочетании с иммунотерапией и антибиотиками или в сочетании с калий йод, который вводится по Д. И. Бердигану, в виде 4-5% раствора по 1 столовой ложке 4-6 раз в день; можно назначать и натрию йодид, но внутривенно – 10% раствор в восходящих дозах от 10 до 50 мл ежедневное. Назначают лучевое лечение (0,4-0,5 Гр.); после ликвидации острого процесса – по 1-1,5 Гр. Общая доза – до 15 Гр. на поле.

Стимулирующая терапия проводится в виде аутогемотерапии, гемотрансфузии, усиленного питания и тому подобное

УФ-облучение показано (как десенсибилизирующее, общеукрепляющее, противовоспалительное и стимулирующее средство) на стадии формирования поверхностных актиномикозных очагов, а также при абсцедирующем лимфадените поверхностных лимфатических узлов.

Флюктуоризация показана при подслизистой форме, одонтогенной актиномикозной гранулеме, поражении периоста челюстей, языка и миндалин.

Ультразвук (5-10 процедур) ежедневно по стабильной методике (импульсный режим, интенсивность 0,05-0,5 Вт/см² в течение 10 хв.) целесообразно использовать для рассасывания остаточных замедленных инфильтратов лазером дает хорошие результаты при одонтогенной подкожной гранулеме, подкожно межмышечной форме, поражении лимфатических узлов и слюнных желез. Обычно достаточно 5-10 ультразвуковых процедур по 3 мин при плотности действия 0,3 мВт/см², с использованием препаратов йода, гидрокортизона.

Электрофорез с хлоридом кальция, димексидом, димедролом (5-10 процедур) полезно завершать 10-15 сеансами электрофореза с йодом или лидазой при большей выраженности рубцово-производительных изменений в подкожных и кожных слоях, пораженных актиномикозом. При гиперпластическом актиномикозном лимфадените лучшие результаты выходят после ионофореза с хлоридом кальция, димедролом, димексидом (5-10 сеансов), а затем йодом, лидазой или другими ферментами. Плотные кожные рубцы, периостальные утолщения после костного актиномикоза у взрослых хорошо поддаются рассасыванию после 5-10 сеансов ионо- и фонофореза с гидрокортизоном. При остаточных внутрикостных очагах нужно совмещать ионофорез из димексидом, лидазой (10-15 сеансов), фонофорезом с гидрокортизоном (10-15 сеансов).

Хирургическое лечение заключается в эвакуации содержимого отеков и абсцессов; лучше это делать путем отсасывания, а не разрезов, поскольку через разрез возможно присоединение вторичной инфекции. Нагнаивающиеся лимфоузлы лица раскрывают и выскабливают. При обширном и запущенном актиномикозе головы и шеи нередко придется одновременно проводить комплекс мероприятий, чтобы снять наложение банального воспалительного процесса, подавить основной – актиномикотический процесс, повысить сопротивляемость и регенераторные способности организма. Лечебная физкультура показана как элемент комплексного лечения в течение всей болезни, исключая периоды обострения на почве присоединения вторичной инфекции. Методист и сам больной должны проводить упражнения. В числе активных и активно пассивных физических упражнений в комплексах лечебной гимнастики и при самостоятельных занятиях по заданиям систематически выполнять по 4-5 раз в день специальные упражнения для мимических и жевательных мышц в соответствии с темой занятия, которое рекомендуется, и содержания образцового комплекса лечебной гимнастики. Применение специальных упражнений для мимических мышц рекомендуется проводить симметрично для здоровой и пораженной половин лица. Допускается по медицинским показаниям комплексное применение лечебной физической культуры с физиотерапией, лечебным массажем и другими терапевтическими методами лечения.

Профилактика

Профилактика актиномикоза заключается, прежде всего, в санации полости рта и осуществлении комплекса общеукрепляющих мероприятий, гигиене полости рта, где всегда есть возбудитель актиномикоза.

ТУБЕРКУЛЕЗ

Патогенез. Пути заражения

Туберкулезные поражения челюстных костей, слизистой оболочки рта, языка, околочелюстных тканей является местным проявлением генерализованной туберкулезной инфекции. В челюстные кости палочка

туберкулеза может попасть следующими путями: 1) гематогенным – по кровеносным сосудам 2) лимфогенным – по лимфатическим сосудам, 3) по интраканаликулярным путям – по дыхательной и пищеварительной трубкам; 4) по продолжению – из слизистой оболочки десен, языка.

Клиника

Следует различать две клинических формы поражения: а) заболевание челюсти туберкулезом у детей и подростков, пораженных первичным туберкулезным комплексом; б) поражение челюсти у взрослых больных с активным специфическим процессом в легких.

Первая форма (туберкулез у детей и подростков). В результате распространения инфекции из первичного туберкулезного комплекса (по лимфатическим и кровеносным сосудам) в челюстной кости обычно развивается одиночная костная ячейка. Если он поражает верхнюю челюсть, то локализуется на передней поверхности ее в области нижнего края глазницы, или на боковой поверхности — скулового отростка, или на альвеолярном отростке. На нижней челюсти туберкулез локализуется обычно в области ветви челюсти или альвеолярного отростка.

Течение туберкулеза челюстей у детей и подростков в большинстве случаев «доброкачественное», вялое. Как правило, заболевание протекает без существенных болевых ощущений, но с выразительным хроническим лимфаденитом.

Поднижнечелюстные лимфоузлы, а позже кожные и расположенные в шейном треугольнике узлы увеличиваются, становятся плотными, напоминая метастаз при злокачественном образовании. Пораженные туберкулезом узлы спаиваются друг с другом, образуя малоподвижные пакеты. Впоследствии возможен казеозный (творожистый) распад центральных участков, которые становятся размягченными. Рядом с пораженным участком кости происходит инфильтрация прилегающих мягких тканей, спаивание их с пораженной костью. Если процесс локализуется в области угла челюсти, инфильтрируется жевательная мышца и возникает тризм. Инфильтрат постепенно размягчается, кожа в области его алеет, потом принимает синюшную расцветку. На месте размягчения инфильтрата мягких тканей, под синюшной кожей, образуется «холодный» абсцесс, который может поневоле раскрыться через несколько свищевых ходов. Если это не происходит, абсцесс необходимо раскрыть. Из свищевых ходов выступает вялая грануляция, и выделяется беловато-зеленоватый гной водянистой консистенции с примесью творожистых комочков. При зондировании свищей, которые образовались после самовольного раскрытия или разреза, удается обнаружить костный дефект или полость, стенки которой покрыты грануляцией, а внутри располагаются очень плотные, склерозированные кусочки кости – секвестры. Временами свищи закрываются, рубцуются, но потом рядом образуются новые. Рубцы, которые остаются, - втянутые, атрофические, искажающие лицо и шею. Рентгенограммы челюстей начального периода заболевания обнаруживают постепенное разрушение кости в виде округлой ячейки, которая не имеет четкие границы. Иногда в такой полости видно мелкий секвестр. Впоследствии, когда процесс утихает, вокруг туберкулезной ячейки видно зону уплотнения – склероза костной ткани.

Дифференциальный диагноз

В некоторых случаях размягчение инфильтрата можно принять за актиномикотический очаг. Для уточнения необходимо провести серологические и патогистологические исследования. Увеличение лимфоузлов может быть и при хроническом гнойном одонтогенном воспалительном процессе челюсти. Для уточнения диагноза следует учесть все данные анамнеза, наличие или отсутствие гангренозного зуба в области поражения, характер рентгенографических и бактериоскопических данных.

Рак челюсти, который совмещается с образованием пакета плотных лимфоузлов, отличается более выраженным разрушением кости, распадом подчелюстных тканей, кахексией.

Одонтогенная подкожная гранулема во многом напоминает туберкулезный очаг: в подкожной основе щеки образуется инфильтрат, над которым кожа приобретает синюшный оттенок. Потом инфильтрат нагнаивался и абсцесс раскрывается, образуя свищ с мизерными выделениями. Однако одонтогенная подкожная гранулема всегда связана с хроническим периодонтитом или хроническим остеомиелитом. Связь гранулемы с воспалительным процессом в периодонте зуба определяется наличием тяжа от зуба к гранулеме.

Вторая форма туберкулеза челюсти, которая наблюдается у больных с активным туберкулезом легких, возникает в связи с поражением костной ткани челюстей туберкулезной инфекцией по одному из следующих путей: по продолжению (из слизистой оболочки десен, языка, неба), через каналы гангренозных зубов или десенный карман. В результате распада туберкулезного инфильтрата и бугорков на слизистой оболочке десен образуются поверхностные, резко болезненные язвы с подрытыми краями. Желтоватое дно язвы имеет зернистый вид, покрыто мелкой розовой или

желтоватой грануляцией. Язва постепенно увеличивается в размере за счет распада соседних бугорков на слизистой оболочке. Шейки зубов при этом обнажаются; процесс постепенно переходит в толщу кости и периодонт зубов; зубы расшатываются и выпадают, а на их месте остаются незаживающие костные язвенно-некротические дефекты луночек. Они замещаются грануляцией, которая содержит туберкулезные бугорки.

При поражении кости туберкулезной инфекцией через каналы гангренозных зубов или через дно десневого кармана специфическое заболевание сначала трудно диагностировать, поскольку расцветка десен при этом долго остается неизменной. Только после разрушения значительных участков губчатого и кортикального вещества слизистая оболочка начинает алеть, припухать, а затем на ней появляется один или несколько свищей, из которых выделяется жидкий гной с примесью творожистых комков. Вокруг зубов, которые находятся в зоне туберкулезного поражения, еще до возникновения свищей развиваются симптомы туберкулезного периодонтита (нерезко выраженная и постепенно нарастающая боль, прогрессирующая расшатанность зубов), иногда – оссифицирующий периостит, который проявляется в форме некоторого утолщения периоста альвеолярного отростка. При прогрессе туберкулеза челюсти и присоединении вторичного, банального, вяло текущего остеомиелитического процесса отделяются секвестры, появляются новые свищу. На верхней челюсти может возникнуть соединение между полостью рта и верхнечелюстной пазухой или полостью носа. На нижней челюсти описан одонтогенно-каналикулярный туберкулезный процесс альвеолярного отростка и тела челюсти может перейти на ее угол, а затем ветвь, вызывая здесь спонтанный (патологический) перелом. Регионарные лимфоузлы увеличиваются, спаиваются в пакеты, уплотняются.

Рентгенографические данные. При туберкулезном поражении альвеолярного отростка возникает очаг деструкции костной ткани в области нескольких зубов. Часто этот очаг имеет округлые контуры с неровными краями и иногда полукруглыми углублениями по периферии. Вместе с этим могут быть и мелкие секвестры. Если процесс активен, такой, который прогрессирует, вокруг явно выраженного ограниченного очага деструкции видно полосу остеопороза. При верхушечном туберкулезном периодонтите рентгенограмма не будет иметь никакие специфические особенности. Она похожа с типичной картиной гранулирующего периодонтита. На серии снимков видно прогресс очага деструкции. При маргинальном туберкулезном периодонтите с помощью серии рентгенограмм определяется постепенное исчезновение компактного костного вещества по краю лунки, рассасывания костной балки (трабекулы) в области межлуночных перегородок, остеопороз прилегающих участков кости.

Для уточнения диагноза проводят: микроскопические исследования мазков гноя, содержания язв и костных полостей на предмет выявления туберкулезных палочек; микроскопическое исследование биоптованого кусочка прилегающих мягких или костной ткани; прививка морским свинкам полученного материала.

Лечение

Лечение включает: общеукрепляющие мероприятия, натрия параамносалицилат по 6-10 граммов на сутки (по схеме); тубазид (фтивазид) по схеме; стрептомицину сульфат по 250000-300000 ВЕД 2 раза в сутки на протяжении 3-4 месяцев.

Оперативные вмешательства можно проводить только при наличии ограниченных, утихших костных очагов. Из числа операций возможно следующее: удаление зубов, вокруг которых периодонт поражен туберкулезным процессом, выскабливания грануляции и размягченных участков кости, удаления секвестров, вшивания или тампонирования полости, которая образуется, йодоформной марлей.

Прогноз

Прогноз зависит главным образом от эффективности общих противотуберкулезных мероприятий.

Профилактика

Профилактика заключается в проведении общих и местных противотуберкулезных мероприятий (хорошее питание, улучшение условий труда, профилактика кариеса, заболеваний слизистой оболочки рта, пародонта).

СИФИЛИС

Общие сведения. Клиника

Первичные поражения полости рта сифилисом проявляются только на слизистой оболочке, не проникая в костную ткань. Во вторичном периоде развивается периостит, который никогда не приводит к образованию субпериостального гнойник, как это бывает при банальном одонтогенном периостите. Сифилитический периостит протекает вяло, диффузно, поражая большой участок

периоста, что приобретает тестовидную консистенцию. После его лечения остаются на челюсти плоские позывышения. Сифилис челюсти обычно развивается только в третичном периоде в результате гуммозного поражения кости или периоста. Иногда имеет место переход процесса из мягких тканей на челюсть. Клиническое течение сифилиса в третичном периоде зависит от начальной локализации процесса и от глубины поражения. В связи с этим следует различать третичный сифилис слизистой оболочки десен, периоста челюсти, тела челюстей и их отростков или ветвей нижней челюсти.

Поражение слизистой оболочки десен, третичным сифилисом характеризуется полукольцеобразным группированием бугорковых сифилидов в пределах 2-4 зубов. Слизистая оболочка при этом гиперемирована, утолщенная, холмистая. Бугорки могут или рассасываться, или распадаться, образуя язвы неправильной формы с крутыми или пологими краями. Язвы покрыты сероватым распадом, секвестрации кости при этом не происходит. В зоне бугоркового сифилида или язвы зубы становятся подвижными в результате развития специфического сифилитического периодонтита. При перкуссии определяется болевая реакция. На рентгенограмме видно мелкие ячейки остеопороза.

Для третичного поражения периоста челюсти характерным является наличие диффузной, плотной, слегка болезненной гуммозной припухлости. Жалобы больных могут сводиться к ночной непроизвольной боли в области поражения. Периостальная гумма, достигнув 3-4 см в диаметре, размягчается, раскрывается; на ее месте появляется язва. На рентгенограмме этой области видно округлые мелкие (несколько миллиметров) очаги остеопороза, окруженные узким венчиком склерозированной костной ткани. В области периодонта определяется разрушение компактной пластинки лунок зубов по типу разлитого хронического гранулирующего периодонтита. Если периостальная гумма локализуется по краям нижней челюсти, то на рентгенограмме будет видно узуру кортикального участка. Иногда, напротив, вместо узуры видно бурное разрастание периоста (результат избыточной периостальной реакции), что дает волнообразную тень по краю челюсти. По окончании рубцевания периостальной гуммы на кости остается валикообразное небольшое утолщение или значительное новообразование кости – массивное утолщение челюсти.

Гуммозное поражение тела и отростков челюстей. Любимым местом локализации гумм является твердое небо. Чаще всего они появляются на его носовой поверхности, разрушают небные отростки и приводят к перфорации неба. В начальной фазе гуммозного остеомиелита жалобы больных сводятся к острой боли, потери чувствительности в зонах разветвления носо-небного подбородочного или подглазничных нервов. При поражении гуммой верхней челюсти поднимается дно носовой полости или деформируются контуры верхнечелюстной пазухи: на нижней челюсти утолщается, деформируется тело или ее угол, возникает тризм. Мягкие ткани спаиваются с гуммозной костной ячейкой, образуя плотный инфильтрат вокруг челюсти. Кожа принимает багрово-красный или лиловый оттенок и утончается.

Гуммозное поражение челюстной кости и прилегающих тканей заканчивается распадом, образованием одного или нескольких свищевых ходов и выделением из них мутного крошковидного гноя. Постепенно размер свищей увеличивается, и они превращаются в язву с нависающими, плотными краями. При зондировании свища или дна язвы можно почувствовать шершавую костную поверхность.

На рентгенограмме челюсти наблюдается картина мраморности, обусловленная чередованием разбросанных очагов деструкции (разжижения и склероза ограниченных участков кости). Если сифилитическое поражение располагается в более толстые тела челюсти, на рентгенограмме может быть ясно видно значительных размеров округлый дефект кости, вокруг которого может определяться полоса склероза.

Поражение небных отростков приводит к образованию срединного дефекта твердого неба и гнусавости. Нередко данные рентгенограммы свидетельствуют о том, что поражение неба совмещается с поражением альвеолярного отростка.

Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз представляет значительные трудности из-за общих похожих признаков с рядом заболеваний. Неспецифический одонтогенный хронический остеомиелит челюсти отличается наличием одонтогенного источника инфекции, зубного камня, неправильно наложенной пломбы. Устранение их ведет к выздоровлению. Актиномикотические инфильтраты отличаются от гуммы значительной плотностью и множеством свищей. Злокачественное новообразование распадается более медленно, чем гумма, а костное поражение при этом оказывается на рентгенограмме как значительный бесформенный дефект кости, вокруг которого зона склероза не определяется. Туберкулезное поражение челюстей протекает медленнее, чем сифилитическое.

Туберкулез отличается еще и тем, что локализуется главным образом в области верхних резцов и клыков, распространяясь на передний отдел твердого неба.

Лечение

Лечение должно быть специфическим и совмещаться с санацией полости рта. Хирургические вмешательства в виде удаления зубов и секвестрэктомии возможны лишь после стихания и отграничения процесса под воздействием общего лечения. Удаление расшатанных зубов проводится только за суровыми показаниями поскольку после консервативного лечения они укрепляются.

Профилактика

Профилактика сифилиса челюстных костей состоит из тех же мероприятий, что и профилактика сифилиса других органов; относительно челюстно-лицевого участка имеет особенное значение контактный способ передачи при поцелуях, пользовании общим полотенцем, при бритье, лечении зубов и полости рта.

СПИД

СПИД - инфекционное вирусное заболевание, которое возникает в результате размножения в клетках человека лимфотропного ретровируса и гибели этих клеток, что приводит к потере функциональных возможностей системы иммунитета. Вирус уничтожает Т-хелперные клетки, больной становится беззащитным перед условно-патогенной микрофлорой и неоднократно ею инфицируется.

В настоящее время выделены 2 вида вируса - ВИЧ-1 и ВИЧ-2. Источник инфицирования - больной человек, у которого в крови, сперме, грудном молоке, влагалищном секрете, слюне, слезах, поте, лимфоузлах, тканях головного мозга, костному мозгу и спинномозговой жидкости может быть вирус.

Восприимчивость людей к вирусу является разной - лишь в 10-30 % инфицированных за 5 лет развивается СПИД. Достаточно лишь 0,1 мл крови или спермы с 10 000 вирусами для инфицирования. Болезнь передается половым путем, через медицинские инструменты, препаратами крови, от матери к ребенку во время беременности, родов, кормления грудью (восходящий путь инфицирования).

Клинические проявления болезни могут быть предопределены эндогенной или эндогенной флорой, грибами, вирусами, простейшими.

Различают 4 стадии течения ВИЧ-инфекции у человека:

5. Стадия инкубации - длится от 3 нед. до 3 мес., в крови антител нет, выявляют лишь вирусы.
6. Стадия первичных проявлений (острая инфекция, бессимптомная инфекция, персистирующая генерализованная лимфоаденопатия) - может длиться от 2-3 до 10-15 лет.
7. Стадия вторичных заболеваний (пред-СПИД).
8. Терминальная стадия (СПИД).

Стадия первичных проявлений. Острая инфекция имеет типичные общие признаки и длится обычно 2-3 нед. Отмечают повышения температуры тела, увеличения лимфатических узлов, интоксикацию, ангину, высыпание на коже, головной боль. Антитела в крови выявляют не всегда. Лечение в этой стадии аффективное. В бессимптомной стадии возможно лишь увеличение лимфоузлов, антитела в крови выявляют всегда. Дальше развивается персистирующая генерализованная лимфоаденопатия, которая характеризуется увеличением лимфоузлов до 1 см и больше в 2-3 смежных анатомических участках, что длится свыше 3 мес.

Стадия вторичных заболеваний (пред-СПИД) начинается через 3-5 лет после заражения, когда возникают воспалительные заболевания верхних дыхательных путей, которые носят длительный, тяжелый характер. Впоследствии поражаются внутренние органы, нервная система, возникает саркома Капоши.

Терминальная стадия (СПИД) - изменения внутренних органов имеют необратимый характер, возникает немотивированная лихорадка, длительная диарея, потеря массы тела, злокачественные опухоли, стойкие воспалительные процессы (пневмонии), когда активная терапия является неэффективной и больной погибает. Иногда болезнь за 2-3 года переходит в терминальную стадию.

Описано несколько вариантов течения болезни: легочный, кишечный, церебральный, диссеминированный (смешанный), недифференцированный. Каждый из них характеризуется клиническими проявлениями преимущественно в конкретном участке тела.

Первые проявления ВИЧ-инфекции чаще всего наблюдают в полости рта.

4. Четко связанные с ВИЧ-инфекцией.
5. Менее четко связанные с ВИЧ-инфекцией.
6. Могут быть связанными с ВИЧ-инфекцией.

Среди возможных проявлений болезни чаще всего выявляют следующие.

Кандидоз наблюдается в 31-91 % ВИЧ-инфицированных. Чаще поражается слизистая оболочка неба и щек. Часто распространяется на глотку, зев, пищевод, внутренние органы, является стойким к лечению.

Волосистая лейкоплакия возникает преимущественно на языке, слизистой оболочке щек в виде беловатых высыпаний.

Простой герпес проявляется часто рецидивирующими длительными папулезными высыпаниями на слизистой оболочке и коже лица, которые сопровождаются болевыми ощущениями, лимфаденитом, некрозом поверхностных тканей.

Язвенно-некротический гингивит начинается из краевых десен даже при отсутствии назубных отложений и быстро переходит в гингивостоматит, пародонтит, что вызывает воспаление и секвестрацию кости, потерю зубов.

Саркома Капоши - на твердом небе возникают красно-синие пятна, потом здесь возникают язвы, процесс остеолита. На лице возникает чаще на подбородке. Протекает по типу системного заболевания, быстро приводит к летальному концу. Может быть не связана с ВИЧ-инфекцией.

Лимфома не-Годжкина - безболезненная опухоль лимфатических узлов, диагноз ставят после гистологического исследования.

Диагностику ВИЧ-инфекции/СПИДа проводят после клинического обследования больного и исследования его крови на наличие в сыворотке антител в ВИЧ, антител к отдельным белкам вируса, выделения возбудителя из жидкостей организма больного, по данным иммунограммы.

Лечение больного ВИЧ-инфекцией/СПИД предусматривает создание щадящего психологического режима, своевременное начало причинной терапии, тщательный подбор необходимых лекарств, раннюю диагностику и лечение сопутствующих заболеваний. В лечении больных участвуют инфекционисты, иммунологи, терапевты, психологи, педиатры, дермато-венерологи, гинекологи и другие специалисты.

Задание химиотерапии - блокирование размножения вируса модифицированными нуклеозидами в качестве ингибиторов обратной транскриптазы вируса. Для этого применяют разные препараты: азидотимидин, дидеоксинозин, дидеокситидин, ставудин, ламивудин, невирапин, делавирдин, инвираз, криксиван, норвир, а также разные иммуномодуляторы. На сегодня средняя цена по жизненного лечения больного - свыше 1000 долларов на месяц.

Хирургические вмешательства пациентам с ВИЧ-инфекцией/СПИДом выполняют за объективными показаниями (рассечение инфильтрата, абсцессов, флегмон, секвестрэктомия при остеомиелите с некрозом кости) в загодя подготовленных условиях, с необходимым оборудованием и инструментарием, средствами защиты медицинского персонала. Обеспечивают инактивацию (уничтожение) изъятых патологического и зараженного кровью или удаленного материала.

В практике стоматолога возможным является заражение одного пациента от другого через грязные инструменты и заражения врача (медперсоналу) от больного. Способствует этому неподобающий сбор анамнеза и обследования больного, отсутствие надлежащей профессиональной подготовки врача относительно ВИЧ-инфекции/СПИДа и относительно нетравматической работы с тканями в полости рта, травмирования слизистой оболочки при многих стоматологических манипуляциях, нарушение правил асептики, работа врача без защитных средств, отсутствие в клинике одноразового инструментария.

Для предотвращения заражения медперсонала в стоматологических поликлиниках, особенно во время хирургического приема, разработанные необходимы системные организационные мероприятия защиты, в частности организация специального стоматологического кабинета, использование отдельно назначенного или одноразового инструментария и тому подобное. В случае разрыва перчаток, попадании инфицированного материала на кожу медицинского работника необходимо обработать ее 70 % этиловым спиртом, вымыть руки с мылом, во второй раз обработать кожу спиртом. При проколах кожи - выдавить кровь из раны, обработать кожу, как выше отмечено, принимать в течении 30 суток тимозид по 800 мг на сутки. В случае попадания инфицированного материала на слизистые оболочки, в глаз нужно обработать их 0,05 % раствором калия перманганата, горло прополоскать спиртом или раствором калия перманганата.

О каждом случае инфицирования медицинского персонала информируют руководство медицинского учреждения.

18. ПЛАН И ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА УЧЕБНОГО ЗАНЯТИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

№ из/п	Этапы занятия	Распределение времени	Виды контроля	Средства учебы
1.	Подготовительный этап		Устный опрос за	Компьютер (ноутбук).

1.1	Организационные вопросы	30 мин.	перечнем вопросов. Письменное тестирование.	Мультимедийные методические разработки. Анатомические муляжи. Видео- и фотоматериалы.
1.2	Формирование мотивации			
1.3	Контроль начального уровня подготовки (стандартизированные средства контроля)			
2.	Основной этап (указать все виды работ, которые выполняют студенты во время этого этапа).	60 мин.	Практический тренинг. Решение клинических задач. Создание алгоритмов врачебных действий, профессиональный тренинг.	Электронные справочники. Рентгенограммы, ортопантограммы, томограммы. Набор инструментария. Результаты лабораторных, цитологических и гистологических исследований.
3.	Заключительный этап	45 мин.	Тестирование. Практические задания. Ситуационные и нетипичные задачи. Устный опрос.	
3.1	Контроль конечного уровня подготовки			
3.2	Общая оценка учебной деятельности студента			
3.3	Информирование студентов о теме следующего занятия			

4.5. Виды самостоятельной работы студентов.

1. Выучить такие вопросы ($\alpha=I$) :

1.1. Этиология и патогенез актиномикоза, туберкулеза и сифилиса ЧЛО, СПИДа.

1.2. Классификация специфических заболеваний ЧЛО.

1.3. Клиническая картина актиномикоза, туберкулеза и сифилиса ЧЛО, проявления СПИДа в полости рта и ЧЛО.

1.4. Диагностика и дифференциальная диагностика специфических заболеваний ЧЛО, ВИЧ-СПИДа.

1.5. Комплексное лечение актиномикоза, туберкулеза и сифилиса ЧЛО.

1.6. Мероприятия профилактики специфических заболеваний и ВИЧ-СПИДа.

2. Тестовые задания с единичным правильным ответом ($\alpha=II$) :

2.1. До туберкулезу чаще склонны:

А. Новорожденные

В. Дети и подростки.

С. Лица молодого возраста.

Д. Люди среднего возраста.

Е. Пожилые люди.

(Правильный ответ: В)

2.2. Кожная форма актиномикоза делится на:

А. Абсцедирующую, гуммозную и смешанную.

В. Пустулезную, бугорковую и смешанную.

С. Гнойную, некротическую, гнойно-некротическую;

Д. Папулезную, розеолёзную и смешанную.

Е. Инфильтративную, абсцедирующую, смешанную.

(Правильный ответ: В)

2.3. Инкубационный период для первичного сифилиса составляет:

А. 1-2 дня.

В. 7-8 дней.

С. 3-4 недели.

Д. 1-2 месяца.

Е. Полгода.

(Правильный ответ: С)

27. Тестовые задания с множественным выбором:

3.1. Патоморфологически туберкулезный лимфаденит бывает:

- A. Фиброзным.
- B. Фиброзно-казеозным.
- C. Экссудативным.
- D. Гиперпластическим.
- E. Пролиферативным.

(Правильный ответ: A, B, D)

3.2. Вторичное поражение челюстно-лицевой области возникает при попадании туберкулезной инфекции:

- A. Из легких.
- B. Из костей.
- C. Из кишечника.
- D. Через миндалины.
- E. Из слюны.

(Правильный ответ: A, B, C)

3.3. Патоморфологические изменения при туберкулезе зависят от:

- A. Формы заболевания.
- B. Стадии заболевания.
- C. Локализации процесса.
- D. Сезонности заболевания.
- E. Распространенности процесса.

(Правильный ответ: A, B, C, E)

4. Задачи для самоконтроля:

4.1. Пациент, 47 лет, обратился с жалобами на отек левой околоушной области, плохое открывание рта, свищ. Объективно: асимметрия лица за счет разлитого инфильтрата левой околоушной области, который имеет деревянистую плотность и бугристую поверхность. В пределах инфильтрата определяется свищ с серозно-гнойным содержимым с примесями крошковидного гноя, кожа вокруг свища красно-фиолетовая. Открывание рта ограничено до 2 см, безболезненное. Назначьте дообследование больному.

- A. Микроскопия. Кожно-аллергическая реакция.
- B. Рентгенография нижней челюсти.
- C. Бактериологическое исследование.
- D. Контрастная рентгенография.
- E. Термовизиография.

(Ответ: A)

4.2. Больной, 25 лет, жалуется на отек и гноетечение в правой поднижнечелюстной области. Объективно: имеет место плотный деревянистый безболезненный инфильтрат диаметром около 2 см в правой поднижнечелюстной области. В центре инфильтрата ткани мягкие, есть свищ, из которой выделяется крошкоподобный гной в небольшом количестве. Открывание рта 4,5 см, безболезненное. Слизистая оболочка полости рта и зубы интактные. Поставьте предварительный диагноз.

- A. Актиномикоз кожи.
- B. Туберкулез кожи.
- C. Первичный сифилис.
- D. Подкожная гранулёма лица.
- E. Аденоабсцесс.

(Ответ: A)

4.3. Больной, 47 лет, жалуется на наличие свищей в правой околоушно-жевательной области, ограниченное открывание рта. Три месяца назад удален 48 по поводу хронического периодонтита. Объективно: лицо асимметрично за счет припухлости мягких тканей лица. На уровне угла нижней челюсти - свищи с мизерным, кровянисто-гнойным выделением. Кожа в этой области синевато-багрового цвета. Пальпаторно определяется инфильтрат деревянистой плотности, умеренно болезненный. В отдельных местах очаги размягчения. Рот открывается до 1-1,2 см между центральными резцами. Лунка 48 полностью зажила. 47, 46 интактные. Какой наиболее достоверный диагноз?

- A. Одонтогенная гранулёма лица.
- B. Хронический одонтогенный остеомиелит нижней челюсти.
- C. Актиномикоз правой околоушно-жевательной области.
- D. Хронический паротит.

Е. Хронический лимфаденит правой околоушно-жевательной области.

(Ответ: С)

4.6. Перечень индивидуальных заданий (если их выполнение при изучении данного модуля предвидено рабочей учебной программой из дисциплины).

Не предвидено.

4.8. Перечень теоретических вопросов к итоговому модульному контролю (из типичной учебной программы).

18. Актиномикоз челюстно-лицевой области: клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

19. Сифилис челюстно-лицевой области: клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

20. Туберкулез челюстно-лицевой области: клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

4.9. Перечень практических заданий и работ к итоговому модульному контролю (из типовой учебной программы).

54. Провести опрос больного и на его основе сделать запись в истории болезни.

55. Провести обследование амбулаторного хирургического стоматологического больного и сделать об этом запись в истории болезни.

56. Провести обследование периферийных лимфатических узлов челюстно-лицевой области, шеи и слюнных желез.

57. Установить предварительный диагноз на основе опроса больного и его обследования (больного с периодонтитом, периоститом, остеомиелитом челюстей и флегмоной челюстно-лицевой области).

58. Знать схему и уметь доложить о больном преподавателю; обосновать диагноз и составить план лечения.

59. Подготовить набор инструментария для обследования хирургического стоматологического больного.

60. Уметь прочитать и установить предварительный диагноз по рентгенограммам при такой патологии:

а) периодонтит;

б) остеомиелит костей лицевого скелета, гайморит;

в) травматические повреждения зубов - вывих и перелом;

г) вывихи височно-нижнечелюстного сустава;

д) повреждение костей лицевого скелета (челюстей, скуловой кости, костей носа);

ж) заболевания слюнных желез.

61. Уметь выполнить любой вид местного обезболивания в челюстно-лицевой области.

28. ЛИТЕРАТУРА.

Основная литература:

19. Хирургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2 т. – Т. 1 / В.О. Маланчук, О.С. Воловар, І.Ю. Гарляускайте та ін. – К. : ЛОГОС, 2011. С. 313–327.

20. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А. Тимофеев. – К. : Червона Рута-Турс, 2002. – С. 359–371.

21. Бернадський Ю.Й. Основи щелепно-лицевої хірургії і хірургічної стоматології / Ю.Й. Бернадський. – К.: Спалах, 2003. – С. 174–186.

Дополнительная литература:

19. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: В 2-х темах. – Т. 1. / Под ред. В.М. Безрукова, Т.Г. Робустовой. - Изд. 2-е, перераб. и доп. – М. : Медицина, 2000. – С. 265–312.

20. Хирургическая стоматология в схемах и таблицах: Учеб. пособие для студентов и врачей-интернов / Г.П. Рузин, А.А. Дмитриева. – Харьков : ХГМУ, 2001. – С. 46–57.

21. Хирургическая стоматология: Учебник / Под ред. Т.Г. Робустовой. – М. : Медицина, 1999. – С. 236–290.

№ 8. Артриты, артрозы, синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Анкилозы ВНЧС. Пластика ВНЧС. Контрактуры и вывихи нижней челюсти. Диагностика, хирургическое и физиотерапевтическое лечение.

1. КОНКРЕТНЫЕ ЦЕЛИ:

1.1. Дать определение, что такое артрит, артрозо-артрит, артроз ВНЧС.

1.2. Анализировать этиологию и патогенез артритов, артрозо-артритов, артрозов ВНЧС.

- 1.3. Предложить план обследования больного с острым и хроническим артритом, артрозо-артритом, артрозом ВНЧС.
- 1.4. Классифицировать артриты, артрозо-артриты, артрозы ВНЧС.
- 1.5. Перечислить основные клинические признаки острых артритов ВНЧС.
- 1.6. Перечислить основные клинические признаки хронических артритов ВНЧС.
- 1.7. Перечислить основные клинические признаки артрозо-артрита ВНЧС.
- 1.8. Перечислить основные клинические признаки артроза ВНЧС.
- 1.9. Предложить схемы лечения больных с артритом, артрозо-артритом, артрозом ВНЧС.
- 1.10. Проанализировать данные дополнительных методов обследования больных с артритом, артрозо-артритом, артрозом ВНЧС.

2. БАЗОВЫЙ УРОВЕНЬ ПОДГОТОВКИ.

Названия предыдущих дисциплин	Полученные навыки
1. Этика и деонтология	Установить психологический контакт с больным
2. Нормальная анатомия	Знать анатомическое строение ВЧНС
3. Нормальная физиология	Знать функциональные возможности ВЧНС в норме
4. Патоморфология	Описывать морфо-функциональные изменения в ВЧНС при различных видах его патологии
5. Пропедевтика внутренних болезней	Применять методы обследования больного при различных видах патологии ВЧНС
6. Рентгенология	Уметь описать рентгенологические снимки ВЧНС
7. Клиническая фармакология	Знать действие, показания к применению, противопоказания, дозировку, схемы назначения медикаментозных препаратов применяемых при лечении патологии ВЧНС

3. ОРГАНИЗАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА.

Артриты. В зависимости от этиологии заболевания различают инфекционные и травматические артриты, а по характеру течения — острые и хронические. Инфекционные артриты могут быть неспецифическими и специфическими. Травматические артриты являются результатом механического повреждения.

Острые артриты. Острый артрит височно-нижнечелюстного сустава травматической этиологии возникает в результате сильного механического воздействия: удара, ушиба, чрезмерного открывания рта и т. п.

Больные предъявляют жалобы на резкую боль в области сустава в момент его повреждения. При попытке открывать рот возникают боли, подбородок при этом смещается в сторону поврежденного сустава. Развивается отек. Пальпация сустава резко болезненна. При рентгенографическом исследовании, если нет перелома костных структур мыщелкового отростка, не определяются отклонения от нормы. Исключение составляют случаи, когда происходит разрыв связочного аппарата, сопровождающийся кровоизлиянием в сустав; в таких случаях на рентгенограмме определяется расширение суставной щели.

Острый артрит инфекционного происхождения развивается обычно на фоне острого тонзиллита, переохлаждения, гриппа и т. п. Ревматические и ревматоидные артриты являются результатом гематогенного инфицирования или распространения инфекции по продолжению при отите, мастоидите, остеомиелите ветви челюсти, гнойном паротите и т. п.

Начало заболевания — острое. Появляются сильные боли в суставе, усиливающиеся при попытке произвести движения челюстью. Иногда боли могут иррадиировать в ухо, язык, висок, затылок, по ходу ушно-височного, большого ушного, малого затылочного нервов, ушной веточки блуждающего нерва, имеющей анастомоз с язычно-глоточным нервом. Однако, как правило, боли пульсирующие и локальные, что отличает их от болей при невралгии тройничного нерва. Открывание рта ограничено — на 3—5 мм. При осмотре больного определяется отек мягких тканей спереди от козелка уха, при пальпации этой области возникают боли, кожные покровы гиперемированы.

Развитие гнойного артрита сопровождается образованием инфильтрата в области сустава, гиперестезией кожи, она напряжена, в складку не собирается, гиперемирована. Наружный слуховой проход сужен: больные отмечают снижение остроты слуха, головокружение. При надавливании пальцем на подбородок вперед и вверх боли усиливаются. Температура тела повышена до 38°C, СОЭ

увеличена, реакция на С-реактивный белок положительная. На рентгенограмме при выпоте экссудата суставная щель расширена. При ревматическом артрите возможно поражение обоих суставов, хотя следует отметить, что за последние годы оно встречается значительно реже. При обследовании больного обычно выявляют заболевания сердца: пороки, ревмокардит и т. п.

При ревматоидном артрите поражается, как правило, один из височно-нижнечелюстных суставов, но больные отмечают боли и в других суставах: плечевом, тазобедренном или коленном. При этом височно-нижнечелюстной сустав очень редко поражается первым; частота его поражения при ревматоидном артрите достигает, по данным ряда авторов, 50,7% [Каназирска Ц., Мажаров Д., 1978]. Видимых изменений сердца не обнаруживают. Для ревматоидного артрита нехарактерна летучесть болей.

Острый артрит приходится дифференцировать от острого отита, невралгии тройничного нерва, перикоронарита, а также от ряда других заболеваний, в клинической картине которых проявления артропатии весьма выражены: дерматомиозита, подагры, острых инфекционных артритов вирусной этиологии, болезни Бехтерева, синдрома Бехчета, инфекционно-аллергического полиартрита и др.

Лечение острого артрита любой этиологии начинают с обеспечения покоя суставу. Этого достигают с помощью индивидуально изготавливаемой пращевидной повязки и межзубной разобщающей прикус пластинки или прокладки, которую накладывают на стороне поражения сроком на 2—3 дня. Пища должна быть жидкой.

Лечение при травматическом артрите проводят с целью снять боли, достичь рассасывания излившейся в сустав крови в возможно ранние сроки и добиться полного восстановления функции нижней челюсти. Больному назначают анальгетики (анальгин по 0,25 г 3 раза в день) и местную гипотермию в течение 2—3 дней, в последующем—УВЧ-терапию по 10—15 мин ежедневно в течение 6 дней, электрофорез калия йодида и новокаина (поочередно). Одновременно могут быть рекомендованы компрессы с ронидазой, парафино- или озокери-терапия, грязелечение. При продолжающихся болях следует назначать диадинамические токи Бернара (2—3 сеанса).

Лечение ревматических и ревматоидных артритов проводят консервативными средствами и обязательно совместно с ревматологом. В комплекс назначаемой терапии входят противовоспалительные нестероидные, антибактериальные, стероидные препараты. Весьма сдержанно следует относиться к рекомендациям применять внутрисуставное введение лекарственных препаратов, нельзя одновременно вводить в сустав более 1 мл раствора любого вещества, так как это приводит к растяжению суставной сумки. Задачами стоматолога являются санация полости рта больного и рациональное протезирование зубов для нормализации высоты прикуса.

При гнойных артритах показано безотлагательное оперативное лечение больного: вскрытие и дренирование очага воспаления, которые производят в стационаре.

На этапе долечивания больным назначают физиотерапевтическое лечение: сухое тепло, УВЧ-терапию, электрофорез, диатермию, компрессы.

При несвоевременном и недостаточно полном лечении острый гнойный и травматический артриты могут осложняться анкилозом, особенно у детей. Течение острого ревматического и ревматоидного артрита может принять хроническую форму.

Хронические артриты. Хронический артрит характеризуется, прежде всего, ноющими болями в суставе, тугоподвижностью, хрустом, скованностью по утрам и после более или менее продолжительного состояния покоя. Боли самопроизвольные, постоянные, усиливающиеся при возобновлении функции нижней челюсти. Больной в состоянии открыть рот на 2—2,5 см. Открывание рта сопровождается умеренным крепитирующим, а иногда сильным хрустом, при этом подбородок смещается в сторону пораженного сустава. Окраска прилежащих к нему кожных покровов может быть не изменена, но пальпация сустава всегда вызывает усиление болей.

На рентгенограмме определяется сужение суставной щели — результат реактивных, а позже и деструктивных изменений покровного хряща головки нижней челюсти и суставной ямки.

Общее состояние больного остается удовлетворительным, температура тела нормальная. В крови не отмечается видимых изменений, СОЭ увеличена до 25—35 мм/ч. При обострении процесса клиническое течение приобретает характер острого воспаления.

Лечение больных с ревматическим и ревматоидным артритом осуществляют ревматологи. При переходе травматических артритов в хроническую стадию назначают ультразвуковую терапию, парафино- и озокерито- терапию, массаж жевательных мышц, электрофорез пчелиного яда, медицинской желчи, препаратов йода. Хороший результат дает миогимнастика [Рубинов И. С., 1965]: производят дозированное открывание рта без выдвигания нижней челюсти. Для этого больной

садится на стул, прислонив затылок к стене, а кулаком надавливает на подбородок при открывании и закрывании рта. Такие упражнения больной делает самостоятельно ежедневно утром и еще 2—3 раза в течение дня по 3—5 мин на протяжении 4—6 нед.

Модификация изложенной методики миогимнастики предложена Б.К.Костур и соавт. (1981). Авторы рекомендуют создавать дозированное давление на подбородок не только в направлении снизу вверх и спереди назад, но и в сторону, противоположную смещению челюсти при открывании рта. Такие упражнения повторяют 5—10 раз, проводят 3—4 сеанса в день, следя за тем, чтобы давление на подбородок не было чрезмерным и не вызывало болей.

Очень важно, чтобы в комплексе лечения была произведена санация полости рта и носоглотки, а при наличии показаний осуществлено рациональное протезирование зубов.

При эффективном лечении изменения, возникающие в суставе при ревматическом артрите, в отличие от таковых при ревматоидном артрите, полностью обратимы.

Инфекционно-специфические артриты. Инфекционно-специфические артриты встречаются сравнительно редко. Различают гонорейный, туберкулезный, актиномикотический сифилитический артриты и др. Они возникают в результате распространения инфекции по продолжению или при ее проникновении в сустав гематогенным (лим-фогенным) путем.

Гонорейный артрит развивается в течение первого месяца заболевания, но при осложненной форме течения гонореи, на фоне хронического уретрита, может появиться и в более поздние сроки. Заболевание начинается остро с возникновением резких болей, отека мягких тканей вокруг пораженного сустава, сужения слухового прохода, что приводит к снижению остроты слуха. Первично возникающая серозная форма воспаления быстро переходит в гнойную. Образуется инфильтрат. На рентгенограмме определяется расширение суставной щели. Заболевание характеризуется ранним образованием мышечной контрактуры, поражением хрящевых покровов суставных поверхностей и склонностью к анкилозированию.

Встречаются три формы туберкулезного артрита: первично-костный, первично-синовиальный и инфекционно-аллергический. Заболевание начинается незаметно, развивается вяло, протекает длительно. При рентгенографии определяется постепенная резорбция костных структур головки челюсти. При туберкулезном артрите может развиваться фиброзный анкилоз.

Актиномикотический артрит обычно является результатом распространения первичного очага на подлежащие ткани. Патологический процесс, поражая суставную капсулу, вызывает развитие нестойкой контрактуры, чередующейся с ремиссиями. Общее состояние больного изменяется мало: беспокоят слабые боли в суставе, усиливающиеся при попытке открыть рот. В процессе лечения и после его завершения морфологических изменений в суставе не обнаруживают.

Сифилитический артрит характеризуется вялым течением, мало выраженной болезненностью. Заболевание встречается крайне редко.

Лечение больных с инфекционно-специфическими артритами направлено на ликвидацию основного заболевания и осуществляется соответствующими специалистами.

Артрозы. В основе этиологии заболевания лежат процессы дистрофического характера, развивающиеся на фоне длительного, вяло протекающего воспаления или хронической микротравмы, среди которых значительное место занимают частичная адентия, особенно при односторонних концевых дефектах, зубочелюстные деформации и неправильные артикуляционные взаимоотношения, создаваемые при протезировании зубов. В результате одновременно протекающих процессов воспаления и дегенерации, сопровождающихся деструкцией и пролиферацией хрящевой и костной ткани, развиваются явления остеосклероза и остеопороза анатомических структур височно-нижнечелюстного сустава, что приводит к их деформации и нарушению конгруэнтности. В зависимости от степени выраженности этих состояний различают склерозирующие и деформирующие артрозы.

Больные жалуются на тупые боли, усиливающиеся при функциональной нагрузке сустава. В выраженных случаях с развитием вторичного реактивного синовита они становятся постоянными, что особенно проявляется в холодную сырую погоду, при перегрузке, к вечеру и при начальных движениях после состояния покоя. Аналогичными по своей характеристике являются старческие боли. Они также характеризуются ощущениями тяжести и ломоты в костях, но отличаются кратковременностью и малой интенсивностью. Больные часто жалуются, кроме того, на боли в области глаза и уха на стороне поражения сустава, головную боль, глоссалгию, парестезию слизистой оболочки полости рта, снижение остроты слуха.

В результате нарушения конгруэнтности суставных поверхностей, спазма мышц, изменений в суставной капсуле и в периартикулярных тканях развивается тугоподвижность в суставе. Больные

отмечают быструю утомляемость, чувство скованности, но ограничение функции сустава у них обычно умеренное и обусловлено болевым симптомом или костными разрастаниями. Фиброзных или костных анкилозов никогда не бывает.

По мере образования на суставных поверхностях неровностей в результате известковых отложений и склероза появляется грубый хруст при движениях головки нижней челюсти. Местные признаки воспаления отсутствуют: окраска кожи не изменена, она неотечна, но чувствительность в ушно-височной области может быть понижена, что объясняется развивающимся невритом ушно-височного нерва.

Общее состояние больного остается удовлетворительным. В крови не происходит выраженных патологических изменений, но СОЭ увеличена, а реакция на С-реактивный белок положительная.

Клинические проявления склерозирующего артроза менее выражены, чем деформирующего. На рентгенограммах при склерозирующем артрозе определяется склероз поверхностных и подлежащих слоев губчатого вещества кости анатомических образований сустава с некоторой деформацией головки нижней челюсти. При деформирующем артрозе возникают костные разрастания в виде экзостозов и остеофитов, что приводит к необратимым структурным изменениям головки нижней челюсти и суставного бугорка. Суставная щель сужена. Болезнь протекает медленно.

Диагноз устанавливают на основании оценки результатов клинических, рентгенографических и лабораторных исследований.

Лечение больных комплексное: медикаментозное, физиотерапевтическое, ортопедическое и, при наличии показаний, оперативное. Медикаментозную терапию назначают ревматологи. Она включает бруфен, вольтарен, витамины группы В, препараты стероидного ряда. Однако надо иметь в виду, что внутрисуставное введение стероидных препаратов имеет лишь вспомогательное значение и является симптоматической терапией. Этот метод не следует рекомендовать в поздних стадиях заболевания при развитии вторичного остеоартроза и при наличии признаков остеопороза, так как он способствует их прогрессированию. Применение кортикостероидов противопоказано при деформирующем артрозе.

В комплексе с медикаментозным лечением назначают физиотерапию: электрофорез желчи, пчелиного яда, лидазы, препаратов йода. Могут быть также рекомендованы: парафино- и озокеритотерапия, грязелечение, инфракрасное облучение и лазерное излучение. Одновременно назначают массаж жевательных мышц и лечебную гимнастику. Важным условием достижения благоприятного исхода является осуществление рационального протезирования зубов. В тяжелых случаях показано оперативное лечение: кондилэктомия с одномоментной артропластикой ортотропным аллогенным остеотрансплантатом.

Контрактура нижней челюсти (лат. *contrahege* - стягиваться, сокращаться) - резкое ограничение подвижности в височно-нижнечелюстном суставе вследствие патологических изменений мягких тканей, окружающих его и функционально связанных с ним.

Нередко контрактура нижней челюсти сочетается с внутрисуставными спайками (т. е. с анкилозом).

Контрактура нижней челюсти возникает на почве изменений в коже, в окружающей сустав подкожной клетчатке, в жевательных мышцах, в фасции (околоушно-височной), в нервных волокнах травматического или воспалительного происхождения.

Грубые фиброзные и костные сращения переднего края ветви нижней челюсти или ее венечного отростка со скуловой дугой или бугром верхней челюсти могут возникнуть после огнестрельных и неогнестрельных повреждений. Также контрактура может возникнуть после ошибочной инъекции растворов (спирта, формалина, кислот, перекиси водорода и т. п.), вызывающих некроз мягких тканей вокруг челюсти на месте инъекции. После некроза нормальные ткани замещаются рубцовыми тканями.

Контрактуры на почве длительной адинамии головки нижней челюсти при межчелюстном скреплении отломков нижней челюсти могут дополняться образованием рубцов в толще щек или губ, если одновременно с переломом челюсти были повреждены мягкие ткани лица.

Неврогенная контрактура нижней челюсти может развиваться на почве рефлекторно-болевого сокращения жевательных мышц (вызванного перикоронаритом, остеомиелитом, травмой мышц иглой во время проведения анестезии), спастических параличей и истерии.

Клиника контрактуры нижней челюсти

При контрактуре нижней челюсти всегда отмечается более или менее выраженное сведение челюстей. Если в основе его лежит острое воспаление жевательных мышц (тризм на почве миозита), попытки насильственного разведения челюстей вызывают боль.

При стойких рубцовых и костных сращениях сведение челюстей может быть особенно значительным, но попытка разведения их в этом случае не сопровождается острыми болевыми ощущениями. Пальпаторно при этом иногда можно определить грубые рубцовые стяжения во всем преддверии рта или в ретромолярной области, в области скуловой кости, венечного отростка.

В случаях, когда травма или воспалительный процесс возникли у взрослого человека, внешне заметной грубой асимметрии лица, а также изменений формы ветви, мышечкового отростка, угла и тела нижней челюсти не отмечается. Если же заболевание развилось еще в детском или юношеском возрасте, то к моменту обследования (у взрослого) врач может обнаружить (клинически и рентгенографически) грубые анатомические нарушения: недоразвитие ветви и тела челюсти, смещение ее подбородочного отдела в большую сторону и др.

Лечение контрактуры нижней челюсти

Лечение контрактур нижней челюсти должно быть патогенетическим. Если контрактура нижней челюсти центрального происхождения, больного направляют в неврологическое отделение больницы для устранения основного этиологического фактора (спастический тризм, истерия).

В случае ее воспалительного происхождения вначале устраняют источник воспаления (удаляют причинный зуб, вскрывают флегмону или абсцесс), а затем проводят антибиотико-, физио- и механотерапию. Последнюю желательно осуществлять аппаратами А. М. Никандрова и Р. А. Досталь (1984) либо Д. В. Чернова (1991), в которых источником давления на зубные дуги является воздух, то есть пневматический привод, который в спавшемся состоянии имеет толщину в 2-3 мм. Д. В. Чернов рекомендует доводить рабочее давление в трубке, вводимой в полость рта больного, в пределах 1.5-2 кг/см² как при консервативном лечении рубцово-мышечной контрактуры, так и при воспалительной ее этиологии.

Контрактуры нижней челюсти, вызванные костными или костно-фиброзными обширными спайками, сращениями венечного отростка, переднего края ветви или щеки, устраняют путем иссечения, рассечения этих спаек, а обусловленные наличием узких рубцовых стяжений в ретромолярной области - методом пластики встречными треугольными лоскутами.

После операции с целью предупреждения сморщивания кожного лоскута и рубцевания под ним нужно, во-первых, оставлять во рту лечебную шину (вместе со стенсовым вкладышем) на 2-3 недели, ежедневно извлекая ее для проведения туалета полости рта. Затем изготавливать съемный протез. Во-вторых, в послеоперационном периоде необходимо осуществить ряд мероприятий, предупреждающих рецидив контрактуры и укрепляющих функциональный эффект операции. К ним относится активная и пассивная механотерапия, начиная с 8-10-го дней после операции (желательно - под руководством методиста).

Для механотерапии можно использовать стандартные аппараты и индивидуальные приспособления, которые изготавливают в зуботехнической лаборатории. Об этом более подробно говорится ниже.

Рекомендуются физиотерапевтические процедуры (облучение лучами Букки, ионогальванизация, диатермия), способствующие профилактике образования грубых послеоперационных рубцов, а также инъекции лидазы при тенденции к рубцовому стяжению челюстей.

После выписки из стационара необходимо продолжать механотерапию в течение 6 месяцев - до окончательного формирования соединительной ткани в области бывших раневых поверхностей. Периодически параллельно с механотерапией нужно проводить курс физиотерапии.

При выписке необходимо снабдить больного простейшими приспособлениями - средствами для пассивной механотерапии (пластмассовые винты и клинья, резиновые распорки и др.).

Методики устранения контрактуры нижней челюсти.

Иссечение фиброзных спаек, остеотомия и артропластика на уровне основания мышечкового отростка с применением дезэпидермизированного кожного лоскута

Такая же операция на уровне нижнего края скуловой арки с иссечением костно-рубцового конгломерата и моделированием головки нижней челюсти, интерпозицией кожного дезэпидермизированного лоскута

Рассечение и иссечение рубцов мягких тканей со стороны полости рта; резекция венечного отростка, устранение костных сращений (долотом, бормашиной, кусачками Люэра); эпидермизация раны расщепленным кожным лоскутом

Рассечение и иссечение рубцовых и костных сращений через наружный доступ, резекция венечного отростка. При отсутствии рубцов на коже - операция через внутриротовой доступ с обязательной пересадкой расщепленного кожного лоскута

Иссечение всего конгломерата рубцов и костных спаек через внутриротовой доступ, чтобы обеспечить широкое открывание рта; пересадка расщепленного кожного лоскута. Перед операцией перевязывают наружную сонную артерию

Рассечение и иссечение костных и фиброзных спаек щеки, чтобы обеспечить широкое открывание рта и закрытие образовавшегося дефекта заранее пересаженным на щеку филатовским стеблем или устранение дефекта щеки кожным артериализированным лоскутом.

Хорошие результаты при лечении вышеописанными методами отмечены у 70.4% больных. Раскрывание рта у них между передними зубами верхней и нижней челюстей колебалось в пределах 3-4.5 см, а у отдельных лиц достигало 5 см. У 19.2% человек величина открывания рта составляла до 2.8 см, а у 10.4% - только до 2 см. В последнем случае приходилось делать повторную операцию.

Причинами рецидивов контрактур нижней челюсти являются: недостаточное иссечение рубцов во время операции, применение (для эпидермизации раны) не расщепленного, а тонкого эпидермального лоскута А. С. Яценко-Tiersh; некроз части пересаженного лоскута кожи; недостаточно активная механотерапия, игнорирование возможностей физиотерапевтической профилактики возникновения и лечения Рубцовых стяжений после операции.

Рецидивы контрактур нижней челюсти чаще возникают у детей, особенно у оперированных не под наркозом или потенцированным обезболиванием, а под обычной местной анестезией, когда хирургу не удается выполнить операцию по всем правилам. Кроме того, дети не выполняют назначений по механо- и физиотерапии. Поэтому у детей особенно важно правильное выполнение самой операции и назначение после нее грубой пищи (сухари, бублики, леденцы, яблоки, морковь, орехи и т. п.).

Анкилоз височно-нижнечелюстного сустава - фиброзное или костное сращение суставных поверхностей, обуславливающее частичное или полное исчезновение суставной щели.

При наличии у больного наряду с внутрисуставными (анкилозирующими) спайками еще и костных образований внесуставных (контрактурных) следует говорить о сочетании анкилоза височно-нижнечелюстного сустава с контрактурой нижней челюсти. Такой диагноз требует и соответствующего плана хирургического вмешательства.

На основании классификации болезней костей и суставов у детей Н. Н. Каспарова именуется состояние фиброзной спайки суставных поверхностей (т. е. фиброзный анкилоз ВНЧС), сочетающееся с грубой деформацией мышечного отростка (его укорочением и конгломератным разрастанием), вторичным деформирующим остеоартрозом (ВДОА). На основании этого обстоятельства мы делим фиброзные анкилозы на две подгруппы, имеющие право на самостоятельность нозологических форм: неосложненный фиброзный анкилоз и осложненный (деформацией) фиброзный анкилоз, который можно назвать еще и вторичным деформирующим остеоартрозом или анкилозоконтрактурой.

Причиной внутрисуставных сращений могут быть инфекционные остеоартриты и травмы, в том числе родовые; в единичных случаях отмечается тугоподвижность в суставе, возникающая еще до рождения ребенка. Принято делить анкилозы на приобретенные и врожденные, воспалительные и травматические.

У детей анкилоз развивается чаще всего в результате гнойного отита, возникшего в связи с каким-либо инфекционным заболеванием (скарлатина, эпидемический паротит и др.).

Развитие анкилоза возможно также (как у детей, так и у взрослых) в связи с артритом любой другой этиологии. По имеющимся данным, в мирное время около 30% анкилозов возникает в результате повреждения мышечного отростка нижней челюсти и суставной ямки височной кости при падениях, ударах в область подбородка и травмах во время родов; 22% - вследствие вторичного септического поражения сустава при гнойном отите; 13% - из-за поражения головки нижней челюсти остеомиелитом; гонорейные, ревматические, деформирующие артриты бывают причиной анкилозов у 13% больных.

Травматические анкилозы обычно развиваются после закрытых переломов мышечного отростка нижней челюсти. После открытых, особенно огнестрельных, повреждений анкилозирование наступает не так часто.

Иногда анкилоз развивается вследствие неустраненного вывиха нижней челюсти. У детей грудного возраста травматический анкилоз может возникнуть в связи с повреждением сустава при наложении щипцов во время родов.

Механизм развития костного анкилоза после перелома шейки нижней челюсти у детей можно себе представить следующим образом: сместившаяся головка нижней челюсти сохраняет эпифизарные зоны роста, продолжающие функционировать - продуцировать новую костную ткань, которая постепенно заполняет нижнечелюстную ямку, срастается с ней и приводит к анкилозу.

Повреждением зон роста объясняется последующее недоразвитие соответствующей ветви челюсти; если она и не повреждена, то микрогения развивается из-за того, что «энергия» зоны роста уходит на образование костного конгломерата: чем он больше, массивнее, тем больше недоразвита ветвь челюсти по своей высоте. Поэтому для профилактики посттравматических анкилозов у детей рекомендуется тщательно сопоставлять и надежно фиксировать отломки ветви челюсти.

Симптомы анкилоза височно-нижнечелюстного сустава

Врожденные анкилозы наблюдаются исключительно редко. Согласно имеющимся данным, до 80% анкилозов височно-нижнечелюстного сустава развиваются у детей в возрасте до 10-15 лет. Однако многие больные поступают в лечебные учреждения значительно позже.

Анкилозы могут быть полные и частичные, костные и фиброзные, одно- (около 93%) и двусторонние (около 7%).

Непременный симптом анкилоза - это стойкое полное или частичное ограничение открывания рта, т. е. ограничение опускания нижней челюсти и полное отсутствие скользящих движений в пораженном суставе по горизонтали.

Степень подвижности головки нижней челюсти определяется путем ее пальпации впереди козелка уха и через переднюю стенку наружного слухового прохода. При фиброзном анкилозе врач ощущает едва заметную подвижность головки нижней челюсти, чего нет при синостозе. Однако, несмотря на полный синостоз в пораженном суставе, сохраняется, хотя и незначительная, подвижность головки нижней челюсти на здоровой стороне. Это оказывается возможным за счет эластичности всей нижнечелюстной кости.

Иногда, в случаях рецидива анкилоза, отмечается стойко фиксированный открытый прикус. Это обычно является следствием рецидива после оперативного вмешательства, при котором резецируется значительный фрагмент ветви челюсти, или результатом неправильной фиксации нижней челюсти после операции, а также неправильно проводимой механотерапии, когда больной уделяет внимание только открыванию рта.

При обследовании взрослого больного, у которого анкилоз развился в детском возрасте, обнаруживают выраженную задержку роста пораженной половины нижней челюсти и всей соответствующей половины лица. Однако и у детей с анкилозами заметна асимметрия лица вследствие смещения подбородка и кончика носа в больную сторону, уменьшения всех размеров пораженной половины тела и ветви нижней челюсти (односторонняя микрогения или мандибулярная ретрогнатия). К тому же ушная раковина на больной стороне может быть расположена ниже, чем на здоровой. В результате этого здоровая половина лица выглядит запавшей и уплощенной. Подбородок смещен в больную сторону, которая, вследствие размещения нормального объема мягких тканей в области уменьшенных в размерах тела и ветви нижней челюсти, кажется более округлой и создает впечатление здоровой. Поэтому бывают случаи, когда неопытный врач принимает здоровую сторону за больную и даже предпринимает операцию на здоровом суставе. В связи с этим нужно тщательно определить основные размеры нижней челюсти с обеих сторон.

Если в детском возрасте поражаются оба сустава, развивается двусторонняя микрогения, характеризующаяся так называемым птичьим лицом, т. е. резким недоразвитием всего нижнего отдела лица.

В случае развития анкилоза у взрослого человека, у которого уже закончилось формирование скелета, задержка в развитии нижней челюсти незначительная или совершенно отсутствует.

В результате длительного анкилозирования резко нарушается функция питания и речи, особенно при двусторонних фиброзных и костных анкилозах. В этих случаях вследствие недостаточного открывания рта полностью или почти полностью исключается прием пищи нормальной консистенции. Больные питаются жидкой или кашицеобразной пищей через узкую щель между зубными рядами, через щель на месте отсутствующего зуба или позади молярную щель; хлеб им приходится протирать пальцем сквозь щели между зубами.

По данным мастикациографии, для анкилозов характерны раздавливающий тип жевания, уменьшение частоты жевательных движений (до 0.4-0.6 в 1 с), потеря жевательной эффективности колеблется в пределах 17-98%.

Биоэлектрическая активность жевательных мышц (БАЖМ) на больной и здоровой сторонах весьма различна и зависит от степени распространения рубцовых изменений в суставе и окружающих тканях; в тех случаях, когда костные или фиброзные спайки локализируются в самом суставе, БАЖМ на больной стороне всегда выше, чем на здоровой, а когда рубцы распространились на мышцы и окружающие сустав мягкие ткани, БАЖМ на больной стороне ниже, чем на здоровой. При двусторонних анкилозах БАЖМ почти одинакова с обеих сторон.

Невозможность нормального приема и разжевывания пищи приводит к появлению гингивита, патологических десневых карманов, к отложению большого количества зубного камня, множественному поражению зубов кариозным процессом и веерообразному смещению зубов.

Такие больные, как правило, ослабленные, истощенные и имеют нездоровый цвет лица; у большинства из них отмечается пониженная или нулевая кислотность желудочного сока из-за нарушения секреции желудка. Однако в некоторых случаях больные хорошо адаптируются к таким условиям приема пищи и питание их при этом почти не нарушено. Речь больных с анкилозом нарушена и затруднена.

Лечение и удаление зубов при полном сведении челюстей или очень затруднено, или совершенно невозможно.

В случае рвоты (при интоксикации, опьянении) таким больным грозит аспирация и асфиксия.

Недоразвитие челюсти приводит к западению языка во время сна на спине, вследствие чего спать в этом положении совсем невозможно или же сон сопровождается сильнейшим храпом. Постоянное недосыпание приводит к истощению нервной системы, больной становится раздражительным, худеет и теряет работоспособность.

Обязательными рентгенографическими признаками у больных с костным анкилозом являются полное или частичное отсутствие суставной щели, перехода структуры одной кости в другую и отсутствие изображения контуров тех отделов костей, которые образуют сочленение.

Если анкилоз развился давно (в раннем детстве), на рентгенограмме будет определяться укорочение и утолщение мышечкового отростка, «шпора» в области угла нижней челюсти, наличие непрорезавшегося нижнего 7 или 8 зуба в области ее ветви.

Вырезка нижней челюсти уменьшена, сливается с отростками ветви нижней челюсти или имеет остроугольную форму.

Дифференциальная диагностика анкилоза височно-нижнечелюстного сустава. Неосложненный костный анкилоз необходимо дифференцировать с костной контрактурой нижней челюсти (см. выше), а также с механическими препятствиями к открыванию рта. Препятствия могут быть обусловлены опухолью (остеомой, одонтомой, саркомой и т. д.) в области ветви челюсти, бугра верхней челюсти или скуловой кости. Поэтому для окончательного установления диагноза следует произвести тщательное пальцевое исследование (при этом указательный палец вводят между бугром верхней челюсти и ветвью нижней челюсти больного, а также пальпируют боковую стенку глотки) и рентгенографию.

При фиброзной, костной или костно-фиброзной контрактуре нижней челюсти, не сочетающейся с анкилозом, ограничение ее подвижности вызвано внесуставными фиброзными или костными стяжениями или разрастаниями.

Диагноз анкилоза должен основываться на данных анамнеза (выяснение этиологического фактора и динамики заболевания), клинического и рентгенографического обследования, а именно:

стойкое полное или частичное ограничение движений в височно-нижнечелюстном суставе;

деформация мышечкового отростка;

изменение размеров и формы нижней челюсти на пораженной стороне;

наличие рентгенографических признаков анкилоза.

Осматривая область суставов, необходимо обращать внимание на наличие на коже рубцов (след ранения или воспаления), послеоперационных шрамов позади ушной раковины (по поводу мастоидита, отита) и выделения гноя из наружного слухового прохода, а также на положение ушных раковин, подбородочного отдела нижней челюсти и на уровень ее нижнего края на больной и здоровой сторонах. Эти и другие данные проанализированы при описании клинических симптомов анкилоза.

Лечение таких больных комплексное. Оперативное вмешательство должно быть направлено на восстановление подвижности в суставе и устранение сопутствующей анкилозу деформации. Цель консервативного лечения у ортопеда — восстановление прикуса. При хирургическом лечении анкилозов следует не только добиться подвижности челюсти путем создания ложного сустава, но и одновременно с этим устранить сопутствующие анкилозу деформацию челюсти и нарушение прикуса.

Благоприятных результатов при хирургическом лечении анкилозов височно-нижнечелюстного сустава можно добиться, если выполнить следующие условия:

При выделении измененного суставного конца ветви челюсти должны быть обеспечены максимальная сохранность и атравматичность жевательных мышц во время операции и фиксация их

в физиологическом натяжении. Для этого не следует отделять от кости сухожилия мышц, а надо проводить костно-мышечный декортикат;

Проводить высокую остеотомию ветви челюсти у основания мышечкового отростка с удалением патологически измененного верхнего фрагмента и формировать суставную площадку, по форме близкую к естественной и так же расположенную;

Замещение дефекта суставного конца челюсти желательно осуществлять ортотопическим аллотрансплантатом с хрящевым покрытием суставного конца, а лучше проводить пересадку нижнего полусустава (вместе с мениском) или блока полного височно-нижнечелюстного сустава со всеми его компонентами (ветвь челюсти с суставной головкой, межсуставной диск, суставная площадка височной кости, межсуставные связки и суставная капсула);

Необходимо плотно припасовывать трансплантат к кости реципиента и надежно фиксировать;

Рекомендовать ранние функциональные нагрузки. Оперативное лечение анкилозов височно-нижнечелюстного сустава является сложным и травматичным хирургическим вмешательством, поэтому операцию следует производить под эндотрахеальным наркозом с введением интубационной трубки через нос "вслепую". В тех случаях, когда назо-трахеальный наркоз провести не удастся (искривление носовой перегородки, атрезия, рубцовое заращение или сужение носовых ходов), приходится прибегать к трахеотомии.

Наиболее удобный доступ обеспечивается полуовальным разрезом кожи, который начинается на 1,5-2 см ниже мочки уха и огибает угол челюсти.

Далее разрез продолжают в подчелюстную область примерно до уровня 6-6. В подчелюстной области разрез необходимо проводить на 3-4 см ниже края челюсти с учетом укорочения и низведения ветви челюсти. Ткани рассекаются послойно до кости. Необходимо учитывать, что восстановление жевательной функции при анкилозе зависит не только от создания искусственного сустава, но и от состояния жевательных мышц. В связи с этим для обеспечения успеха операции очень большое значение имеет сохранение целостности жевательных мышц и их фиксация в физиологическом положении. Учитывая это, сухожилия собственно жевательной мышцы нужно не отсекают от кости, а отделять вместе с кортикальной пластинкой ветви челюсти соответственно месту их прикрепления.

С этой целью линейным разрезом по нижневнутреннему краю угла, то есть на границе прикрепления собственно жевательной и медиальной крыловидной мышц, рассекают сухожильно-мышечные волокна и отделяют от нижнего края кости. Затем по нижнезаднему краю угла и переднему краю собственно жевательной мышцы с помощью бормашин циркулярной пилкой и трепаном, ультразвуком или лазерным лучом проводят распил кортикального слоя нижней челюсти и отделяют его вместе с прикрепленной мышцей с помощью тонкого широкого острого долота. На остальном участке ветви челюсти с наружной и внутренней стороны на всем протяжении до скуловой дуги распатором субпериостально отделяют мягкие ткани. После этого приступают к созданию воспринимающего ложа для трансплантата. Для этого с наружной стороны ветви фрезой ровным слоем снимают оставшийся кортикальный слой до появления кровоточащих точек.

Уровень пересечения ветви челюсти определяется характером и распространенностью патологических изменений в кости. Так, при фиброзном или костном сращении суставной головки с суставной впадиной височной кости проводят резекцию мышечкового отростка. Рассекают кость с помощью трепана и бора в поперечном или пилой Джигли в косом направлении через полукруглую вырезку кзади и вниз. Если после иссечения мышечкового отростка тяга височной мышцы препятствует низведению ветви, то остеотомию проводят у основания венечного отростка, который сохраняют для проведения костной пластики и восстановления функции нижней челюсти. При массивных костных разрастаниях, когда суставной и венечный отростки образуют единый костный конгломерат, проводят поперечную остеотомию в верхней ее трети, как можно выше к суставу.

Во время остеотомии во избежание повреждения сосудов ассистент подводит изогнутый шпатель под внутреннюю поверхность ветви на уровне предполагаемого пересечения кости. В это время хирург специальным острым длинным трепаном с помощью бормашин делает ряд сквозных отверстий, которые соединяют трехгранной хирургической фрезой или цилиндрическим бором. После того как получена подвижность челюсти на месте остеотомии, хирург берет костные щипцы (костодержатель), захватывает ими челюсть за угол и низводит ее. Не всегда удается при этом легко низвести челюсть, так как на внутренней поверхности ветви иногда остаются рубцовые спайки с окружающими тканями. В таком случае поступают следующим образом. Ассистент крючками хорошо поднимает жевательную мышцу вместе со слюнной железой и мягкими тканями, а хирург в линию остеотомии вводит роторасширитель и им раздвигает костные поверхности. Этот прием

всегда обеспечивает вполне достаточное низведение челюсти. Если рубцовая ткань спаивала ветвь челюсти со слизистой оболочкой заднего отдела полости рта, то при насильственном низведении нижней челюсти происходит разрыв слизистой оболочки; при этом может возникнуть кровотечение и, кроме того, операционная рана загрязняется слюной. Чтобы можно было хорошо осмотреть рану в глубине, роторасширитель из раны удаляют, а ассистент однозубым крючком удерживает челюсть в низведенном положении.

Капиллярное кровотечение из рубцов в большинстве случаев удается остановить тугой тампонадой марлей, смоченной горячим изотоническим раствором хлорида натрия, биологическим тампоном или гемостатической губкой.

Но иногда при низведении челюсти или при освобождении из рубцов мышечкового отростка повреждается челюстная артерия, которая отходит от наружной сонной артерии и очень близко располагается к мышечковому отростку, а при массивных рубцах или костной мозоли может располагаться в них. В этом случае следует попытаться перевязать ее в ране, но сделать перевязку артерии в ране часто в подобных случаях не удается. Не затягивая операцию многократными безуспешными попытками перевязать артерию в ране, следует рану туго затампонировать, и произвести перевязку наружной сонной артерии в типичном месте на шее. Для закрытия раны слизистой оболочки следует мобилизовать ее края и наложить кетгутовые швы. Если же это не удается, то остается единственный выход — тампонировать рану слизистой оболочки со стороны полости рта йодоформной турундой, которую постепенно удаляют на 8-10-й день после операции. После низведения челюсти и перемещения подбородка в правильное положение необходимо костными кусачками сгладить рассеченные поверхности кости и особенно тщательно удалить все острые шипы. Если при исследовании пальцем внутренней поверхности ветви обнаруживаются костные шипы и разрастания костной ткани, то их необходимо удалить долотом, кусачками и острой ложкой, так как оставшиеся шипы и костные выросты могут дать в дальнейшем разрастания новой костной ткани и рецидив анкилоза. Так же с внутренней поверхности ветви челюсти удаляют обрывки надкостницы. Для остеопластики при дефектах нижней челюсти наиболее широко применяют костный аутотрансплантат, взятый из ребра и гребня подвздошной кости. Такой трансплантат является наиболее близким тканям организма в генетическом плане. Однако при аутопластике сложно, а иногда невозможно добиться правильной формы нижней челюсти, особенно при замещении ее обширных дефектов. Аутопластика связана с дополнительной травмой для больного. При взятии трансплантата увеличивается продолжительность операции, вследствие чего ухудшается состояние больного. В случае использования аутотрансплантатов при повреждениях мышечкового отростка или их последствиях невозможно провести первичную артропластику и осуществить реконструктивные операции на височно-нижнечелюстном суставе. В последние десятилетия, как в нашей стране, так и за рубежом накоплен значительный экспериментальный и клинический опыт использования костных аллотрансплантатов, консервированных различными способами, при конструктивных и реконструктивных операциях в челюстно-лицевой области. Наиболее ценным пластическим материалом является ортотопический аллотрансплантат, то есть трансплантат из нижнечелюстной кости, и височно-нижнечелюстной сустав с его составными компонентами. Идентичность этого трансплантата по анатомическому и гистологическому строению нижнечелюстной кости реципиента создает благоприятные условия для его приживания и перестройки с образованием органотипичного регенерата, позволяющего, особенно при первичной костной пластике, получить хорошие результаты.

Артропластика при анкилозе височно-нижнечелюстного сустава (первый вариант)

При выполнении операции по первому варианту, когда в качестве трансплантата используют ортотопический аллотрансплантат из консервированной нижнечелюстной кости вместе с суставной головкой, воспринимающую суставную площадку создают следующим образом. При формировании суставной площадки во избежание вывиха впереди ее создают костный бугорок, который ограничивает смещение суставной головки вперед. Это позволяет ей совершать не только шарнирные, но и в какой-то степени поступательные движения. После этого при необходимости осуществляют низведение ветви и смещение челюсти в здоровую сторону. Подбородок устанавливают в правильное положение по средней линии. У детей и подростков, учитывая рост непораженной половины челюсти, прикус устанавливают с некоторой гиперкоррекцией. В этом положении челюсть фиксируют с помощью различных шин. Для костной пластики образовавшегося дефекта суставного конца нижней челюсти после удаления верхнего фрагмента и перемещения челюсти используют консервированный методом лиофилизации или формализации

аллотрансплантат из ветви нижней челюсти вместе с суставной головкой, а в некоторых случаях и с венечным отростком.

Лучшие функциональные результаты наблюдаются при пересадке полусустава, то есть нижнего этажа сустава — ветви челюсти с суставной головкой, межсуставным диском и соответствующим участком капсулы. В этом случае воспринимающую суставную площадку нужно формировать по форме верхней поверхности межсуставного диска с сохранением по краям выступов, препятствующих смещению трансплантата. С внутренней поверхности трансплантата соответственно воспринимающему ложу кости реципиента снимают кортикальный слой. С наружной стороны его в области прикрепления кортикальной пластинки с жевательной мышцей также создают воспринимающее ложе. Трансплантат ветви из нижней челюсти следует брать с углом и во всю ее ширину, для того чтобы им можно было одновременно удлинить ветвь, создать угол челюсти, и возместить недостающую часть кости по заднему краю ветви, образовавшуюся после перемещения челюсти вперед. Образовавшийся дефект суставного конца челюсти замещают трансплантатом с таким расчетом, чтобы его суставная головка помещалась на созданной суставной площадке. Сохранившийся венечный отросток соединяют с венечным отростком трансплантата. Второй конец трансплантата соединяют с концом челюсти реципиента внакладку и плотно укрепляют двумя проволочными швами. Венечные отростки скрепляют тонкой танталовой проволокой. Сухожилия медиальной крыловидной мышцы и собственно жевательную мышцу с кортикальной пластинкой прикрепляют не к углу, а сзади угла к заднему краю ветви челюсти, то есть, не изменяя их длины, стремясь воспроизвести физиологическое натяжение мышц. Сохранение целостности и физиологического натяжения жевательных мышц, несомненно, положительно сказывается на жевательной функции.

Артропластика при анкилозе височно-нижнечелюстного сустава (второй вариант)

Артропластика сустава по второму варианту заключается в том, что в область дефекта мышечного отростка после его удаления при анкилозе пересаживают целый блок консервированного аллогенного сустава. Показанием к его пересадке является наличие только костного и рецидивирующего анкилоза в сочетании с недоразвитием челюсти или без ее деформации. Доступ к суставу при операции по второму варианту осуществляют также экстраоральным подходом. После остеотомии и удаления костного конгломерата формируют не суставную площадку, как при первом варианте операции, а воспринимающее костное ложе для трансплантата. Костное ложе должно представлять собой ровную горизонтальную плоскость с двумя — передним и задним — выступами, в которых делают по одному отверстию для фиксации трансплантата. Трансплантат содержит блок сустава, который состоит из:

- участка височной кости с суставной площадкой;
- межсуставного диска;
- суставной головки;
- суставной капсулы;
- межсуставных связок.

Во время припасовки трансплантата его верхнюю поверхность на височной кости выравнивают. По краям передней и задней сторон ее делают по одному отверстию соответственно выступающим участкам воспринимающего ложа. После введения трансплантата в созданное ложе его фиксируют двумя швами из тонкой танталовой проволоки. Второй конец трансплантата соединяют с ветвью челюсти реципиента, как в первом варианте. В рану вводят антибиотики и послойно зашивают ее. Для предупреждения образования гематомы на 1-2 дня в ране оставляют резиновый выпускник.

Плотность трансплантата обеспечивает надежную фиксацию его к челюсти реципиента и прочное удержание челюсти в приданом положении проволочными швами.

Нижнюю челюсть фиксируют к верхней только на период проведения костной пластики и на 7-10 дней послеоперационного периода, до устранения отека. Затем больной постепенно начинает делать активные движения челюстью, в последующем ему назначают физио- и механотерапию. Применение данных методов позволяет восстановить жевательную функцию, одномоментно удлинить ветви челюсти, установить прикус в нормальное положение и устранить деформацию нижней челюсти. Кроме того, при пересадке цельного блока сустава, помимо функции открывания рта, в известной степени восстанавливаются и боковые движения, что имеет немаловажное значение для полноценного разжевывания пищи.

В. С. Иовчев (1963) описал способ “подвесной” артродластики при анкилозе без изменений венечного отростка и окружающих тканей. Он произвел поперечную остеотомию мышечного отростка по возможности ближе к головке и под основание венечного отростка. Челюсть перемещал

вниз и в непораженную сторону. Затем свободный конец венечного отростка соединял с культей в области отделенного мышечного отростка и скреплял их костным швом. При этой методике ветвь челюсти не имеет упора в суставе и остается как бы подвешенной на височной мышце.

Для заполнения мягких тканей к заднему краю сдвинутой вперед ветви челюсти прикрепляют двумя швами хрящевой аллотрансплантат.

Г. П. Иоаннидис (1970) при анкилозе височно-нижнечелюстного сустава производил остеотомию в верхней трети ветви челюсти. После удаления и соответствующей обработки верхнего фрагмента подбородок устанавливают по средней линии. Дефект суставного конца челюсти замещают реберным костно-хрящевым аллотрансплантатом. Костный конец трансплантата погружают в созданное углубление ветви или продольно расщепляют и одну его часть помещают в созданный канал, а другую — на наружную поверхность поднадкостнично без дополнительной фиксации. При этом хрящевой конец закругленной формы обращен в сторону сустава, который обычно располагается ниже естественного, что, по мнению автора, лишь незначительно ухудшает функцию нижней челюсти.

Западение в зачелюстном пространстве, возникающее после перемещения челюсти вперед и в непораженную сторону, ликвидируют путем дополнительной подсадки аллогенного хряща, который фиксируют к заднему краю ветви кетгутовыми швами. При использовании этой методики, как отмечает автор, значительно уменьшается микрогения и достигаются хорошие функциональные результаты.

П. З. Аржанцев (1971) при анкилозе височно-нижнечелюстного сустава и микрогении после тщательного изучения клинических, рентгенологических и функциональных данных, а также особенностей челюстно-лицевой деформации производил реконструктивные операции с целью устранения микрогении, костного анкилоза с одной стороны и фиброзного — с другой. Под эндотрахеальным наркозом (с интубацией через трахеостому) выполняют двустороннюю высокую остеотомию ветвей нижней челюсти. Удаляют костный конгломерат в области мышечного отростка на стороне костного сращения. Возникший дефект возмещает имплантатом из органического стекла или пластмассы. Суставную впадину формируют хирургическим путем. В области подбородка накладывают зажим аппарата Рудько для скелетного вытяжения нижней челюсти. Через 5-7 дней после установления зубов в прикус скелетное вытяжение заменяют межчелюстной резиновой тягой. Спустя 3 нед под эндотрахеальным наркозом через ранее наложенную трахеостому вычленивают малоподвижный мышечный отросток на стороне фиброзного сращения. Имплантат, установленный для формирования воспринимающего костного ложа (на предыдущей операции), удаляют. После этого осуществляют двустороннюю артропластику височно-нижнечелюстных суставов лиофилизированными аллогенными суставными отростками.

Лечение двусторонних анкилозов височно-нижнечелюстного сустава более сложно. Необходимо сказать, что иногда в предоперационном периоде ошибочно ставят диагноз “двусторонний анкилоз”, принимая односторонний анкилоз за двусторонний и, наоборот, двусторонний — за односторонний. Поэтому перед операцией необходимо очень тщательное рентгенологическое исследование обоих суставов. В настоящее время уточнению диагноза помогает томография. При двустороннем анкилозе после произведенной остеотомии на одной стороне низвести ветвь челюсти не удастся даже роторасширителем. Особенно форсировать эти движения не следует. В таких случаях тампонируют рану марлевыми салфетками, смоченными антибиотиками. Нельзя тампонировать рану марлевыми шариками, так как шарики, промокшие кровью, становятся малозаметными в глубине раны и их можно легко оставить в ране при окончании операции. После того как рану затампонировали, края кожной раны поверх салфеток сближают 2-3 временными швами и поворачивают голову больного в другую сторону (осторожно, чтобы не нарушить систему эндотрахеального наркоза). Обработав операционное поле, производят такую же операцию на другой стороне. Необходимо иметь в виду, что после операции по поводу двустороннего анкилоза височно-нижнечелюстного сустава в послеоперационном периоде может наступить западение языка, поэтому в конце операции следует прошить язык и привязать лигатуру на 2-3 дня к повязке. В этом периоде больные нуждаются в особом тщательном наблюдении персонала в ночное время. В дальнейшем больные приспосабливаются самостоятельно удерживать язык. Для удержания нижней челюсти в исправленном положении в послеоперационном периоде в течение 10-14 дней применяют вытяжение за подбородочный отдел челюсти при помощи костного зажима, крючка или проволочной петли, шнуром через блок с грузом в 500-800 г.

Применение деэпидермизированного филатовского стебеля при устранении анкилоза височно-нижнечелюстного сустава

Все авторы, занимающиеся изучением отдаленных результатов лечения анкилозов височно-нижнечелюстного сустава, отмечают большое число рецидивов заболевания. Рецидивы чаще развиваются в течение первого года после операции, но описаны случаи их развития и через несколько лет после операции. А. А. Лимберг для предупреждения развития рецидива анкилоза нижней челюсти в 1948 г. применил для межкостной прокладки дезэпидермизированный филатовский стебель. Операция многоэтапна, поэтому метод рекомендуется только для устранения рецидивов анкилоза. Филатовский стебель формируют обычно на животе. Через 3 нед ножку стебля пересаживают на кисть или предплечье. Еще через 3 нед производят основную операцию устранения анкилоза. Описанным выше методом обнажают область анкилоза и как обычно обрабатывают кость. Затем отсекают ножку стебля от живота и скальпелем удаляют на протяжении 7-8 см эпидермальный слой кожи, оставив на стебле лишь сетчатый слой так, чтобы жировая клетчатка была покрыта дермой. Дезэпидермизированный участок стебля вводят между костными поверхностями и укрепляют его матрацным швом через всю толщу щеки и 2-3 швами к окружающим тканям с таким расчетом, чтобы он не мог сместиться. Затем возвращают на свое место жевательную мышцу и мягкие ткани, накладывают погружные кетгутовые швы, кожную рану зашивают. Часть стебля, оставшуюся недеэпидермизированной, тщательно пришивают к коже так, чтобы рана была закрыта наглухо. Между швами вводят резиновый выпускник на 48 ч. Все дальнейшее ведение больного такое же, как было описано выше. На следующем этапе, через 2-3 нед, отсекают избыток стебля у нижнего края челюсти или, если имеется еще микрогения, стебель отсекают от руки, дезэпидермизируют его, распластывают и вводят под кожу для коррекции асимметрии лица. Таким образом, этот метод позволяет устранить не только анкилоз височно-нижнечелюстного сустава, но и асимметрию лица, вызванную западением тканей в области ветви челюсти, и микрогению. Устранение двусторонних анкилозов височно-нижнечелюстного сустава при помощи прокладки из филатовского стебля производят следующим образом. После того как стебель одной ножкой приращен к руке, отсекают вторую ножку от живота и пересаживают ее в область угла нижней челюсти. Через 3-4 нед отсекают ножку стебля от руки и пересаживают ее на симметричное место с другой стороны. Таким образом, стебель располагается под подбородком в виде стремени. Еще через 3-4 нед производят одномоментно устранение анкилоза с обеих сторон. Рассекают стебель поперек на 2 равные части, производят двустороннюю остеотомию, низводят челюсть. Дезэпидермизируют обе ножки стебля полностью и каждую вводят между костными поверхностями на своей стороне. В дальнейшем операцию производят так, как это было описано раньше. Между коренными зубами с обеих сторон вводят резиновые прокладки, а подбородок подтягивают "пращей", иногда накладывают межчелюстное вытяжение. Питание больному в послеоперационном периоде на 15-20 дней назначают через зонд. Движения челюсти разрешают с 10-15-го дня.

Операции при анкилозе височно-нижнечелюстного сустава

Артропластика височно-нижнечелюстного сустава способом Медведева, 1953

С помощью специальных щипцов-кусачек производят ступенчатую остеотомию в области верхней трети ветви нижней челюсти, низводят ее до правильного положения. Моделируют и помещают в щель между фрагментами вкладыш из биопластмассы, соответствующий по форме и величине пространству между фрагментами. Вкладыш фиксируют кетгутовыми швами к окружающим тканям, вставляют прокладку между коренными зубами и осуществляют внеротовое вытяжение челюсти в течение 14-16 дней.

Артропластика височно-нижнечелюстного сустава способом Великановой, 1956

Производят косую остеотомию по Рауэру, концы распила кости прижигают дымящей азотной кислотой в течение 1-2 минут. Кислоту наносят с помощью ваты на палочке, окружающие ткани изолируют марлей, смоченной насыщенным раствором натрия гидрокарбоната для нейтрализации кислоты. Осуществляют вытяжение челюсти в течение 10-13 дней.

Артропластика височно-нижнечелюстного сустава способом Бернадского — Михайлик, 1974

Производят остеотомию нижней челюсти ближе к уровню сустава. Нижний фрагмент отводят вниз и вперед, фиксируют челюсть назубными шинами. Культю нижнего фрагмента ветви покрывают колпачком из белочной оболочки яичка (быка). Колпачок фиксируют кетгутовым швом, обвивающим угол челюсти.

Артропластика височно-нижнечелюстного сустава способом Максудова — Драновского, 1981

Разрезами по Рауэру или Львову обнажают угол и тело нижней челюсти. Отслаивают жевательную мышцу от ветви и скелетируют ее до суставного и венечного отростков. Поднадкостнично отсекают внутреннюю крыловидную мышцу с внутренней стороны ветви. Производят остеотомию ближе к пораженному суставу. Нижний фрагмент смещают книзу, челюсть

сопоставляют в правильном положении. На края нижнего фрагмента челюсти насаживают отмоделированный колпачок из серебряно-палладиевого сплава.

Артропластика височно-нижнечелюстного сустава способом Михайлик — Бернадского, 1978

Остеотомию осуществляют у основания венечного отростка. Удаляют избыток конгломерата кости в области полулунной вырезки и суставного отростка. Нижнюю челюсть смещают книзу и кпереди. Венечный отросток перемещают и фиксируют к верхнезаднему краю ветви костными швами.

Артропластика височно-нижнечелюстного сустава способом Михельсона, 1948

Осуществляют косую остеотомию ветви по Рауэру. В образовавшуюся щель после разведения фрагментов вставляют колпачок из пластмассы, который надевают на подвижный отрезок кости. Колпачок фиксируется к надкостнице ветви.

Артропластика височно-нижнечелюстного сустава способом Плотникова — Ткаченко, 1966

После обнажения ветви нижней челюсти производят ее остеотомию, удаляют костный массив, формируют суставную впадину в височной кости. Нижнюю челюсть перемещают в правильное положение. Образовавшийся дефект ветви замещают костным лиофизирированным аллотрансплантатом из нижней челюсти с суставным концом, который фиксируют костным швом.

Артропластика височно-нижнечелюстного сустава способом В. Ф. Рудько — Каспаровой, 1956

Скелетируют всю ветвь нижней челюсти, вплоть до костного сращения. Производят горизонтальную остеотомию ветви в верхней ее трети. На нижнем фрагменте ветви моделируют суставную головку и шейку путем удаления участка кости. Разводят фрагменты не менее чем на 10 мм и надевают колпачок из ЭГМАСС-12, к которому приварена “башня” из АКР-7. Колпачок должен туго охватывать кость и прочно на ней сидеть.

Устранение анкилоза височно-нижнечелюстного сустава способом Бернадского, 1956

Через разрез, ниже мочки уха, окаймляющий угол нижней челюсти и продолжающийся в поднижнечелюстной области, обнажают ветвь, скелетируют ее от жевательной и медиальной крыловидной мышц и надкостницы. Осуществляют остеотомию по методу Рауэра. Разводят фрагменты и между ними вставляют Деэпидермизированный, лишенный жира лоскут кожи, который фиксируют кетгутовыми швами к остаткам жевательной и медиальной крыловидной мышц у края угла челюсти.

Устранение анкилоза височно-нижнечелюстного сустава способом Бернадского — Михайлик, 1978

Экстраорально обнажают ветвь нижней челюсти, производят ее остеотомию на границе верхней и средней трети, моделируют суставную головку из нижнего фрагмента резецированной ветви и покрывают ее колпачком из ксеногенной склерокорнеальной оболочки, который фиксируют швами к жевательной мышце. Рану послойно зашивают. При необходимости смещают подбородок до симметричного положения и осуществляют вытяжение его через блок.

Устранение анкилоза височно-нижнечелюстного сустава с микрогенией у детей способом Лимберга, 1955

Разрезом, огибающим угол нижней челюсти, обнажают и освобождают его от надкостницы, жевательной мышцы. Скелетируют всю ветвь вплоть до полулунной вырезки. Внутреннюю поверхность ветви освобождают от надкостницы и медиальной крыловидной мышцы. Производят остеотомию венечного отростка и суставного отростка в области шейки или основания (при костных сращениях). Низводят ветвь челюсти вниз и вперед до установления подбородка в правильное положение. Осуществляют вытяжение челюсти с помощью на костного зажима, наложенного на угол челюсти.

Устранение анкилоза височно-нижнечелюстного сустава способом Львова, 1936

Разрезом под углом нижней челюсти обнажают ее ветвь. Пересекают прикрепление жевательной, медиальной крыловидной мышц. Отсепаровывают вместе с надкостницей мышцы на внутренней и наружной поверхностях и скелетируют всю ветвь. Осуществляют косую остеотомию ветви в зоне верхней ее трети (по Рауэру). Иссекают передний участок ветви в виде клина. Конец нижнего отрезка кости закругляют и моделируют головку и шейку.

Устранение анкилоза височно-нижнечелюстного сустава способом Рауэра, 1928

Разрезом по нижнему краю скуловой дуги, отступив от слухового прохода на 1,5 см кпереди и далее вниз, начиная от заднего конца первого скулового разреза, обнажают ветвь нижней челюсти. Отделяют надкостницу по наружной поверхности ветви и по ее переднему и заднему краям. Осуществляют косую линейную остеотомию по линии основания суставного отростка. При

существовании одновременно костного сращения между венечным отростком и скуловой костью дополнительно производят косую линейную остеотомию венечного отростка у его основания. В образовавшуюся щель после разведения фрагментов помещают лоскут из широкой фасции бедра с жиром так, чтобы фасция покрывала нижний отрезок ветви, а жир заполнял пространство и на внутренней стороне ветви.

Устранение анкилоза височно-нижнечелюстного сустава способом Роше, 1898

Обнажают нижнюю челюсть разрезом, огибающим ее угол. Выкраивают лоскут на питающей ножке из жевательной мышцы. Скелетируют ветвь нижней челюсти до суставного и венечного отростков, как с наружной, так и внутренней сторон. Производят остеотомию трапециевидной формы в области нижней половины ветви. Нижний фрагмент ветви низводят и в образовавшийся дефект укладывают мышечный лоскут, который пришивают к наружной поверхности крыловидной мышцы.

Устранение анкилоза височно-нижнечелюстного сустава способом Роше в модификации Смита, 1899

Операцию осуществляют по методу Роше лишь с той разницей, что остеотомию производят в средней трети ветви нижней челюсти.

Устранение анкилоза височно-нижнечелюстного сустава способом Роше — Смита в модификации Березовского, 1901

Производят остеотомию от заднего края ветви в область верхней половины по направлению к краю полулунной вырезки. В пространство между фрагментами укладывают лоскут жевательной мышцы, который прикрепляют к надкостнице внутренней поверхности нижнего фрагмента.

Устранение анкилоза височно-нижнечелюстного сустава способом Савицкого, 1968

Освобождают ветвь нижней челюсти от рубцов, производят ее остеотомию, низводят до правильного положения. К ветви подшивают отрезок ауторепра с хрящевой частью, который моделируют по форме суставной головки. Применяется у детей.

Устранение фиброзного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава

Разрезом по Рауэру вскрывают капсулу сустава, удаляют рубцово-измененный диск и рубцы. При необходимости, для достижения достаточной степени раскрытия рта вставляют в суставную щель остеотом и вращательными движениями разрывают спайки, образовавшиеся на внутренней поверхности. Между молярами на больной стороне вставляют распорку.

Устранение фиброзного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава способом Семенченко, 1951

Между премолярами на здоровой стороне вводят плоское долото или шпатель и постепенно расширяют щель между зубными рядами настолько, чтобы можно было применить роторасширитель Гейстера. Вставляют роторасширитель между резцами и медленно открывают рот на 1-1,5 см. Вводят второй расширитель на стороне анкилоза между премолярами и медленно раскрывают полость рта до 3,5-4 см. Между коренными зубами вставляют пластмассовую или металлическую распорку.

4. ПЛАН И ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА УЧЕБНОГО ЗАНЯТИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

№ п/п	Этапы занятия	Распределение времени	Виды контроля	Средства обучения
1.	Подготовительный этап.	15 мин.	Устный опрос за перечнем вопросов. Письменное тестирование.	Компьютер (ноутбук). Мультимедийные методические разработки. Анатомические муляжи. Видео- и фотоматериалы. Электронные справочники.
1.1	Организационные вопросы.			
1.2	Формирование мотивации.			
1.3	Контроль начального уровня подготовки (стандартизированные средства контроля).			
2.	Основной этап (указать все виды работ, которые выполняют студенты во время этого этапа).	60 мин.	Практический тренинг. Решение клинических задач. Создание алгоритмов врачебных	

			действий, профессиональн й тренинг.	
3.	Заключительный этап.	15 мин.	Тестирование. Практические задания. Ситуационные и нетипичные задачи. Устный опрос.	
3.1	Контроль конечного уровня подготовки.			
3.2	Общая оценка учебной деятельности студента.			
3.3	Информирование студентов о теме следующего занятия.			

4.5. Виды самостоятельной работы студентов

1. Выучить такие вопросы ($\alpha=I$):

1. Этиология и патогенез артритов, артрозо-артритов, артрозов ВНЧС.
2. План обследования больного с острым и хроническим артритом, артрозо-артритом, артрозом ВНЧС.
3. Классификации артритов, артрозо-артритов, артрозов ВНЧС.
4. Клинические признаки и методы лечения острых артритов ВНЧС.
5. Клинические признаки и методы лечения хронических артритов ВНЧС.
6. Клинические признаки и методы лечения артрозо-артрита ВНЧС.
7. Клинические признаки и методы лечения артроза ВНЧС.
8. Схемы лечения больных с артритом, артрозо-артритом, артрозом ВНЧС.

2. Тестовые задания с единичным правильным ответом ($\alpha=II$):

2.1. По патогенетическим признакам артроз ВНЧС бывает:

- F. Первичный и вторичный.
- G. Склерозирующий и деформирующий.
- H. Серозный и гнойный.
- I. Острый и хронический.
- J. Гипертрофический и атрофический.

(Правильный ответ: A)

2.2. Для этиопатогенеза первичного артроза характерно:

- A. Развитие дегенеративного процесса на здоровом суставном хряще.
- B. Развитие дегенеративного процесса на измененном суставном хряще в результате травмы.
- C. Развитие дегенеративного процесса на здоровой суставной головке.
- D. Развитие дегенеративного процесса в суставной ямке.
- E. Развитие дегенеративного процесса в суставе в результате соматических в общих чертах нарушений.

(Правильный ответ: A)

2.3. Сколько рентгенологических стадий вторичного деформирующего артроза выделяют?

- F. 4 стадии.
- G. 3 стадии.
- H. 5 стадий.
- I. 6 стадий.
- J. По стадиями не различают.

(Правильный ответ: A)

3. Тестовые задания с множественным выбором ответа:

3.1. По этиологии артриты ВНЧС бывают:

- F. Общесоматические.
- G. Обменно-дистрофические.
- H. Специфические.
- I. Неспецифические.
- J. Посттравматические.

(Правильные ответы: B, C, D, E)

3.2. Рентгенологические изменения в ВНЧС при его патологии:

- F. Иногда отмечается расширение суставной щели.

- G. Суставная щель отсутствует.
- H. Редко отмечается сужение суставной щели.
- I. Начальные явления репарации.
- J. Пределы нижнечелюстной ямки и суставного отростка сглаживаются, приближаясь к прямой линии.

(Правильные ответы: B, C, D, E)

3.3. Клиническим признаком острого артрита ВНЧС есть:

- F. «Тугоподвижность» сустава утром.
- G. Боль постоянна, уменьшается в состоянии спокойствия нижней челюсти.
- H. Резкая, иррадирующая боль.
- I. Отечность и инфильтрация мягких тканей впереди козелка уха.
- J. Серозный или гнойный экссудат в полости сустава.

(Правильные ответы: B, C, D, E)

4. Задачи для самоконтроля:

1. Больной Н., 35 лет с диагнозом хронического артрита левого ВНЧС жалуется на ограничение в открывании рта. Ограничение открывания рта в период обострения хронического артрита наблюдается?:

Ответ: В период обострения заболевания.

2. У больной Ж., 39 лет диагноз ревматоидный артрит правого и левого ВНЧС. Что является характерным признаком ревматоидного артрита ВНЧС?

Ответ: Двусторонность поражения.

4.6. Перечень индивидуальных заданий.

1. Уметь обследовать больного с воспалительно-дистрофическими заболеваниями ВНЧС.
2. Уметь провести дифференциальную диагностику между разными видами заболеваний ВНЧС.
3. Прочитать данные рентгенографии, КТ, МРТ при патологии ВНЧС.
4. Уметь составить план лечения больного с воспалительно-дистрофическими заболеваниями ВНЧС.

4.8. Перечень теоретических вопросов к итоговому модульному контролю (из типичной учебной программы).

Этиология и патогенез артритов, артрозо-артритов, артрозов ВНЧС.

Классификации воспалительно-дистрофических заболеваний ВНЧС.

Клиническая картина и лечение острых артритов ВНЧС.

Клиническая картина и лечение хронических артритов ВНЧС.

Клиническая картина и лечение артрозо-артрита ВНЧС.

Клиническая картина и лечение артроза ВНЧС.

Предложить схемы лечения больных с артритом, артрозо-артритом, артрозом ВНЧС.

Проанализировать данные дополнительных методов обследования больных с артритом, артрозо-артритом, артрозом ВНЧС.

4.9. Перечень практических заданий и работ к итоговому модульному контролю (из типичной учебной программы).

1. Обследовать больного с воспалительно-дистрофическими заболеваниями ВНЧС.
2. Описать историю болезни или амбулаторную карточку больного с воспалительно-дистрофическими заболеваниями ВНЧС.
3. Назначить план обследования больного с воспалительно-дистрофическими заболеваниями ВНЧС.
4. Составить план лечения больного с воспалительно-дистрофическими заболеваниями ВНЧС.

6. ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература:

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.

Дополнительная литература:

1. Ибрагимов З.И. Рентгенологические проявления контрактур височно-нижнечелюстного сустава / З.И. Ибрагимов, Н.А. Рабухина, В.А. Семкин // Вестник рентгенологии и радиологии. - М. - 2005. - №4. - С.21-23.
2. Петросов Ю.А. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава / Ю.А. Петросов, О.Ю. Калпакьянц, Н.Ю. Сеферян. Краснодар, 1996. - 349 с.
3. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология / Т.Г. Робустова. - М., 2003. - С.68-88.

4. Диагностика и лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава / В.А. Семкин: Дис. д. мед. – М., 1997. - 204 с.
5. Семкин В.А. Клиника, диагностика и лечение постинъекционных контрактур нижней челюсти / В.А. Семкин, Н.А. Рабухина, Н.В. Букатина // Стоматология. - 1998. - №5. - С.30-31.

**№ 9. Острый и хронический неспецифический сиалоаденит (некалькулезный и калькулезный).
Диагностика и комплексное лечение сиалоаденитов. Сиалозы.**

1. КОНКРЕТНЫЕ ЦЕЛИ:

- 1.2. Анализировать распространенность воспалительных и дистрофических поражений слюнных желез.
- 1.2. Объяснять причины возникновения воспалительных и дистрофических поражений слюнных желез.
- 1.3. Предложить новые подходы в диагностике воспалительных и дистрофических поражений слюнных желез.
- 1.4. Классифицировать воспалительные и дистрофические поражения слюнных желез.
- 1.5. Трактовать данные рентгенологических и патоморфологических исследований при воспалительных и дистрофических поражениях слюнных желез.
- 1.6. Рисовать схемы обследования пациентов с разными формами воспалительных и дистрофических поражений слюнных желез.
- 1.7. Проанализировать осложнения, последствия и прогноз при разных формах воспалительных и дистрофических поражений слюнных желез.
- 1.8. Составить план обследования и лечения больных с патологией слюнных желез разного генеза.

29. БАЗОВЫЙ УРОВЕНЬ ПОДГОТОВКИ

Названия предыдущих дисциплин	Полученные навыки
1. Анатомия человека.	Знать анатомию челюстно-лицевой области, кровоснабжения и иннервацию мышц головы и шеи. Определить локализацию больших слюнных желез человека.
2. Патоморфология с секционным курсом.	Знать гистологическое строение и морфологическую структура патологически-измененных тканей. Распознавать патологически измененные ткани. Уметь взять материал для цитологического и патоморфологического исследования пораженных слюнных желез.
3. Патофизиология.	Знать этиологию и патогенез заболеваний, обмен веществ в патологически измененных тканях. Уметь логично представить этиопатогенетическую цепь развития патологических процессов в слюнных железах.
4. Внутренняя медицина.	Знать взаимосвязь патологических процессов в слюнных железах с заболеваниями разных органов и систем человека. Уметь правильно определиться с привлечением смежных специалистов во время планирования комплексного лечения больных с патологией слюнных желез.

3. ОРГАНИЗАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА

ОСТРОЕ ВОСПАЛЕНИЕ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Эпидемический паротит (свинка, заушница) – острое инфекционное вирусное заболевание, которое характеризуется воспалением больших слюнных желез. Обычно поражаются околоушные, редко – поднижнечелюстные и подъязычные слюнные железы. В основном болеют дети, но иногда и взрослые, чаще женщины. В настоящее время эпидемический паротит наблюдается как в виде спорадических заболеваний, так и в виде редких эпидемических вспышек в закрытых и детских коллективах.

Этиология и патогенез. Возбудитель болезни – вирус, который фильтруется. Заражение происходит путем непосредственной передачи его от больного здоровому воздушно-капельным путем, но возможна также передача при пользовании предметами, с которыми сталкивались больные. Клиническая картина. Инкубационный период эпидемического паротита составляет в среднем 2-3 нед. В зависимости от тяжести заболевания могут быть выделены три формы

клинического течения: 1) легкая, 2) средняя, 3) тяжелая. Иногда выделяют еще неосложненное и осложненное течение процесса.

При легкой форме паротита клинические признаки выражены слабо, температура тела не повышается. Припухание околоушных желез почти безболезненно, из их протоков в умеренном количестве выделяется прозрачная слюна. Нередко поражается лишь одна околоушная железа. Припухлость и боль исчезают на протяжении недели.

При средней степени тяжести заболевания после короткого (в течение 2-3 дней) продромального периода, который проявляется недомоганием, плохим аппетитом, периодическим ознобом, головной болью, болью в области шеи, суставов и мышц конечностей, иногда небольшим повышением температуры тела и сухостью в полости рта, возникает болезненное припухание околоушной железы. В большинстве случаев через 1-2 дня припухает также другая околоушная железа. Наблюдается последующее повышение температуры тела, обычно в пределах 37,5-38° С. Припухлость быстро увеличивается. При этом почти всегда одна сторона бывает измененная больше другой. У некоторых больных наблюдается гиперемия слизистой оболочки рта и вистя околоушного пролива. Саливация обычно снижена. Через 3-4 дня воспалительные явления начинают стихать.

При тяжелой форме сначала после выраженных продромальных явлений припухает околоушная железа, часто обе. При этом припухлость, которая локализовалась сначала по внешней поверхности ветви нижней челюсти, распространяется вверх к уровню глазниц, назад доходит до сосцевидных отростков и спускается ниже углов челюсти, иногда к ключицам. Кожа над припухлостью имеет нормальную окраску, но напряженная. При вовлечении в процесс поднижнечелюстных и подъязычных желез припухлость распространяется на шею. Увеличенная в размерах, болезненная при пальпации околоушная железа отесняет наружу мочку уха, сдавливает и иногда значительно суживает внешний слуховой проход. Иногда наблюдается затрудненное открытие рта. Часто развивается катаральный стоматит, наблюдается покраснение слизистой оболочки зева, области устья околоушного протока. Проток пальпируется в виде тяжа. Наблюдается резкое уменьшение или даже прекращение слюноотделения из железы, которая припухла. В частных случаях, особенно в начальном периоде заболевания, саливация бывает повышенная. При гнойно-некротическом процессе из протока выделяется гной. Температура тела может достигать 39-40 °С. На 5-6-й день температура тела постепенно падает, после чего коллатеральный отек и воспалительный процесс в области железы поддаются обратному развитию. Но может наступить абсцедирование.

При осложненной форме эпидемического паротита наблюдается поражение нервной системы – менингит, энцефалит, иногда с параличом черепных и спинномозговых нервов, изменениями зрительного, глазодвигательного, отводящего, лицевого и преддверно-кохлеарного нервов, а также психическим расстройством. Нередким осложнением является орхит. При эпидемическом паротите могут наблюдаться мастит, панкреатит, нефрит.

Эпидемический паротит в большинства больных заканчивается выздоровлением. Однако наблюдались летальные исходы при развитии гнойно-некротического процесса в железе, поражении нервной системы.

Д и а г н о з . Эпидемический паротит диагностируется при первичном поражении слюнной железы, а не при осложнении какого-либо другого инфекционного заболевания. При эпидемическом паротите в крови обычное нормальное количество лейкоцитов или лейкопения, умеренный моноцитоз и лимфоцитоз, СОЭ в пределах нормы. Наблюдается изменение содержания сахара и количества диастазы в крови и моче. Диагноз подтверждается выделением вируса эпидемического паротита, реакцией связывания комплемента, реакцией торможения гемагглютинации, кожной аллергической реакцией и др. Помогает установлению диагноза эпидемиологический анамнез.

Обязательная изоляция больных эпидемическим паротитом на период 9 дней от начала заболевания.

С целью предупреждения распространения эпидемического паротита применяют активную иммунизацию детей, посещающих детские дошкольные учреждения, живой вакциной против паротита.

Л е ч е н и е . Терапия эпидемического паротита в основном симптоматическая и заключается в уходе за больным и предупреждении осложнений. Необходим постельный режим на период повышенной температуры, то есть на протяжении 7-10 дней, особенно для взрослых. Назначают на область околоушных (при показаниях и поднижнечелюстных) желез согревающие компрессы, разные мазевые повязки, физиотерапевтические процедуры: светло теплотечение с помощью соллюкс-лампы, УВЧ, ультрафиолетовое облучение. Необходимо обеспечить регулярный уход за полостью рта (полоскание, ирригация). Отмечено, что применение интерферона в виде орошения полости рта 5- раз в день значительно улучшает состояние больного, особенно в случаях раннего его применения – на

1-2-й день. При значительном снижении функции слюнных желез в их протоки вводят по 0,5 мл раствора антибиотиков (по 50 000-100 000 ЭД пенициллина и стрептомицина в 1 мл 0,5% раствора новокаина), а также проводят новокаиновую блокаду из пенициллином или стрептомицином. При прогрессе гнойного воспалительного процесса и выявлении очагов размягчения необходимо оперативное вмешательство в условиях стационара. При возникновении осложнений общего характера лечения следует проводить в контакте с общими специалистами.

Профилактические мероприятия включают проведение влажной дезинфекции помещения и вещей больного, кипячения столовой посуды, проветривания помещений.

Гриппозный сиаладенит. В период эпидемии гриппа к стоматологическим заведениям нередко обращаются больные с признаками острого сиаладенита одной из слюнных желез или нескольких больших и малых слюнных желез.

Острый сиаладенит чаще начинается в одной железе, но очень быстро в процесс вовлекается парная железа. Воспалительные явления нарастают быстро, на протяжении одного – двух дней наступает гнойное расплавление железы, потом последовательно могут некротизироваться одна за другой большие и малые слюнные железы.

В большинстве больных сиаладенит при гриппозной инфекции возникает в околоушной железе, реже – в поднижнечелюстной, подъязычной и малых слюнных железах. Часто поражаются обе парных слюнных железы, иногда наблюдается одновременное поражение околоушных и поднижнечелюстных желез.

При поражении околоушных желез характерным субъективным признаком является боль при открытии рта и повороте головы в сторону. Отек распространяется на щечную, поднижнечелюстную, зачелюстную области и верхний отдел шеи. При пальпации болезненный плотный инфильтрат определяется в пределах анатомических границ околоушной железы, поверхность инфильтрата гладкая. При гнойном расплавлении околоушной железы инфильтрат распространяется на ткани, которые окружают железу, и определяется в соседних областях.

При локализации процесса в поднижнечелюстной железе больных беспокоит боль при глотании; припухлость занимает поднижнечелюстную и подъязычные области, распространяется на область подбородка и верхний отдел шеи. Наиболее выраженная локализация процесса в поднижнечелюстной железе определяется при бимануальной пальпации в дистальном отделе челюстно-язычного желобка и поднижнечелюстного треугольника. В этой области определяется плотная, подвижная, болезненная, с гладкой поверхностью поднижнечелюстная железа.

Больные острым сиаладенитом подъязычных желез жалуются на боль при движениях языка, увеличения подъязычных складок. При осмотре слизистая оболочка над железой становится сероватого цвета, быстро разрушается, отторгаются гной и некротизированная ткань железы.

Малые слюнные железы вовлекаются в воспалительный процесс чаще при множественном поражении больших слюнных желез.

Лечение. В ранний период заболевания применяют интерферон в виде орошения полости рта 4-5 раз в день. При симптомах вторичного инфицирования в протоки слюнных желез вводят антибиотики. При наличии воспалительного инфильтрата хорошие результаты дает новокаиновая блокада железы, при гнойно-некротическом процессе – ранний разрез капсулы железы, которая ограничивает размеры ее некроза. Следует проводить комплекс мероприятий по уходу, питанию, режиму, симптоматическую терапию по поводу гриппозной инфекции. Результат, как правило, благоприятный. Осложнения возникают в связи с рубцовой деформацией протоков, их зарастанием. Возможно снижения секреции при некрозе части железы или прекращения саливации при некрозе всей железы.

Постинфекционный и послеоперационный сиаладениты (острый бактериальный сиаладенит). Острый сиаладенит у этой группы больных наблюдается чаще в области околоушных слюнных желез. Значительно реже вовлекаются в воспалительный процесс поднижнечелюстные, подъязычные и малые слюнные железы.

Этиология и патогенез. Острый сиаладенит (чаще паротит) может развиваться при любом тяжелом заболевании, чаще всего он возникает при тифах. Существуют стоматогенный, гематогенный и лимфогенный пути распространения инфекции. В протоках железы обычно обнаруживается смешанная микрофлора: стафилококки, пневмококки, стрептококки, кишечная палочка и др.

Инфекция чаще проникает через устье выводного протока железы. Явления гипосаливации рефлекторного характера, которые наблюдаются при этих заболеваниях и в послеоперационном

периоде при хирургических вмешательствах на брюшной полости, способствуют инфекционному воспалению.

Клиническая картина. Острый сиаладенит отличается быстрым нарастанием воспалительных явлений, особенно при гангренозном паротите. На протяжении 1-2 дней может состояться некроз железы. Некротизированные области железы постепенно отторгаются и длительно выходят через расплавленные кожные покровы. Иногда наступает омертвление почти всей железы. В тех случаях, когда этот процесс возникает на фоне общих дистрофических заболеваний, воспалительные изменения могут нарастать медленно и вяло. При благоприятном течении серозного и гнойного паротитов высокой температурной реакции может не быть.

Иногда постинфекционный и послеоперационные паротиты бывают двусторонними. В этих случаях процесс раньше начинается в одной железе, а затем (через 2-3 дня) поражается и вторая железа. Степень и характер воспалительных изменений справа и слева могут быть разными, иногда в процесс привлекаются и поднижнечелюстные железы.

Острый паротит, который развивается на фоне общих заболеваний, иногда осложняется распространением гнойного процесса в окологлоточное пространство, на боковую поверхность шеи и клетчатку, которая окружает общую сонную артерию и внутреннюю яремную вену, средостение, гной может прорваться во внешний слуховой проход. В отдельных случаях под воздействием гнойного процесса происходит расплавление стенок крупных сосудов и возникает кровотечение, которое заканчивается летально. Наблюдается тромбоз яремных вен и синусов мозговой оболочки.

До поздних осложнений гнойного паротита относятся образования слюнных свищей и явления околоушного гипергидроза.

Диагноз подтверждают цитологическим исследованием отделяемого из протока, при котором определяются значительные скопления нейтрофилов, среди которых располагаются немногочисленные лимфоциты, ретикулярные клетки, макрофаги. Из элементов эпителиальной выстилки протоков в небольшом количестве обнаруживаются клетки цилиндрического и плоского эпителия, единичные клетки кубического эпителия. Сиалографию для диагностики не проводят.

Лимфогенный сиаладенит. При лимфогенном распространении инфекции нередко отмечается поражение лимфоидного аппарата околоушной железы. Источником инфекции может быть воспалительный процесс в зеве, носоглотке, языке, нижней челюсти и зубах. Клинически процесс начинается с болезненного уплотнения какой-либо области околоушной железы. Потом при легкой форме процесса уплотнения увеличивается постепенно на протяжении 2-3 нед, появляется ограниченная припухлость в области околоушной железы соответственно уплотнению за счет отека тканей. В этот период заболевания можно отметить небольшое снижение слюноотделения, при этом секрет мутен, повышенной вязкости. Общее состояние в большинстве больных не нарушается.

При цитологическом исследовании секрета железы определяются клетки воспалительного ряда (нейтрофилы, лимфоциты, гистиоциты, макрофаги, плазматические клетки), наблюдается повышенное слущивание клеток плоского и цилиндрического эпителия, появление клеток кубического эпителия.

При средней тяжести острого лимфогенного паротита температура тела у больного повышается. В области возникшего уплотнения железы появляется значительный отек, боль усиливается, становится пульсирующей. Кожа, которая покрывает железу, алеет, постепенно спаивается с инфильтратом, и может наступить непроизвольное раскрытие гнойника. После выделения гноя воспаления начинает стихать. Иногда гнойник раскрывается в протоки железы, и гной выделяется через устье околоушного протока.

Рассасывание воспалительного инфильтрата идет очень медленно, плотный узел в области железы может оставаться на протяжении нескольких недель. При этом из протока выделяется макроскопически не измененная слюна. Цитологически можно обнаружить признаки острого воспаления.

При тяжелом течении лимфогенного паротита после первых проявлений болезни в виде ограниченного уплотнения в околоушной слюнной железе воспалительные явления начинают быстро нарастать. Часто наступает абсцедирование в железе или развивается флегмона.

Контактный сиаладенит. Это заболевание возникает при распространении воспалительного процесса при флегмонах околоушно-жевательной, поднижнечелюстной, подъязычной областей. После стихания воспалительного процесса в клетчаточном пространстве и вскрытия флегмоны развивается воспаление в слюнных железах, чаще одностороннее. В большинстве больных контактный сиаладенит протекает в легкой форме, реже – средне-тяжелой, проявляется припуханием железы,

снижением ее функции. Наличие сиаладенита подтверждается цитологическим исследованием секрета слюнной железы.

Целесообразно обращать внимание на функцию слюнной железы, расположенной в соседстве с флегмонозным процессом, который позволит своевременно расширить комплекс лечебных мероприятий и предупредить осложнение в виде контактного сиаладенита.

Сиаладенит, вызванный внедрением инородных тел в выводные протоки желез. После попадания инородного тела в протоки железы больные обращаются к врачу в разные сроки, потому жалобы их не бывают одинаковые. В одних случаях их тревожит периодически возникающее увеличение железы; иногда может развиваться абсцесс или (редко) флегмона вокруг железы или ее протока. Почти во всех случаях больные хорошо запоминают ощущения, которые возникают у них при попадании инородного тела в проток железы и предшествуют началу воспалительного процесса. В течение некоторого время инородное тело, которое попало в проток железы, может вызывать лишь задержку выделения – ретенцию – слюны и временное припухание околоушной или поднижнечелюстной железы. Такая железа безболезненная, имеет обычную консистенцию, может быть лишь немного увеличенной, потом возникает воспалительная реакция, соответствует картине острого сиаладенита. Гнойно-воспалительный процесс в железе часто сопровождается расплавлением капсулы железы и переходом процесса на прилегающие ткани околоушной и поднижнечелюстной областей. При непроизвольном раскрытии гнойника нередко выделяется инородное тело. В тех случаях, когда инородное тело находится в протоке железы длительное время и периодически возникает обострение воспалительного процесса, клиническая картина заболевания похожа со слюно-каменной болезнью. Иногда инородное тело может стать центром образования слюнного камня.

Д и а г н о з подтверждается выявлением инородного тела при сиалографии по дефекту заполнения протока или ретенции контрастного вещества.

Л е ч е н и е заключается в хирургическом вмешательстве – удалении инородного тела из протока или при расположении инородного тела в одном из мелких проливов поднижнечелюстной железы, экстирпации слюнной железы.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ОСТРОГО СИАЛАДЕНИТА

Лечения больные острым сиаладенитом в зависимости от тяжести процесса включает комплекс мероприятий, общий для разных по происхождению острых сиаладенитов. При серозном воспалении лечебные мероприятия должны быть направленные на прекращение воспалительных явлений и на возобновление слюноотделения. Применяют внутрь 3-4 раза в день по 5-6 капель 1 % раствора пилокарпина гидрохлорида. В воспаленную слюнную железу через ее проток следует ежедневно вводить По 50 000 Ед| пенициллина и 100 000 ЕД стрептомицина в 1 мл 0,5 % раствора новокаина. В последние годы при лечении воспалительных заболеваний применяют ДМСО (диметилсульфоксид, димексид) в виде компресса на область очага воспаления. ДМСО улучшает микроциркуляцию в тканях, имеет анальгезирующие, противовоспалительное, противоотечное, бактериостатическое бактерицидное действие. Компресс с 30% раствором димексида| следует поместить на область воспаленной железы на 20-30 мин. один раз в день и повторять эту процедуру ежедневно в течение 5-10 дней до наступления эффекта. Кроме того, назначают физиотерапевтические процедуры: грелки, флюктуоризацию, УВЧ-терапию, масляные компрессы.

В тех случаях, когда воспалительные явления продолжают нарастать, при течении процесса средней тяжести следует дополнить лечение 3-4 новокаиновыми блокадами с антибиотиками в области железы, подкожным введением 50-60 мл 0,5 % раствора новокаина, назначением внутримышечных инъекций пенициллина, стрептомицина или других антибиотиков по данным антибиотикограммы, а также сульфаниламидных, десенсибилизирующих препаратов. В условиях стационара хорошие результаты дает внутривенное введение трасилола или контрикала.

При гангренозном сиаладените и тяжелой форме течения показано срочное хирургическое вмешательство – раскрытие капсулы железы; при этом при операции на околоушной железе лучше пользоваться разрезом по Г. П. Ковтуновичу.

При лечении больных острым сиаладенитом должны быть учтены все принципы, предусмотренные при лечении острых воспалительных заболеваний.

Профилактика острого сиаладенита заключается в уходе за полостью рта – ирригации 0,5-1% раствором натрия гидрокарбоната и протирке ватными или марлевыми шариками слизистой оболочки рта. С целью усиления саливации полость рта обрабатывают 0,5-1% раствором лимонной кислоты. В диету включают продукты, которые повышают слюноотделение.

ХРОНИЧЕСКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Хроническим сиаладенитом является воспалительное заболевание слюнных желез с невыясненной этиологией и малоизученным патогенезом. В настоящее время выделяют три формы сиаладениту по подавляющему поражению разных анатомических отделов слюнной железы: интерстиций – интерстициальный сиаладенит, паренхимы – паренхиматозный сиаладенит и системы выводных проливов – сиалодохит. Отмечают разные стадии заболевания в зависимости от степени выраженности патологических симптомов: начальную, клинически выраженную и позднюю. На основании показателей клинического течения и лабораторных данных выделяют активное и неактивное течение хронического сиаладенита.

Хронический сиаладенит возникает в околоушных железах, реже – в поднижнечелюстных, подъязычных и малых слюнных железах слизистой оболочки полости рта. Частота поражения разных слюнных желез зависит от формы сиаладенита: интерстициальной, паренхиматозной, сиалодохит| (дуктулярный| сиаладенит).

Интерстициальный сиаладенит. Синонимы: хронический производительный сиаладенит, хронический склерозирующий паротит, воспалительная опухоль Кюттнера, безболезненное припухание околоушных желез, хронический атрофический сиаладенит, фибропродуктивный сиаладенит, симптоматическая сиалопатия, эндокринная гипертрофия, гормональный сиалоз, повторно инфицированный сиалоз.

Этиология и патогенез. Этиология интерстициального сиаладенита неизвестна. Существует предположение, что нарушение в слюнных железах возникает на фоне общих заболеваний организма. Из перенесенных и сопутствующих заболеваний отмечается гипертоническая болезнь, атеросклероз, деформирующий спондилёз, хронический гастрит, холецистит и другие заболевания.

Клиническая картина. Интерстициальным паротитом чаще страдают женщины, особенно в пожилом возрасте. Характерным признаком этого заболевания является равномерное припухание слюнных желез. По степени выраженности изменений слюнных желез при интерстициальном сиаладените выделяются начальная, клинически выраженная и поздняя стадии процесса.

В начальной стадии больные отмечают неприятные ощущения в области одной или обеих околоушных желез, иногда боль в затылки, ощущения неудобства, которое периодически появляется, в ушах. Как правило, заболевание обнаруживается случайно, по наличию мягкой безболезненной припухлости в пределах анатомических границ железы. Кожа, которая покрывает околоушные железы, не изменена, открытие рта свободно, слизистая оболочка бледно-розового цвета, хорошо увлажненная. Устья выводных протоков не изменены, слюна выделяется свободно. Цитологическое исследования секрета позволяет обнаружить бедность мазков клеточными элементами; обнаруживаются единичные нейтрофилы и клетки цилиндрического эпителия, бокаловидные клетки и «голые» ядра. При сиалографии и пантомосиалографии на сиалограммах отмечают некоторую неравномерность изображения паренхимы железы и сужения протоков III, IV и V порядков.

При клинически выраженной стадии припухлость в области пораженных желез постоянна, безболезненна. Увеличенные железы имеют гладкую, ровную поверхность, с окружающими тканями не спаянные, консистенция их тестовидная. Из выводных протоков слюнных желез при массажировании обычно выделяется прозрачная слюна в умеренном количестве.

При сиалометрии секреция слюнных желез не изменяется или снижается к нижним пределам нормы, в период обострения секреция уменьшается. Цитологическое исследование секрета позволяет установить увеличение клеточных элементов в мазках. При сиалографии размеры железы увеличены, плотность паренхимы железы уменьшена, резко сужены протоки II-IV порядков, контуры протоков остаются ровными и четкими.

В поздней стадии больные жалуются на слабость, снижение работоспособности, иногда отмечают снижение слуха. Временами возникает сухость в полости рта. У всех больных наблюдается постоянное безболезненное или малобезболезненное припухание в области пораженных желез. Слюнные железы значительно увеличены. При этом наблюдается очаговое уплотнение. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, слюны немного, из выводных протоков слюнных желез при массажировании слюна выделяется в уменьшенном количестве.

При сиалометрии отмечается снижение функции слюнных желез. При цитологическом исследовании мазков секрета можно обнаружить нейтрофилы в состоянии дегенерации, гистиоидные элементы, «голые» ядра, пласты клеток плоского и цилиндрического эпителия на фоне областей белкового субстрата. На сиало-| и пантомосиалограммах паренхима железы не определяется; все протоки железы и околоушный проток сужены, в отдельных областях перерывчатые, имеют неровные контуры.

Интерстициальный сиаладенит характеризуется обострениями, чаще в холодный осенне-весенний период времени. Заболевание начинается с недомогания, плотного припухания желез. У отдельных больных обострения возникают часто, несколько раз на год, сопровождаются болями в железе, ее значительным уплотнением, повышением температуры тела.

Диагноз. Характерная, клиническая картина должна подтверждаться данными сиалографии – нарастающим сужением выводных протоков, которые длительное время хранят четкие и ровные контуры, цитологически – бедностью мазков секрета железы клеточными элементами, отсутствием клеток интерстициальной ткани.

Интерстициальный сиаладенит следует дифференцировать от хронического паренхиматозного сиаладенита, сиалодохита, опухоли, эпидемического паротита на основании характерных эпидемиологических, клинических, цитологических и сиалографических признаков этих заболеваний.

Прогноз при интерстициальном сиаладените благоприятен. Больных следует наблюдать в течение многих лет, в частности совместно с общими специалистами, эндокринологами.

Паренхиматозный сиаладенит. Синонимы: хронический рецидивирующий паротит, хронический обратный паротит, хронический сиалектатический паротит, интермитирующий обратный гнойный паротит, кистозный паротит, кистозная дисплазия, повторно инфицированный сиалоз, дуктулярный паротит, обратный бактериальный паротит.

Этиология и патогенез. Этиология паренхиматозного сиаладенита неизвестна. Микрофлора, которая находится в протоках околоушных желез, в этиологии паротита играет второстепенную роль. Многие авторы допускают, что паренхиматозный паротит является следствием врожденных изменений системы протоков железы и дисплазии ее ткани с образованием «кистозных» полостей. Врожденные кистовидные полости приводят к ретенции слюне, нарушению ее оттока, который способствует вторичному проникновению инфекции полости рта через околоушный проток и развития сиаладенита.

Клиническая картина. В начальной стадии заболевание характеризуется бессимптомным течением. Паротит проявляется случайно, при обследовании больного или при обострении процесса. При обследовании изменений в области околоушных желез не бывает, рот открывается хорошо, слизистая оболочка полости рта влажная, нормальной окраски; из протоков околоушных желез выделяется обычное количество прозрачного секрета.

При сиалометрии нарушение секреции слюнной железы не отмечено. При цитологическом исследовании установлено наличие областей слизи, немногочисленных, частично дегенерированных нейтрофилов, лимфоцитов, иногда небольшое количество ретикулярных клеток, гистиоцитов и макрофагов.

Эпителиальные клетки встречаются в небольшом количестве и представлены клетками плоского и цилиндрического эпителия, умеренным количеством воспалительно измененных клеток; встречаются немногочисленные бокаловидные клетки. На сиалограмме определяются округлые полости на фоне неизменной паренхимы и протоков железы. В области железы определяются единичные мелкие полости (диаметром 1-2 мм), паренхима железы определяется нечетко. Протоки в отдельных областях прерывчатые, контуры их четкие, ровные; околоушный проток не изменен. При пантомосиалографии можно обнаружить скрыто протекающий процесс в другой парной железе.

В клинически выраженной стадии больных при массажировании железы тревожит соленоватое выделение из протоков, ощущение тяжести в области железы. Иногда железы увеличены, при этом припухлость имеет упруго эластичную консистенцию; в отдельных областях прощупывается безболезненное уплотнение. Рот открывается свободно, слизистая оболочка полости рта имеет розовую окраску, хорошо увлажнена. Из протоков выделяется слюна с примесью слизистых комочков, иногда гнойных включений, или же она бывает прозрачной, умеренно вязкой.

При сиалометрии не определяется грубых нарушений функции. Цитологическое исследование секрета в период ремиссии процесса позволяет обнаружить области слизи, умеренное количество нейтрофилов, клетки кубического эпителия, бокаловидные клетки, эпителиальные клетки с измененной морфологической картиной. В случае обострения определяется значительное увеличение числа элементов воспалительного экссудата. На сиалограммах и пантомосиалограммах в области паренхимы определяется большое количество полостей диаметром 2-3 мм. Паренхима и протоки железы III, IV и V порядков не определяются или прерывчатые. Протоки I порядка прерывчатые; околоушный проток не изменен, а иногда наблюдаются суженные и расширенные области с четкими контурами.

В поздней стадии заболевания больных тревожит припухлость в области пораженной железы, ощущения тяжести или незначительная боль в околоушных областях, выделение неприятной гнойной слюны, иногда ощущение сухости в полости рта. Припухлость бывает холмистой, безболезненной и может располагаться в пределах анатомических границ околоушной железы. Кожа, которая покрывает припухлость, иногда утонченная и может иметь рубцы от ранее проведенных разрезов по поводу абсцедирования паротита. У некоторых больных, несмотря на позднюю стадию, железа в период ремиссии процесса остается не увеличенной.

При сиалографии определяется снижение функции железы. При цитологическом исследовании в мазках секрета есть много слизи; нейтрофилы определяются в преобладающем количестве и находятся в большей степени дегенерации, чем в предыдущих стадиях. Определяется скопление лимфоидных элементов и бокаловидных клеток.

Сиалографично установлено, что полости в железе достигают значительных (5-10 мм в диаметре) размеров; паренхима железы и ее проток не определяются или видно фрагменты деформированных протоков в отдельных областях. Околоушный проток может равномерно расширяться или иметь сужены и расширены области с деформированными контурами.

Обострение хронического паренхиматозного паротита протекает бурно во всех стадиях процесса, но степень клинического проявления его симптомов и частота обострения определяются снижением неспецифической резистентности: чем ниже ее показатели, тем активнее клиническое течение обострения. Нередко процесс протекает неактивно.

Диагноз хронического паренхиматозного паротита подтверждается цитологически и сиалографически. Применение других методов исследования позволяет установить стадию и активность процесса. Паренхиматозный паротит следует дифференцировать от интерстициального сиаладенита, сиалодохита и эпидемического паротита, опухоли.

Прогноз. При паренхиматозном паротите у одних больных заболевание имеет тенденцию к позитивной динамике и наступает клиническое выздоровление. В большинстве больных течение заболевания длительное, у отдельных больных развиваются все признаки синдрома или болезни Шегрена.

Хронический сиалодохит. Синонимы: фиброзный сиалодохит, хронический сиалодохит Куссмауля, идиопатическая дилатация протоков.

Этиология и патогенез. Этиология хронического сиалодохита до настоящего времени неизвестна. Существует мысль, что заболевание является одним из вариантов течения паренхиматозного паротита. Ряд авторов причину расширения выводных протоков усматривает в сдавливании их в области устья или на протяжении разными патологическими процессами: опухолью, лимфатическим узлом при лимфаденитах, стриктурой протока при его травме, воспалением устья протока при афтозном стоматите и др. Другие авторы считают его проявлением возрастной патологии.

Клиническая картина. Хроническими сиалодохитами страдают чаще лица пожилого возраста (77,4%), у женщин он встречается не на много чаще (56,8%).

В начальной стадии больные жалуются на периодически возникающее припухание при приеме острой еды в околоушно-жевательной области, связанное с ретенцией слюны в расширенных мелких протоках железы, такое, которое сопровождается неприятным, распирающего характера ощущением или нерезкой болью. Иногда отмечается выделение большого количества слюны в полость рта, что характерно для расширения околоушного протока. Процесс может протекать бессимптомно и выявляется при обследовании больных после обострения. При осмотре изменений в области околоушных желез не определяется, слизистая оболочка рта имеет нормальный розовый цвет, хорошо увлажненная. Из протоков выделяется прозрачный секрет, иногда в нем выявляются комочки слизи.

Функция слюнных желез в пределах нормы. При цитологическом исследовании секрета встречаются единичные нейтрофилы и клетки эпителиальной выстилки протоков. На сиало- и пантомосиалограммах определяется неравномерное расширение главного выводного протока и ветвей I, II порядков или расширения ветвей II, III, IV порядков (при этом главный выводной проток в ряде случаев остается неизменным), или расширения всех протоков железы и главного выводного протока. Характерным является чередование расширенных и неизменных областей протоков железы. Они имеют четкие контуры, что выявляется и на повторных сиалограммах. Паренхима определяется хорошо, четко определяются дольки.

В клинически выраженной стадии больные жалуются на постоянное непроизвольное выделение из протоков в полость рта соленоватого секрета с примесями комочков слизи. Во время еды появляются

припухлость и покалывания в области слюнной железы, которые после еды проходят. Иногда появляется распирающая боль, которая бывает при сиалодохитах мелких протоков.

При осмотре на протяжении околоушного протока определяется безболезненное, мягкое припухание области железы в виде валика. При нажатии на него в полость рта выделяется соленоватый застойный секрет железы, при этом припухлость исчезает. Слизистая оболочка рта влажная, цвет ее не изменяется. Устья протоков зияют, из них обильно выделяется слизистый секрет из фибринозными, нитевидной формы включениями – слепками протоков.

При сиалометрии количество слюны остается в пределах нормы. При цитологическом исследовании слюны определяются клетки цилиндрического эпителия, среди которых находят более крупные, иногда двухъядерные экземпляры, а также немногочисленные пласты эпителиальных клеток с явлениями воспалительной метаплазии. Постоянно в небольшом количестве определяются бокаловидные клетки. На сиалограммах и пантомосиалограммах расширение протоков достигает больших размеров, контуры их становятся неравными, но остаются четкими, появляются суженные области.

В поздней стадии хронического сиалодохита больные жалуются на частое обострение процесса, гнойное или слизисто гнойное выделение из протоков, припухлость в области слюнной железы.

Припухлость воспаленной железы бывает небольших размеров, она умеренно и неравномерно плотная; иногда припухлости не наблюдается. Слизистая оболочка полости рта в цвете не изменяется, увлажненная хорошо. Из околоушных протоков обильно выделяется вязкий слизистый секрет с гнойными и фибринозными включениями.

В поздней стадии хронического сиалодохита определяется небольшое снижение секреции слюны. При цитологическом исследовании секрета отмечается его сгущение, в нем находится большое количество гнойных тяжей. Вместе с нейтрофилами в препаратах встречаются скопления эозинофилов. Ретикуло-эндотелиальных клеток немного, их производные (гистиоциты, макрофаги) отсутствуют. Характерное наличие крупных и двухъядерных цилиндрических клеток, а также пластов воспалительно-метаплазированного эпителия; есть эпителиальные комплексы, которые морфологически напоминают конечные отделы слюнной железы. На сиалограмме можно обнаружить, кроме расширенных областей, значительные сужения; околоушный проток приобретает бусинкоподобную форму, а иногда ход протоков проследить трудно.

Обострение хронического сиалодохита протекает бурно, сопровождается сильной болью, повышением температуры тела, клиническая картина похожа с обострением воспалительного процесса при паренхиматозном сиаладените.

Хронический сиалодохит следует дифференцировать от паренхиматозного, интерстициального и эпидемического паротитов, слюнокаменной болезни, кисты слюнной железы, опухоли слюнной железы на основании клинической картины, сиалометрии цитологии секрета, рентгено- и сиалографии, диагностической пункции, пункции и эксцизионной биопсии.

Прогноз. В результате лечения наступает длительная ремиссия. У отдельных больных отмечено образование слюнного камня в одном из протоков железы.

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКОГО СИАЛАДЕНИТА

Лечения больных хроническим сиаладенитом независимо от формы (интерстициальная, паренхиматозная, сиалодохит) в период обострения процесса не представляет большой трудности. Применение комплекса лечебных процедур, используемого при лечении больных острым сиаладенитом, приводит к быстрому купированию процесса.

Лечения больных в хроническом периоде процесса имеет целью повысить защитные силы организма – его неспецифическую резистентность, улучшить функцию железы, предупредить повторное обострение сиаладенита, улучшить трофику тканей железы, прекратить нарастания склерозування стромы и дегенеративных изменений в паренхиме, устранить застойные явления секрета в железе. Больных хроническим сиаладенитом ставят на диспансерный учет. Комплексную врачебную терапию следует проводить совместно со специалистами соответствующего профиля.

В комплексное лечение следует включить назначение нуклеината натрия по 0,2 граммов 3 раза в день в течение 14 дней (этот курс необходимо повторять 1-3 раза в год), йодида калия – 2-10% раствор по 1 столовой ложке 3 раза в день в течение 2-3 мес с учетом чувствительности организма к йоду. Проводят новокаиновую блокаду через 2-3 дня, всего 10-12 раз. Вводят пирогенал внутримышечный через 2-3 дня (25 инъекций на курс), галантамин в виде подкожных инъекций по 1 мл 0,5% водного раствора (30 инъекций на курс).

Иногда целесообразно лечение аутовакциной в виде подкожного введения по 0,1-0,3 мл через два дня на третей (на курс 20 инъекций). В поздней стадии паренхиматозного паротита и сиалодохита

лечения следует начинать с введения антибиотиков. После массажирования железы и освобождения всех протоков от их содержимого следует специальной канюлей или инъекционной иглы вводить 2 мл раствора антибиотиков (50 000 ЕД пенициллина и 100 000 ЕД стрептомицину в 2 мл 0,5% раствора новокаина) и, массируя железу, опять освободить протоки от содержимого. Введения раствора антибиотиков в протоки повторяют несколько раз, до тех пор, пока не будут отмыты все слизисто-гнойные массы; потом вводят более концентрированный раствор антибиотиков (1000 000 ЕД пенициллина и 250 000 ЕД стрептомицину в 1 мл 0,5 % раствора новокаина) и оставляют его в железе. Такое лечение повторяется ежедневно к полному прекращению гнойных выделений из протоков.

У больных с суженными областями протоков следует применять протеолитические ферменты (трипсин, химотрипсин). В комплекс лечения следует включать инъекции рибонуклеазы – 7-10 миллиграмм внутримышечного и электрофорез с дезоксирибонуклеазой (7-10 сеансов по 20 мин).

Хороший эффект дает введение йодолипола в протоки железы. Йодолипол следует вводить через 3-4 мес, при наступлении лечебного эффекта - 1-2 раза в год. Методика введения такова же, как и при сиалографии.

Гальванизацию области слюнных желез при лечении хронического сиаладенита проводят ежедневно в течение 30 дней, а также осуществляют рентгенотерапию суммарно от 5 до 10 Гр.

Хирургические методы лечения применяют редко и проводят при неэффективности консервативной терапии, частых обострениях воспалительного процесса (6-10 раз в год), которые сопровождаются нагноением железы, значительном нарушении функции слюнной железы, наличия стриктуры и атрезии околоушного или поднижнечелюстного протока. В зависимости от патологического процесса применяют разные хирургические методы: бужирование околоушного или поднижнечелюстного протока, при неэффективности бужирования – тотальную пластику в области устья или тотальную резекцию околоушной железы с сохранением ветвей лицевого нерва, перевязку околоушного протока.

С профилактической целью целесообразно проводить контрольный диспансерный осмотр больных с начальной стадией заболевания один раз в год весной, с клинически выраженной и поздней стадиями заболевания – дважды на год – осенью и весной.

СИСТЕМНЫЕ, РЕАКТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ (СИАЛОЗЫ)

Слюнные железы человека выполняют много функций, своеобразно реагируют на разные факторы внешнего действия и внутриорганные физиологические (вековые, гормонального характера, во время беременности, родов, выкармливания ребенка и т. п.) и патологические процессы (при заболеваниях желудочно-кишечного тракта, сердечнососудистой системы, желез внутренней секреции, нервной системы, соединительной ткани, нарушениях питания и авитаминозах).

При этом системный характер нарушений в слюнных железах сопровождается дистрофическими изменениями во всех структурных компонентах железы - строме, паренхиме, протоковой системе. Невоспалительный генез дистрофических изменений в слюнных железах, которые вызваны общими нарушениями в организме человека, стал основанием дать им название "сиалоз" (Rauch, 1956). К дистрофическому процессу в железе на поздней стадиях часто вторично присоединяется воспалительный процесс.

Дистрофические заболевания слюнных желез имеют хронический характер с клиническими проявлениями их увеличения, изменениями структуры и нарушением функции.

К лимфоэпителиальным поражениям принадлежат синдромы Шегрена, болезнь Микулича, синдромы Геерфорда, Кюттнера, в основе которых лежит аутоиммунное воспаление.

СИНДРОМ (БОЛЕЗНЬ) ШЕГРЕНА

Синонимы: ксеродерматоз, сухой синдром, синдром С'егрена, болезнь (синдром) Шегрена, синдром Предтеченского-Гужеро-Шегрена. В наше время рассматривается как заболевание с чертами аутоиммунных и неопластических нарушений. Выяснен генетический маркер болезни - дефектный ген на длинном плече Y хромосомы группы А.

Заболевание, названное за фамилией шведского офтальмолога Н.С. Sjog - Jren (1933), который описал этот симптомокомплекс, а Гужеро (Н. Gougerot) описал его у больных с сухим кератоконъюнктивитом.

Принято определять болезнь Шегрена (первичный синдром Шегрена) как системное хроническое аутоиммунное заболевание, которое характеризуется хроническим воспалением экзокринных желез (в первую очередь слюнных и слезных), с постепенным развитием их секреторной недостаточности.

При наличии проявлений другого системного заболевания вместе с болезнью выделяют синдром

Шегрена (вторичный синдром Шегрена), как вторичное поражение слезных и слюнных желез с развитием сухого кератоконъюнктивита. Заболевание проявляется развитием хронического сиалоаденита и ксеростомии при аутоиммунных заболеваниях: ревматоидном артрите, системной красной волчанке, системной склеродермии, хроническом активном гепатите, первичном билиарном циррозе печени, аутоиммунном тиреоидите, полимиозите, тиреоидите Гашимото и др.

Болезнь и синдром Шегрена встречаются у женщин в 20-25 раз чаще, чем у мужчин, преимущественно в возрасте 20-50 лет.

Этиология заболевания неизвестна. К вероятным этиологическим факторам относят хроническую вирусную инфекцию. Обсуждается роль вируса Епштейна-Барр, цитомегаловируса, ретровирусов и др. Вирусная гипотеза базируется на подобном характере иммунологических нарушений, которые определяются при хронической вирусной инфекции и болезни Шегрена. Предусматривается роль наследственного фактора. Отмечено генетическую детерминированность заболевания, на что указывают семейные случаи болезни Шегрена и однойцовых близнецов. Большое значение в развитии патологического процесса предоставляют стрессу. Известно, что эмоциональный стресс предопределяет значительные нарушения в гормональной системе.

В связи с этим становится понятным, почему синдром возникает у женщин среднего и пожилого возраста (климактерический период). Нарушение функции эндокринных желез приводит к снижению компенсаторных, адаптивных возможностей организма. Даже незначительные стрессы вызывают надпороговое раздражения, нарушение обмена, в результате чего и развивается заболевание.

Основным патогенетическим фактором является развитие аутоиммунных реакций с появлением антител к ткани протоков слюнных, слезных и других эндокринных органов.

Классификация болезни Шегрена

Течение: подострое; хроническое.

Стадии развития : начальная; выраженная; поздняя.

Степень активности : минимальная (I); умеренная (II); высокая (III).

Клиническая картина болезни Шегрена зависит от варианта течения. При хроническом течении преобладают признаки поражения эндокринных желез, при подостром - дополнительно в процесс втягиваются почки, легкие, развиваются некротический васкулит, поражение нервной системы.

В начальной стадии больные жалуются на сухость во рту, что появляется при физической нагрузке, волнении, ощущение рези, жжения, "постороннего предмета" и "песка" в глазах. Характерные признаки, связанные с поражением слюнных и слезных желез (ксеростомия, ксерофтальмия, кератоконъюнктивит, увеличение желез, их хроническое воспаление в поздней стадии), и признаки, которые возникают задолго до клинических проявлений процесса в слюнных и слезных железах (множественный кариес, сухость красной каймы губ стоматит, увеличение регионарных лимфатических узлов, артрит). Поэтому обследовать пациента следует при участии иммунолога, окулиста, терапевта, гинеколога.

На позднем этапе сухость рта становится постоянной. При выраженных проявлениях синдрома Шегрена больные жалуются на потребность запивать сухую еду, значительное увеличение слюнных желез, повышение температуры тела, ухудшения общего состояния. Увеличенные железы нередко могут быть бугристыми, после обострения процесса не полностью уменьшаются в объеме. В трети больных увеличения околушных желез развивается постепенно, а в 50 % имеет рецидивный характер, прогрессирует кариес, нередко в одном зубе есть 3-4 пломбы, усиливается ломкость эмали, у молодых наблюдается вторичная адентия. В полости рта свободной слюны мало, она пенная или вязкая, а в поздней стадии может быть отсутствующей. Слизистая оболочка полости рта ярко гиперемирована, язык на взгляд сухой, складчатый, соски языка атрофические, губы покрыты корками. Наблюдаются явления ангулярного стоматита, глоссита.

Отмечают светобоязнь, утолщение и гиперемию краев век и отечность конъюнктивы, скопление выделений из глаз в виде комочков или слизистых нитей в углах глаз и полости конъюнктивы. К общим проявлениям болезни Шегрена относят интерстициальный пневмонит, который протекает субклинически и имеет доброкачественное течение, кожный васкулит. В 5-8 % случаев у больных развиваются В-клеточные лимфопролиферативные заболевания: псевдолимфома, В-клеточная лимфома, макроглобулинемия Вальденстрема. Лимфомы чаще локализуются в околушных железах,

легких, шейных лимфатических узлах, реже - в полости рта, слизистой оболочке желудка, коже и слезных железах. Они являются причиной смерти 2/3 больных молодого возраста.

Диагностика. Предусматривает участие иммунолога, окулиста, эндокринолога, гинеколога. Применяют методы диагностики хронического паренхиматозного сиалоаденита, определения степени слюноотделения (сиалография, сиалометрия, УЗД, КТ, МРТ). В случае сиалометрии можно получить небольшое количество секрета. На сиалограммах отмечаются изменения, которые отвечают изменениям при паренхиматозном паротите, а иногда могут быть связаны из сиалодохитом.

Для оценивания секреторной активности слезных желез при болезни Шегрена проводят тесты Ширмера (основной и рефлкторный), окрашивание эпителия конъюнктивы и роговицы бенгальским розовым или флюоресцеином с биомикроскопией, которая дает возможность оценить степень дистрофии эпителия конъюнктивы и роговицы и выявить нарушение целостности предроговичной слезной пленки. Изучают также материал конъюнктивного соскоба, проводят импрессионную цитологию конъюнктивы, лактоферриновый тест, исследование осмолярности слезистой жидкости, биопсию слезной железы, микроанализ количества секретов и биологических жидкостей методом жидкостной хроматографии.

На сиалограммах при болезни Шегрена выявляют диффузионные сиалэктазы точечного характера в виде полостей или очагов деструкции без обструкции больших протоков, нечеткость заполнения протоков железы и контуров полостей, иногда паренхима железы не определяется, протоки железы сужены, в отдельных участках прерывистые, имеют неровный контур.

На КТ определяют увеличение площади слюнных желез, методом сиалосцинтиграфии из ^{99}Tc устанавливают уровень снижения скорости выделения слюны и уровня радиоактивности над железой.

В случае выраженной и поздней стадий заболевания при УЗД околушных слюнных желез отмечают неомогенность (неоднородность) паренхиматозного рисунка и снижение эхогенности железы, акустически плотная ткань в среднем представляет 67 % паренхимы железы.

Биопсия малых слюнных желез слизистой оболочки нижней губы дает возможность выявить лимфоцитарно-плазмочитарную инфильтрацию очагово-диффузного или диффузного характера. Для проведения исследования используют биоптат 5-10 малых слюнных желез. Оценивают степень лимфоидной инфильтрации. Фокус лимфоидной инфильтрации ("focus score") определяется как скопление минимум 50 мононуклеарных клеток на площади в 4 мм^2 .

При цитологическом исследовании мазков секрета можно выявить нейтрофилы в состоянии дегенерации, гистиоидные элементы, голые ядра, слои клеток плоского и цилиндрического эпителия на фоне участков белкового субстрата.

Термографический (контактная или дистанционная термография) при любом термотипе лица определяется снижение температуры над пораженными слюнными железами. Гипотермия в участке увеличенных желез отображает атрофические протоки в органе.

Диагностику системных проявлений осуществляют с привлечением узких специалистов с учетом локализации и предсказуемого характера поражения.

Лечения проводят в ревматологическом отделении в зависимости от течения аутоиммунного процесса (хронический, подострый), активности (высокая, умеренная, низкая) и стадии процесса (начальная, выраженных клинических проявлений и поздняя). Общая терапия заключается в назначении преднизолона и хлорбутина в небольших дозах под контролем анализа крови.

Однако в случае тяжелых проявлений заболевания (генерализованная лимфаденопатия, язвенно-некротический васкулит, цереброваскулит) показано интенсивное лечение с использованием пульсовой терапии преднизолоном в сочетании преднизолона с цитостатиками, а также экстракорпоральная терапия.

Базисная терапия болезни Шегрена и синдрома Шегрена направлена на нормализацию основных патогенетических нарушений иммунного статуса, следствием которых являются все клинические проявления болезни.

Прогноз при синдроме Шегрена в случае своевременного лечения благоприятный. Если лечения начинают поздно, быстро развиваются тяжелые офтальмологические, стоматологические, системные

проявления заболевания, а в дальнейшем инвалидизация и возможная смерть больного. Причиной смерти может быть развитие вне- или внутрижелезистой злокачественной лимфомы.

БОЛЕЗНЬ МИКУЛИЧА

Синонимы: синдром Микулича, симптомокомплекс Микулича, аллергический ретикулоэпителиальный сиалоз Микулича, лимфомиелоидный сиалоз, лимфоцитарная опухоль.

1888 г. Дж. Микулич (Johann Mikulicz) наблюдал случай с безболезненным двусторонним увеличением слезных и слюнных желез. Он удалил и патологоанатомически исследовал эти железы.

На разрезе ткань железы была мягкой консистенции, бледно-красно-желтого цвета, бедной на сосуды, с сальной прозрачной поверхностью. Микроскопически неизменные ацинусы были раздвинуты тканью, круглые клетки которой отличались разными размерами. Подобная картина наблюдалась в слезных железах. Увеличение всех слюнных и слезных желез протекало без признаков воспаления.

Этиология и патогенез болезни остаются неизвестными. Наиболее вероятной причиной заболевания считают нейротрофические и эндокринные аутоиммунные расстройства.

Микроскопическое исследование позволило установить, что увеличение размеров желез предопределенно массивной мелкоклеточной инфильтрацией лимфаденоидной тканью их интерстициальной соединительной ткани.

Клиническая картина. Характерны безболезненные, плотные припухлые железы. Кожа в цвете не изменена. Уменьшение количества слюны в полости рта иногда отмечается в поздней стадии. При этом течение болезни может усложниться воспалительным процессом. Сиалоз может переходить в сиалоаденит, что за клиническим течением напоминает позднюю стадию хронического интерстициального сиалоаденита.

В некоторых случаях заболевание протекает с поражением всего лимфатического аппарата, селезенки и печени, в том числе слюнных и слезных желез, по типу алейкемического (реже лейкокемического) лимфоматоза.

Диагноз болезни Микулича устанавливают на основании системного увеличения слезных и всех слюнных желез.

На сиалограмме в ранней стадии заболевания не определяется увеличение размеров железы, при этом в структуре протоков и тени паренхимы отклонений от нормы не выявляют. По мере нарастания процесса на сиалограмме появляется нечеткость тени паренхимы железы и протоков (признаки атрофии) в результате их сжатия лимфоидной тканью. Протоки очень узкие, имеют ровные контуры. Отмеченные признаки прогрессируют и впоследствии тень паренхимы железы по периферии не определяется, поскольку железистые зоны не заполняются контрастным веществом. Контур протоков железы при этом остаются ровными, однако просвет их настолько узкий, что на сиалограмме их ход можно проследить лишь с помощью лупы.

Лечение. Лечение болезни Микулича является достаточно сложным. Применяют препарат "Дуплекс" (водный 0,1 % раствор стрихнина нитрата и 1 % раствор натрия арсената), который производит аналептическое и общетонизирующее действие. Его вводят подкожно один раз на день ежедневно, начиная с 0,2 мл с постепенным повышением дозы до 1 мл. Курс лечения - 20-40 дней. Назначают цитостатические средства - миелосан и 6-меркаптопурин.

При отсутствии эффекта от миелосана назначают миелобромол (5-6 раз на месяц по 250 мг - всего около 10 г на курс), допан (по 10 мг на сутки 1 раз на 7 дней).

Необходимой является рациональная диета с включением достаточного количества белков, витаминов, а также общеукрепляющая терапия.

Лечение кортикостероидными препаратами дает хороший, но не стойкий результат; часто наступает рецидив. Рекомендуется курс новокаиновых блокад и применения галантамина. Назначают также рентгенотерапию (облучение участков слюнных желез), препараты радиоактивного фосфора.

Прогноз неблагоприятен. В отдаленный период часто диагностируют заболевание крови. Возможное развитие злокачественной лимфомы. При диспансеризации больных и комплексном лечении заболевания не прогрессирует и может наступить ремиссия.

КСЕРОСТОМИЯ

Ксеростомия (гр. *xeros* - сухой и *stoma* - рот, отверстие) - сухость во рту, сухость слизистой оболочки полости рта. Развитие симптома связано с уменьшением выделения слюны и слизи из слюнных и слизистых желез полости рта.

Самой частой причиной появления сухости во рту, особенно у людей пожилого возраста, становится употребление лекарств, которые часто определяют снижение слюноотделения за счет блокирования холинергической активности, - трициклические антидепрессанты, антипсихотические средства, гипотензивные средства центрального действия (клофидин, дифенгидрамин), алкалоиды белладонны (атропин, скополамин и гиосциамин).

Некоторые заболевания влияют на функциональное состояние слюнных желез (синдром Шегрена, ВИЧ/СПИД, диабет, болезнь Паркинсона, дисфункции щитовидной железы, гипертоническая болезнь, бронхиальная астма). К развитию ксеростомии часто приводит лучевая терапия и химиотерапия при лечении онкозаболеваний.

При нормальном функционировании слюнных желез сухость во рту появляется в случае затруднения носового дыхания вследствие полипов носа, искривления носовой перегородки, когда больные вынуждены дышать ртом; у людей пожилого возраста во время сна с открытым ртом (вследствие снижения тонуса мышц поднимающих нижнюю челюсть). Ксеростомия может возникать и усиливаться при частых необоснованных полосканиях полости рта.

Патогенез. Развитие заболевания или симптома с угнетением слюноотделения наблюдается при лучевой болезни, некоторых эндокринных расстройствах (сахарный диабет, тиреотоксикоз и др.), нарушениях центрального механизма слюноотделения (неврогенная ксеростомия при спинной сухоте, травмах головного мозга, токсико-инфекционных поражениях нервной системы), а также иммунными нарушениями при склеродермии.

Клиническая картина. При ксеростомии пациенты жалуются на: ощущения стянутости и сухости во рту, проблемы с жеванием, глотанием, вкусовыми ощущениями или речью, неприятный запах изо рта, ощущение жжения во рту, трещины губ, сухой раздраженный язык, язвы, ранок во рту, нарушение сна из-за ощущение жажды, воспаления десен или инфекционные заболевания полости рта, затруднения при пользовании зубными протезами.

Из внеротовых симптомов отмечают: сухость в горле, в носу, нарушение восприятия запахов, жжение, сухую кожу, частые грибковые заболевания, парестезию языка. Слизистая оболочка полости рта сухая, воспаленная, ярко-красного цвета. Слюна густая, пенная. Увеличивается количество зубного налета, активизируется микрофлора во рту. Заболевание может усложниться повреждением слизистой оболочки (воспаление, трещины, эрозия).

За клинической выраженностью и степенью нарушения функции слюнных желез выделяют три стадии ксеростомии: начальную, стадию выраженных признаков и позднюю. Степень нарушения функции слюнных желез устанавливают с помощью объективных методов исследования слюноотделения.

При нарушении функции слюнных желез I степени в начальной стадии (состояние компенсации функции слюнных желез) количество слюны, которая выделяется, находится в пределах нормы (0,9-5 мл для околоушной и 0,9-6,8 мл для подчелюстной железы). У больных в начальной стадии ксеростомии ощущения сухости во рту не отмечают или оно появляется при длительном разговоре, переутомлении. Слизистая оболочка ротовой полости умеренно увлажнена, слюна пенная.

При нарушении функции слюнных желез II степени в стадии выраженных признаков ксеростомии наблюдается состояние декомпенсации функции слюнных желез, которое проявляется постоянной сухостью во рту, что затрудняет речь и употребление пищи (больные вынуждены запивать сухую еду водой). Слизистая оболочка ротовой полости увлажнена слабо, блестит.

При нарушении функции слюнных желез III степени в поздней стадии ксеростомии (функция слюнных желез полностью подавлена), больных тревожат резкая сухость во рту, боль во время еды. Определяется катаральный глоссит, стоматит, слизистая оболочка ротовой полости сухая, гиперемирована, нередко с трещинами, эрозиями. Губы сухие, шелушатся, покрыты корками. Ксеростомия, предопределенная дисфункцией слюнных желез, часто сопровождается множественным кариесом зубов.

Лечение направлено на устранение причины возникновения сухости во рту и стимуляцию слюноотделения. Назначают растворы калия йодида (3 % раствор по 1 ст. л. 2 раза на день),

пилокарпина (1 % раствор по 4-5 капель вечером), галантамин (ежедневные подкожные инъекции в дозе 1 мл 0,5 % раствора), прозерин, концентрат витамина А. Также показаны новокаиновые блокады участка окоушной и подчелюстной желез и физиотерапевтические процедуры: гальванотерапия слюнных желез, электрофорез из калия йодидом или галантамином, вибрационный массаж.

Рекомендуют обработку слизистой оболочки полости рта маслом (персиковое, подсолнечное масло), смесью буры и глицерина, полоскания настоями лекарственных трав (мать-и-мачеха, девясил, термопсис). Необходимы санация и гигиена полости рта.

Для полоскания полости рта назначают 1,5-2 % водного раствора естественной соли "Ахиллес".

Получило распространение применение препарата "Salix" и "Amifostine" (R. Nagler, Y. Marmary, 1998) как мощное протективное вещество против радиационно-индуцируемых повреждений клеток эпителия слюнных желез.

Из средств симптоматической (заместительной) терапии А.М. Солнцев, В.С. Колесов, Н.А. Колесова (1991) предлагают лекарства, которые заполняют дефицит слюны. Назначают употребления жидкостей, которые подкисляют слюну, частые орошения полости рта, жевательную резинку, сосание кислых леденцов, полоскания полости рта растворами с глицерином и желатином, смазывание полости рта и губ вазелином, бурой с глицерином, рыбьим жиром, каротолоном, облепиховым, персиковым и другими маслами, применение растворов, которые содержат анестетики. В 1981 г. И.Ф. Ромачевой и соавт. был создан препарат искусственной слюны бенсиллол, в состав которого входят калия хлорид, натрия хлорид, магния сульфат, диметилдодецилбензиламония хлорид, метилцеллюлоза, тримекаин и фосфатный буфер.

Также предложено использование глюкокортикостероидов (Н.Н. Потехина, Е.М. Миканба, 1967), цитостатических препаратов (Cummings at al., 1971), аминохинолиновых производных (Malkin, Hirsh, 1968), антилимфоцитарного глобулина (Albegger, Tiltz, 1972) гаммы, левамизола (Symoens at al., 1979).

Прогноз определяется характером основного заболевания и степенью нарушения функции слюнных желез: в начальной стадии ксеростомии полное выздоровление возможно, в других стадиях можно достичь значительного улучшения состояния, но рассчитывать на значительное улучшение трудно.

5. ПЛАН И ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА УЧЕБНОГО ЗАНЯТИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

№ из/п	Этапы занятия	Распределение времени	Виды контроля	Средства учебы
1.	Подготовительный этап	30 мин.	Устный опрос за перечнем вопросов. Письменное тестирование.	Компьютер (ноутбук). Мультимедийные методические разработки. Анатомические муляжи. Видео- и фотоматериалы.
1.1	Организационные вопросы			
1.2	Формирование мотивации			
1.3	Контроль начального уровня подготовки (стандартизированные средства контроля)			
2.	Основной этап (указать все виды работ, которые выполняют студенты во время этого этапа).	60 мин.	Практический тренинг. Решение клинических задач. Создание алгоритмов врачебных действий, профессиональный тренинг.	Электронные справочники. Рентгенограммы, ортопантограммы, томограммы. Набор инструментария. Результаты лабораторных, цитологических и гистологических исследований.
3.	Заключительный этап	45 мин.	Тестирование. Практические задания. Ситуационные и нетипичные задачи. Устный опрос.	
3.1	Контроль конечного уровня подготовки			
3.2	Общая оценка учебной деятельности студента			
3.3	Информирование студентов о теме следующего занятия			

4.5. Виды самостоятельной работы студентов.

1. Выучить такие вопросы ($\alpha=I$) :

- 1.1. Этиология и патогенез острых и хронических сиалоаденитов.
- 1.2. Этиология и патогенез сиалозов.
- 1.3. Классификация острых и хронических сиалоаденитов и сиалозов.
- 1.4. Клиническая картина острых и хронических сиалоаденитов.
- 1.5. Клиническая картина сиалозов.
- 1.6. Диагностика и дифференциальная диагностика заболеваний слюнных желез воспалительного и дистрофического характера.
- 1.7. Комплексное лечение патологии слюнных желез разной этиологии.

2. Тестовые задания с единичным правильным ответом ($\alpha=II$) :

2.1. У здоровых людей в течение одного часа поднижнечелюстная железа в среднем производит:

- A. Около 1 мл не стимулируемой слюны.
- B. Около 6 мл не стимулируемой слюны.
- C. Около 12 мл не стимулируемой слюны.
- D. Около 24 мл не стимулируемой слюны.
- E. Свыше 39 мл не стимулируемой слюны.

(Правильный ответ: C)

2.2. Стенонов проток раньше называли:

- A. Проток околоушной железы.
- B. Проток поднижнечелюстной железы.
- C. Общий проток подъязычной железы;
- D. Малые протоки подъязычной железы.
- E. Протоки всех слюнных желез.

(Правильный ответ: A)

2.3. Вирус эпидемического паротита был впервые выделен каким ученым?

- A. Мечниковым.
- B. Джонсоном и Гудпасчером.
- C. Пироговым.
- D. Синельниковым.
- E. Мюллером.

(Правильный ответ: B)

30. Тестовые задания с множественным выбором:

3.1. Где может находиться вирус эпидемического паротита при этом заболевании?

- A. В слюне.
- B. В слюнных железах.
- C. В костях.
- D. В поджелудочной железе.
- E. В яичках и их придатках.

(Правильный ответ: A, B, D, E)

3.2. Через какую слизистую оболочку вирус эпидемического паротита может проникнуть в организм человека?

- A. Носа.
- B. Полости рта.
- C. Небных миндалин.
- D. Желудка.
- E. Конъюнктиву глаза.

(Правильный ответ: A, B, C, E)

3.3. Какие клинические признаки являются общими для всех форм хронических сиалоаденитов?

- A. Незаметное начало заболевания.
- B. Острое начало заболевания.
- C. Рецидивирующие течение.
- D. Прогрессирующие течение.
- E. Стойкость к консервативной терапии.

(Правильный ответ: A, C, D, E)

4. Задачи для самоконтроля:

4.1. Больной жалуется на боль и припухлость в поднижнечелюстной области слева, боль во время еды. При осмотре установлено: рот открывает свободно в полном объеме, слизистая оболочка

подъязычного валика слева гиперемирована, из выводного протока поднижнечелюстной слюнной железы выделяется гной. На рентгенограмме слева в поднижнечелюстной области определяется тень овальной формы. Установите предварительный диагноз.

- A. Калькулезный сиалоаденит.
- B. Хронический интерстициальный паротит.
- C. Остеома нижней челюсти.
- D. Опухоль поднижнечелюстной железы.
- E. Острый поднижнечелюстной сиалоаденит.

(Ответ: A)

4.2. Пациента, 21 года, беспокоит головная боль, сухость во рту, температура тела 38,4°C, увеличенные околоушные участки. Болеет 4-5 дней, отметил поочередное увеличение этих участков. Объективно: асимметрия лица за счет воспалительной болезненной припухлости околоушно-жевательных участков. Из протоков околоушных слюнных желез слюна практически не выделяется. Боль усиливается при открывании рта, глотании и разговоре, иррадирует в уши, шею, корень языка. Мочки ушных раковин подняты. Поставьте наиболее достоверный диагноз.

- A. Эпидемический паротит.
- B. Острый серозный паротит.
- C. Болезнь Микулича.
- D. Псевдопаротит Герценберга.
- E. Хронический паротит.

(Ответ: A)

4.3. Больной, 43 лет, жалуется на недомогание, головную боль, асимметрию лица, повышенную температуру тела. Болеет в течение 5 дней. Температура тела 38,2°C. Объективно: лицо асимметрично, за счет припухлости тканей левой околоушной области. Околоушная слюнная железа плотная, резко болезненная без четких границ. Отек распространяется на височную, зачелюстную, поднижнечелюстную области. Кожа над железой гиперемирована, отечна. При массаже из устья протока слюна не выделяется. Установить наиболее достоверный диагноз?

- A. Синдром Шегрена.
- B. Эпидемический паротит.
- C. Острый гнойный паротит.
- D. Калькулезный сиалоаденит.
- E. Паротит Герценберга.

(Ответ: C)

4.6. Перечень индивидуальных заданий (если их выполнение при изучении данного модуля предвидено рабочей учебной программой из дисциплины).

Не предвидено.

4.8. Перечень теоретических вопросов к итоговому модульному контролю (из типичной учебной программы).

- 10. Острое воспаление слюнных желез: классификация, клиническое течение, лечение.
- 11. Слюнокаменная болезнь: этиология, клиника, осложнение и лечение.
- 12. Псевдопаротит Герценберга и паротит.
- 13. Хроническое воспаление слюнных желез: классификация, клиническое течение, лечение.
- 14. Системные заболевания слюнных желез: болезнь Микулича, синдром Шегрена

4.9. Перечень практических заданий и работ к итоговому модульному контролю (из типовой учебной программы).

- 62. Провести опрос больного и на его основе сделать запись в истории болезни.
- 63. Провести обследование амбулаторного хирургического стоматологического больного и сделать об этом запись в истории болезни.
- 64. Провести обследование периферийных лимфатических узлов челюстно-лицевой области, шеи и слюнных желез.
- 65. Знать схему и уметь доложить о больном преподавателю; обосновать диагноз и составить план лечения.
- 66. Подготовить набор инструментария для обследования хирургического стоматологического больного.
- 67. Уметь прочитать и установить предварительный диагноз по рентгенограммам при такой патологии:

- а) периодонтит;

- б) остеомиелит костей лицевого скелета, гайморит;
- в) травматические повреждения зубов - вывих и перелом;
- г) вывихи височно-нижнечелюстного сустава;
- д) повреждение костей лицевого скелета (челюстей, скуловой кости, костей носа);
- ж) заболевание слюнных желез.

68. Уметь выполнить любой вид местного обезболивания в челюстно-лицевой области.
 69. Уметь провести обследование, поставить диагноз при заболеваниях слюнных желез.
 70. Уметь провести бужирование протоков слюнных желез.

31. ЛИТЕРАТУРА.

Основная литература:

22. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: підручник; У 2 т. – Т. 1 / В.О. Маланчук, О.С. Воловар, І.Ю. Гарляускайте та ін. – К. : ЛОГОС, 2011. – С. 329–363.
 23. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А. Тимофеев. – К. : Червона Рута-Турс, 2002. – С. 579–612.
 24. Бернадський Ю.Й. Основи щелепно-лицевої хірургії і хірургічної стоматології / Ю.Й. Бернадський. – К. : Спалах, 2003. – С. 194–217.

Дополнительная литература:

22. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: В 2-х темах. / Под ред. В.М. Безрукова, Т.Г. Робустовой. - Изд. 2-е, перераб. и доп. – М. : Медицина, 2000. Т. 1. – С. 435–515.
 23. Хирургическая стоматология в схемах и таблицах: Учеб. пособие для студентов и врачей-интернов / Г.П. Рузин, А.А. Дмитриева. – Харьков : ХГМУ, 2001. – С. 63–78.
 24. Хирургическая стоматология: Учебник / Под ред.Т.Г. Робустовой. – М. : Медицина, 1999. – С. 475–508.

№ 10. Общая характеристика воспалительных процессов челюстно-лицевой области. Лимфадениты. Аденофлегмоны. Абсцессы лица, нёба, челюстно-язычного желобка, подъязычной области. Физиотерапия в лечении воспалительных процессов ЧЛЮ.

1.КОНКРЕТНЫЕ ЦЕЛИ:

- 1.1.Анализировать статистику, классификацию, та особенности этиологии и патогенеза, клинические признаки воспалительных процессов челюстно-лицевой области.
 1.2.Объяснить методы диагностики поверхностных одонтогенных воспалительных процессов челюстно-лицевой области.
 1.3.Обследование больного с поверхностными одонтогенными воспалительными процессами челюстно-лицевой области.
 1.4. Класифицировать поверхностные одонтогенные воспалительные процессы подчелюстной области.
 1.5. Интерпретировать теоретические и клинические исследования проблем развития одонтогенных аденофлегмон подчелюстной области.
 1.6. Рисовать схемы, график.
 1.7.Проанализировать план лечения больных с одонтогенными аденофлегмонами подчелюстной области.
 1.8.Составить план обследования и лечения больных с одонтогенными аденофлегмонами подчелюстной области.

32. БАЗОВЫЙ УРОВЕНЬ ПОДГОТОВКИ.

Названия предыдущих дисциплин	Полученные навыки
1.Топографическая анатомия и оперативная хирургия	Анатомо-топографическое строение ЧЛЮ, знать анатомию молочных и постоянных зубов.
2.Фармакология	Лекарственные средства, которые используются при лечении зубов и заболеваниях ротовой полости.
3. Терапевтическая стоматология	Причины возникновения, профилактика и лечение заболеваний органов полости рта и связь с общим положением здоровья больного.

3.ОРГАНИЗАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА

Острый серозный лимфаденит характеризуется появлением боли и припухлости лимфатического узла или нескольких узлов. В отдельных случаях наблюдается субфебрильная температура тела, ухудшения общего состояния больного. Изменение в крови незначительное повышение числа лейкоцитов в крови ($9-10 \times 10^9/\text{л}$). Изменений в моче не наблюдается. Острый гнойный лимфаденит возникает в результате перехода серозного процесса в гнойный или обострении хронического. Заболевание характеризуется появлением боли в пораженном лимфатическом узле. Ухудшение общего самочувствия, повышение температуры тела до $37,5-38^\circ\text{C}$. Пальпаторно определяется болезненный, ограниченный, округлой формы инфильтрат; кожа над ним гиперемизированная отечная спаянная с лимфатическим узлом. Вследствии локализации воспалительного процесса в заглоточных, околоушных лимфатических узлах глотание болезненное, открывание рта может быть ограничено. В отдельных случаях абсцедирование проходит медленно и постепенно, иногда в течение 1-2 недель, не сопровождаясь яркими общими и местными изменениями. Нарастание воспалительных процессов приводит к выраженному периадениту. В центре абсцесса наблюдается участок размягченной кожи, цвет она приобретает багровый. Острый гнойный лимфаденит и гнойный ограниченный периаденит дифференцируют от специфических заболеваний лимфатических узлов, главным образом от актиномикоза, туберкулеза. Для актиномикоза лимфатических узлов характерное более медленное и более вялое течение заболевания. Для более точного установления диагноза проводим исследование гнойного содержимого из очага. Аденофлегмона развивается в результате гнойного расплавления лимфатических узлов. При расплавлении капсулы лимфатического узла гной проникает в клетчатку, которая окружает его и это приводит к гнойному разлитому воспалительному процессу в лимфатическом узле и клетчатке которая окружает его. Больные предъявляют жалобы на непроизвольные, иногда интенсивные боли в пораженной области, ухудшения общего самочувствия. Из анамнеза можно выявить наличие характерных для серозного, гнойного или хронического лимфаденита симптомов - появление болезненного "шарика" или "горошины", которые постепенно увеличиваются в размере. Аденофлегмона характеризуется резким нарастанием воспалительных процессов : нарушается общее самочувствие, температура тела повышается до $38-38,5^\circ\text{C}$ и выше, появляется озноб и другие симптомы интоксикации. В отдельных случаях аденофлегмоны развиваются медленно, температура тела не превышает $37,5-38^\circ\text{C}$. Клиническая картина аденофлегмоны зависит от её локализации и характеризуется проявлением местных клинических симптомов флегмон поднижнечелюстного, подбородочного треугольников, областей шеи и др. При аденофлегмоне наблюдаются изменения крови: увеличение количества лейкоцитов к $12-15 \times 10^9/\text{л}$. СОЭ увеличивается до $35-40$ мм/час. При туберкулезе воспаление развивается медленнее, вяло, общие и местные симптомы выражены не так ярко, как при аденофлегмоне. При рассечении гнойных ячеек при актиномикозе отделяемое из крупинками в виде крошек, при туберкулезе оно имеет характер творожистого распада. Хронический лимфаденит является результатом острого процесса в лимфатическом узле. Бывают случаи хронического лимфаденита с невыраженной острой стадией. Многие авторы связывают это с особенностями микрофлоры, её слабой вирулентностью. Клинически различают хронический гиперпластический и хронический лимфаденит, и обострение гнойного. Заболевание развивается медленно, иногда в течение 1-2 мес. и больше. Сначала появляются болезненный шарик или горошина, которые постепенно увеличиваются и уплотняются. Пальпаторно определяется лимфатический узел круглой или овальной формы, с четкими контурами, подвижной и не спаянный с прилегающими тканями. Больные жалуются на наличие образования, иногда слабость, недомогание. При хроническом гиперпластическом лимфадените общее положение удовлетворительное. Лишь у отдельных больных наблюдается повышение температуры тела до $37-37,5^\circ\text{C}$, нарушение общего самочувствия. В отдельных случаях в результате хронического воспаления лимфатического узла происходит значительное разрастание грануляционной ткани, которая замещает лимфоидную ткань, распространяется за пределы узла и прорастает к коже, утончая ее. При прорыве утонченного участка образуется свищевый ход с выбуханием грануляций. Хронический гиперпластический лимфаденит может заостряться. В таких случаях клинические симптомы отвечают острому гнойному лимфадениту. При большой длительности заболевания наблюдается снижение числа лейкоцитов ($4-5 \times 10^9/\text{л}$), незначительное увеличение количества лимфоцитов и моноцитов, увеличения скорости до $25-30$ мм/час. Часто изменений в крови нет. Хронический гиперпластический лимфаденит следует дифференцировать от врожденных кист и

свищей лица и шеи, ряда опухолей. Врожденные кисты лица и шеи локализуются в области первой и второй жаберных щелей, и незаращении щитовидно-язычного протока. Они увеличиваются медленно, в течение нескольких лет. При пальпации образование имеет эластичную консистенцию, безболезненное. Пункция и цитологическое исследование помогают диагностике. Достаточно сложная дифференциальная диагностика хронического лимфаденита и хронического гранулирующего периодонтита. При обоих заболеваниях на коже лица может образоваться свищевый ход. При лимфадените он ведет к остаткам узла, что разрушился, а при периодонтите - к участку патологического процесса в кости. Для дифференциальной диагностики огромное значение имеет рентгенография зубов, морфологические исследования. Дифференциальная диагностика хронического гиперпластического лимфаденита и ряда опухолей, гемобластозов, метастатического поражения основывается на цитологическом исследовании пунктата, данных патоморфологического исследования материала биопсии. При лечении острого лимфаденита прежде всего необходимо соответствующее вмешательство в области одонтогенного источника инфекции (удаление зуба или раскрытие периапикального отверстия зуба при периодонтите, обработка зубной альвеолы удаленного зуба при альвеолите и др.), чтобы предотвратить дальнейшее поступление микроорганизмов в лимфатические узлы. Только при серозном лимфадените лечения может быть консервативным. Показанные физиотерапевтические процедуры. Хороший лечебный эффект дают согревающие повязки с мазью с йодидом калия, а также повязка по Дубровину. Хорошие результаты наблюдаются при пункции узла когда ткани, которые окружают ячею воспаления. При остром гнойном или обострении хронического с лимфаденита проводят хирургическое лечение: первичную хирургическую обработку гнойной раны; разрез соответственно локализации процесса (рассечение гнойника), выскабливания некротизированных тканей, медикаментозное лечение на воспалительного процесса. Схема комплексного лечения зависит от состояния реактивности организма и местных симптомов острого или обострении хронического лимфаденита. При лечении назначают общеукрепляющее, стимулирующее, десенсибилизирующие препараты, иммунотерапию. У ослабленных больных, лиц старшей возрастной группы проводят курс лечения антибиотиками и сульфаниламидами. Делают перевязки, дренируют рану, проводят местное ее лечение с применением препаратов фуранового ряда, ферментов, антистафилококковой плазмы и др., накладывают повязки с лекарственными веществами. Лечение аденофлегмон проводится по правилам лечения флегмоны. Лечение хронического лимфаденита начинают с ликвидации одонтогенного источника инфекции. Для ускорения рассасывания увеличенного лимфатического узла целесообразно проводить блокады тримекаином или лидокаином и промывания антисептиками, ферментами, наложением маевых повязок. Физиотерапевтические процедуры (электрофорез с йодидом калия, ферментами, димексидом) назначают после пункции и цитологического подтверждения диагноза лимфаденита. В случаях длительного течения хронического лимфаденита, приводит к развитию грануляций в узле прорастания их к коже с образованием свищевого хода. Во время лечения при этом проводим удаление лимфатического узла вместе со свищевым ходом (некротомия). Осложнения наблюдаются при аденофлегмонах, главным образом шеи, когда происходит распространение воспаления на другие ткани что его окружает. Прогноз при воспалении лимфатических узлов благоприятен. Только локализация аденофлегмон на шее может представлять опасность распространения инфекции на клетчатку вокруг сосудисто-нервного пучка и дальнейшего перехода воспалительного процесса на средостение. Профилактика заключается в санации полости рта, лор-органов, а также в повышении противоинфекционной резистентности организма. Абсцесс (abscesses) - острое гнойное ограниченное воспаление клетчатки. Абсцессы твердого неба (abscessus palati duri) он располагается непосредственно на небе в проекции причинного зуба. Лечение такого абсцесса проводят рассечением слизистой оболочки параллельно альвеолярному краю до кости для предупреждения ранения небной и резцовой артерий. Абсцессы челюстно-язычного желобка и подъязычного пространства (abscessus sulci mandibulolingualis spatii sublingualis). Это пространство находится на уровне второго и третьего моляра нижней челюсти и между боковой поверхностью корня языка и внутренней поверхностью тела нижней челюсти. Сверху он прикрыт слизистой оболочкой. Чтобы не повредить языковый нерв и сосуды, разрез слизистой оболочки и подслизистого слоя проводим на уровне средней линии желобка и внутренней поверхности тела нижней челюсти. Рану расширяют и углубляют тупым инструментом до появления гноя. Абсцессы в области подъязычного валика локализуются в клетчатке, которая окружает подъязычную слюнную железу. Разрез при таких абсцессах проводится в промежутке между краем нижней челюсти и подъязычной слюнной железой, в отдельных случаях - над ней.

6. ПЛАН И ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА УЧЕБНОГО ЗАНЯТИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ.

№ из/п	Этапы занятия	Распределение времени	Виды контроля	Средства учебы
1.	Подготовительный этап	15 мин.	Устный опрос за перечнем вопросов. Письменное тестирование.	Компьютер (ноутбук). Мультимедийные методические разработки. Анатомические муляжи. Видео- и фотоматериалы. Электронные справочники.
1.1	Организационные вопросы			
1.2	Формирование мотивации			
1.3	Контроль начального уровня подготовки (стандартизированные средства контроля)			
2.	Основной этап (указать все виды работ, которые выполняют студенты во время этого этапа).	60 мин.	Практический тренинг. Решение клинических задач. Создание алгоритмов врачебных действий, профессиональный тренинг.	Рентгенограммы, ортопантограммы, томограммы. Набор инструментария. Результаты лабораторных, цитологических и гистологических исследований.
3.	Заключительный этап	15 мин.	Тестирование. Практические задания. Ситуационные и нетипичные задачи. Устный опрос.	
3.1	Контроль конечного уровня подготовки			
3.2	Общая оценка учебной деятельности студента			
3.3	Информирование студентов о теме следующего занятия			

4.5. Виды самостоятельной работы студентов.

1. Выучить такие вопросы ((= I) :

- 1.1. Анатомические пространства челюстной лицевого участка.
- 1.2. Пути распространения инфекции в челюстно-лицевой области.

2. Тестовые задания с единично правильным ответом ((= II) :

Абсцесс это:

- A. разлитое гнойное воспаление клетчатки;
- B. воспаление лимфатических узлов;
- C. ограниченное гнойное воспаление клетчатки;
- D. острое воспаление мышц;
- E. травматический отек тканей.

(Правильный ответ: C)

2.2. Аденофлегмона это

- A. разлитое гнойное воспаление клетчатки с расплавлением лимфатического узла;
- B. воспаление лимфатического узла;
- C. ограниченное гнойное воспаление клетчатки;
- D. острое воспаление мышц;
- E. травматический отек тканей.

(Правильный ответ: A)

2.3. Аденофлегмоны лечатся

- A. только консервативным путем
- B. только хирургическим
- C. хирургическим и медикаментозным
- D. физиотерапевтическим путем
- E. впоследствии она сама проходит без лечения

(Правильный ответ: C)

33. Тестовые задания с множественным выбором:

3.1. Поднижнечелюстное пространство ограничено следующими анатомическими образованиями:

- А. внутренней поверхностью тела нижней челюсти;
- В. внутренней поверхностью ветки нижней челюсти;
- С. передним и задним брюшками двубрюшной мышцы;
- Д. глубоким и поверхностным листками собственной фасции шеи;
- Е. челюстно-подъязычной мышцей.

(Правильный ответ: А.В.С.)

3.2. Основные клинические признаки аденофлегмоны подчелюстной области:

- А. наличие причинного зуба;
- В. асимметрия лица в подчелюстной области;
- С. гиперемия в подчелюстной области;
- Д. боль при глотании;
- Е. ограничение движения языка

(Правильный ответ: А.В.С.)

3.3. Для противовоспалительной терапии применяют следующие фармакологические препараты:

- А. сульфаниламидные;
- В. антибиотики;
- С. ацетилсалициловая кислота;
- Д. бутадион, амидопирин;
- Е. индометацин.

(Правильный ответ: С.Д.Е.)

4. Задачи для самоконтроля:

4.1. Больной 33 годов жалуется на новообразование в правой подчелюстной области, которое появилось месяц назад после перенесенной ангины. Больному проводилась противовоспалительная терапия, но новообразование не уменьшилось. В правой подчелюстной области при пальпации оказывается слабо болезненное шаровидное образование плотно-эластичной консистенции с ровными контурами, неспаивающееся с кожей. Из протока подчелюстной железы выделяется прозрачная слюна. Подъязычный валик неизменен. Какому заболеванию характерна описанная клиническая картина?

(Ответ: Хронический подчелюстной лимфаденит справа)

4.2. Больная С., 62 г., обратилась к хирургу-стоматологу с жалобами на постоянный, сильный, боль пульсирующего характера под языком слева, который распространяется на ухо и висок, при пережевывании твердой пищи, затрудненное открывание рта. Ухудшение общего состояния. Болеет около недели. Появился боль в зубе на нижней челюсти слева. Через 2 суток температура тела повысилась до 38,9⁰С, ухудшилось общее состояние. При осмотре отмечено в полости рта: коронка 37 разрушенная на 2/3, подвижность зуба II степени, перкуссия безболезненна. В зоне челюстно-язычного желоба на уровне 36, 37 определяется инфильтрат, слизистая оболочка над ним гиперемированная, отечна; при пальпации - флюктуация. Гиперемия слизистой оболочки распространяется на область передней небной дужки. Зев не изменен. Сформулируйте клинический диагноз.

(Ответ: Абсцесс челюстно-язычного желобка слева)

4.3. Женщина, 40 лет, обратилась с жалобами на припухлость на нижней челюсти слева. Изменения появилась 3 дня назад с повышения температуры тела до 37,4⁰С. Объективно: в левой подчелюстной области наблюдается отек мягких тканей, кожа в цвете не изменена. Пальпаторно отмечается узел плотно-эластичной консистенции, малоболезненный, подвижный, круглой формы с гладкой поверхностью, размерами 2,0x1,5 см. Открывание рта свободно, слизистая оболочка полости рта без видимых патологических изменений, коронка 36 зуба разрушена на 2/3, перкуссия болезненна. Поставьте диагноз:

(Ответ: Острый серозный одонтогенный лимфаденит левой подчелюстной области)

4.6. Перечень индивидуальных заданий (если их выполнение при изучении данного модуля предусмотрено рабочей учебной программой из дисциплины).

1. Уметь производить дифференциальную диагностику калькулезного сиалоаденита с аденофлегмоной подчелюстной области.
2. Уметь проводить осмотр подъязычной области, челюстно-язычного желобка.

6.3. Перечень теоретических вопросов к итоговому модульному контролю (из типичной учебной программы).

4. Знать анатомию челюстной лицевого отдела.
5. Знать анатомию подчелюстного треугольника.
6. Знать расположение подчелюстных лимфатических узлов.

4.9. Перечень практических заданий и работ к итоговому модульному контролю (из типичной учебной программы).

1. Уметь пальпировать подчелюстные и шейные лимфатические узлы
2. Уметь пальпировать подчелюстные слюнные железы.
3. Уметь проводить бужирование протоков подчелюстных слюнных желез.
4. Уметь приводить пальпацию подъязычной области при воспалительных процессах

6. ЛИТЕРАТУРА.

Основная литература:

6. Бернадский Ю. И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. - Витебск: Белмедкнига, 1998.- 416 с.
7. Евдокимов А.И., Васильев Г.А. Хирургическая стоматология. - М., Медицина, 1964.
8. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия: Руководство для врачей /Под ред. проф. В.Н. Балина и Н.М. Александрова. 3-ое изд.-СПб: "Специальная Литература", 1998.- 592 с.
9. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. - М.: Медицина, 1990.- 616 с.
10. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. - Киев: "ООО Красная Рута - Турс", т. I, 1997. - 356 с.

Дополнительная литература:

9. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи: Руководство для врачей/под ред. проф. А.Г. Шаргородского. - М.: Медицина, 1985.- 352 с.
10. Лукьяненко В. И. Остеомиелиты челюстей. - Ленинград: Медицина, 1986. - 184 с.
11. Лурье Т.М. Врачебно-трудовая экспертиза в стоматологии. - М.: Медицина, 1984.- 144 с.
12. Муковозов И.Н. Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний челюстно-лицевой области. - М.: "МЕДпресс", 2001.- 224 с.
13. Овруцкий Г.Д. Хронический одонтогенный очаг. - М.: Медицина.- 1993.- 144 с.
14. Основы организации стоматологической помощи населению /Под редакторши Г.Н. Пахомова. - М.: Медицина, 1983.
15. Рузин Г.П., Бурых М. П. Основы технологии операций в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. - Харьков, 2000. - 292 с.
16. Солнцев А. М., Тимофеев А. А. Одонтогенные воспалительные заболевания. - Киев: Здоровье. - 1989.- 231 с.

в) методическая:

1. Рыбалов О. В., Саяпина Л. М. Медицинская документация в практике хирурга-стоматолога и ее оформления //Учебно-методическое пособие для студентов стоматол.ф-ту, субординаторов, врачей-интернов, клинических ординаторов.- Полтава, "АСМП", 2004. - 119 с.
2. Рыбалов О. В., Саяпина Л. М., Розколупа О. О., Яценко И.В. Производственная врачебная практика из хирургической стоматологии //Методическое пособие для студентов стоматологических ф-тов медВУЗов III - IV уровней аккредитации.- Полтава, 2006. - 87 с.
3. Рыбалов О. В., Саяпина Л. М., Розколупа О. О., Яценко И.В. Практически-ориентированный государственный экзамен из хирургической стоматологии //Учебно-методическое пособие для студентов стоматологического ф-ту для подготовки к выпускному государственному экзамену.- Полтава, УМСА, 2006. - 148 с.
4. Рыбалов О. В., Саяпина Л. М., Чайка Е.Н. Клиническая физиотерапия воспалительных процессов челюстно-лицевой локализации. - Полтава, 1998.- 118 с.

№ 11. Флегмоны: подчелюстной, подбородной областей и крыловидно-челюстного пространства. Флегмона орбиты. Флегмоны: скуловой, околоушно-жевательной областей. Флегмоны: височной области, крыло-небной и подвисочной ямок.

1. КОНКРЕТНЫЕ ЦЕЛИ:

- 1.1. Анализировать знать статистику, классификацию, особенности этиологии, патогенеза, клинические признаки воспалительных процессов челюстно-лицевой области.
- 1.2. Объяснить методы диагностики поверхностных и глубоких одонтогенных флегмон челюстно-лицевой области.

- 1.3. Предложить обследовать больного с поверхностными и глубокими одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области.
- 1.4. Классифицировать поверхностные и глубокие одонтогенные флегмоны челюстно-лицевой области.
- 1.5. Трактовать теоретические и клинические исследования проблемных вопросов одонтогенных флегмон челюстно-лицевой области.
- 1.6. Рисовать схемы, графики.
- 1.7. Проанализировать план лечения одонтогенных флегмон челюстно-лицевой области.
- 1.8. Составить план обследования и лечения больных с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области.

2. БАЗОВЫЙ УРОВЕНЬ ПОДГОТОВКИ.

Названия предыдущих дисциплин	Полученные навыки
3. Предыдущие дисциплины Топографическая анатомия и оперативная хирургия	Анатомо-топографическое строение ЧЛЮ, знать анатомию и физиологию молочных и постоянных зубов.
2. Фармакология	Лекарственные средства, которые используются при лечении зубов и заболеваниях ротовой полости.
3. Дисциплины, которые обеспечиваются	Причины возникновения, профилактику и лечение заболеваний органов полости рта и связок с общим положением здоровья больного.
5. Внутрпредметная интеграция	О необходимости санации полости рта у врачей-стоматологов.
6. Предыдущие дисциплины Топографическая анатомия и оперативная хирургия	Анатомо-топографическое строение ЧЛЮ, анатомию зубов молочных и постоянных.
7. Фармакология	Лекарственные средства, которые используются при лечении зубов и заболеваниях ротовой полости.
8. Дисциплины, которые обеспечиваются	Причины возникновения, профилактику и лечение заболеваний органов полости рта и связок с общим положением здоровья больного.

3. СОДЕРЖАНИЕ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА

Флегмона - острое, гнойно разлитое воспаление клетчатки (подкожной, межмышечной, межфасциальной,) которое имеет тенденцию к дальнейшему распространению. Из трактовок челюстно-лицевой хирургии флегмоны различают: 1) околочелюстные флегмоны; 2) флегмоны дна полости рта; 3) около глоточные флегмоны; 4) флегмоны языка; 5) флегмоны шеи. Бывают первичные и вторичные флегмоны. Первичные встречаются в челюстно-лицевой области редко и их причины невозможно объяснить. Вторичные которые развиваются на фоне остеомиелита называются остеофлегмонами. Как осложнением гнойного лимфаденита называются аденофлегмонами. Аденофлегмоны развиваются в результате гнойного расплавления лимфатических узлов. Флегмоны подчелюстной области (phlegmonae regionis submaxillaris) чаще всего развивается в результате затрудненного прорезывания третьего моляра на нижней челюсти, а также как осложнение периостита, остеомиелита, лимфаденита. Топографическая анатомия. В центре подчелюстного треугольника находится подчелюстная слюнная железа с прилегающими к ней лимфатическими узлами, челюстной артерией, и передняя вена лица. Границы подчелюстного треугольника: вверху нижний край тела нижней челюсти, боковые стороны ограничены передним и задним брюшком m. digastricus, по нижнему краю: кожа, подкожная клетчатка из m. platysma, и поверхностный листок собственной фасции шеи. Клиническая картина: боль при глотании отек, кожа в складку не берется. При пальпации отмечается плотный болевой инфильтрат. Открывание рта ограниченное может отмечаться тризм II-III степенем, в полости рта незначительная гиперемия слизистой оболочки в подъязычной области в проекции инфильтрата. Флегмоны подподбородочной области (phlegmonae regionis submentalis) протекают в виде аденита, аденофлегмоны, или флегмоны. Топографическая анатомия: границы подподбородочной области располагаются пределах переднего правого и левого брюшка m. digastricus. Верхушки данного треугольника доходят до средней линии подподбородочной области, сверху со стороны полости рта покрыт m. milohioideus. Клиническая картина. Течение

флегмоны имеет не тяжелый характер. Общее повышение температуры тела, инфильтрат который имеет вид треугольника направленного в сторону подчелюстного треугольника. Флегмоны крыловидно-челюстного пространства (*phlegmonae spatii pterygoideomandibularis*) могут развиваться в промежутке между внутренней поверхностью ветви нижней челюсти и внешней поверхностью медиальной крыловидной мышцы (*m.pterygoideus medialis*). Клиника: тризм II-III степеней, боль при глотании. При пальпации в области угла нижней челюсти плотный болевой инфильтрат. Лечение со стороны полости рта делают разрез длиной 2 см параллельно крыло-челюстной складки (*plica pterygomandibularis*) в сторону ветви нижней челюсти. При помощи зажима Пеана тупо расширяем раневую поверхность в слизистой оболочке. Проникаем с помощью корнцанга между ветвью нижней челюсти и внутренней крылообразной мышцей в крыло-челюстное пространство, где и локализуется гнойник. В тех случаях, когда разрез внутриротовым путем провести невозможно (стойкий тризм жевательных мышц, наличие инфильтрата под углом нижней челюсти), проводим внеротовой разрез в области угла нижней челюсти. Отступаем на 2,5 см. ниже кости нижней челюсти окаймляют длиной до 5 см. и доводят до переднего края жевательной мышцы. Остро та тупо рассекаем подкожную клетчатку, фасции, заходим за ветвь нижней челюсти, распатором отслаивают внутреннюю крыловидную мышцу и проникают в крыло-челюстное пространство. Флегмона глазницы (*phlegmone regionis orbitalis*) локализуется в клетчатке глазницы. Клиническая картина: экзофтальм глазного яблока и ограничения его движения. Этому способствует отек переходной складки конъюнктивы (хемоз) в веках отмечается отек. Лечение оперативным путем. Производим разрез кожи по нижнему краю глазницы, в глубь глазной ямки подходят тупо по нижней боковой поверхности глазницы. Флегмона скуловой области (*phlegmone regionis zygomatici*). Производим разрез по нижнему краю скуловой кости, параллельно скуловой дуге, оперативным путем подходим к очагу воспалительного процесса этого участка. При этом ориентируются на место наибольшей флюктуации, учитывая топографию веток лицевого нерва. Клиническая картина: жалобы на боль что иррадирует в висок и подглазничную область, возможно ограниченное открывание рта. Субмассетеральная (поджевательная) флегмона (*phlegmone submasseterica*) могут возникать в клетчатке под жевательной мышцей. Клиника. Отек нижнего отдела околоушно-жевательной области. Центральная часть этого отека визуализируется в проекции угла нижней челюсти. На месте прикрепления жевательной мышцы. Лечение. Разрезом длиной 5-7 см, который окаймляет угол нижней челюсти в виде дуги, рассекают мягкие ткани к кости. В зоне прикрепления жевательной мышцы к углу нижнего края ветви нижней челюсти тупым путем отслаиваем эту мышцу, все время придерживает внешней поверхности ветви нижней челюсти, доходят до гнойника или предварительно расслаивают мышцу вдоль мышечных волокон до появления гноя. Флегмона околоушной области (*phlegmone regionis parotidei*). Воспалительный процесс распространяется из очагов в 48, и 38 зубах. По лимфогенным путям из участка верхних моляров. Клиника. Жалобы на боль в околоушно-жевательной области который усиливается при открывании рта. Лицо асимметрично за счет отека тканей в околоушно-жевательной области. Лечение. Отступив на 1,5-2 см наружу от угла нижней челюсти, окаймляющим разрезом вокруг него рассекают кожу с подкожно жировой клетчаткой, фасцию между грудинно-ключично-сосцевидной мышцей и задним краем ветви нижней челюсти. Что бы не повредить околоушную слюнную железу, вглубь проникают тупо, расслаивая ткани. Флегмоны подвисочной и крылонебной ямок (*phlegmonae fossarum infratemporalis et pterygopalatini*). Локализация этих флегмон проектируется внутрь от подвисочной ямки. В пределах верхнего свода переддверья полости рта на уровне последних двух моляров верхней челюсти рассекают слизистую оболочку к кости. После этого распатором или зондом Кохера вдоль бугра верхней челюсти проникают вовнутрь в височной ямки в направлении спереди назад и вверх. Флегмоны височного участка (*phlegmonae regionis temporalis*). Флегмоны этого участка могут быть: поверхностные, которые залегают между кожей и висковым апоневрозом; срединные - между апоневрозом и височной мышцей; глубокие - под височной мышцей; разлитые, какие распространяются на всех упомянутые выше слои. По переднему краю височной мышцы рассекают кожу, подкожную клетчатку, апоневроз мышцы, а в тех случаях, когда этого требуют условия, пальцем в перчатке проходят под височную мышцу и раскрывают гнойник. Если выявлена разлитая флегмона, то целесообразно сделать полулунный разрез в месте прикрепления височной мышцы и его апоневроза (*linea temporalis*). При наличии глубоких гнойников височной области разрез делают в радиальном направлении по вдоль мышечных волокон с учетом топографии крупных артериальных сосудов. Для более надежного оттока гноя нередко с помощью дополнительных разрезов делают контрапертуры.

7. ПЛАН И ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА УЧЕБНОГО ЗАНЯТИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ.

№ из/п	Этапы занятия	Распределение времени	Виды контроля	Средства учебы
1.	Подготовительный этап	15 мин.	Устный опрос за перечнем вопросов. Письменное тестирование.	Компьютер (ноутбук). Мультимедийные методические разработки. Анатомические муляжи.
1.1	Организационные вопросы			
1.2	Формирование мотивации			
1.3	Контроль начального уровня подготовки (стандартизированные средства контроля)			
2.	Основной этап (указать все виды работ, которые выполняют студенты во время этого этапа).	60 мин.	Практический тренинг. Решение клинических задач. Создание алгоритмов врачебных действий, профессиональный тренинг.	Видео- и фотоматериалы. Электронные справочники. Рентгенограммы, ортопантомограммы, томограммы. Набор инструментария.
3.	Заключительный этап	15 мин.	Тестирование. Практические задания. Ситуационные и нетипичные задачи. Устный опрос.	Результаты лабораторных, цитологических и гистологических исследований.
3.1	Контроль конечного уровня подготовки			
3.2	Общая оценка учебной деятельности студента			
3.3	Информирование студентов о теме следующего занятия			

4.5. Виды самостоятельной работы студентов.

1. Выучить такие вопросы (= I) :

1.1. Анатомические пространства челюстно-лицевой области.

1.2. Пути распространения инфекции в челюстно-лицевой области.

2. Тестовые задания с единично правильным ответом (= II) :

2.1. Абсцесс это:

- А. разлитое гнойное воспаление клетчатки;
- В. воспаление лимфатических узлов;
- С. ограниченное гнойное воспаление клетчатки;
- Д. острое воспаление мышц;
- Е. травматический отек тканей.

(Правильный ответ: С)

2.2. Флегмона это

- А. разлитое гнойное воспаление клетчатки;
- В. воспаление лимфатических узлов;
- С. ограниченное гнойное воспаление клетчатки;
- Д. острое воспаление мышц;
- Е. травматический отек тканей.

((Правильный ответ: А)

2.3. Флегмоны лечатся

- А. только консервативным путем
- В. только хирургическим
- С. хирургическим и медикаментозным
- Д. физиотерапевтическим путем
- Е. в последствии она сама проходит без лечения

(Правильный ответ: С)

34. Тестовые задания с множественным выбором:

34.1. Поднижне-челюстное пространство ограничено следующими анатомическими образованиями:

- А. внутренней поверхностью тела нижней челюсти;
- В. внутренней поверхностью ветки нижней челюсти;
- С. передним и задним брюшками двобрюшной мышцы;
- Д. глубокими и поверхностными листками собственной фасции шеи;
- Е. челюстно-подъязычной мышцей.

(Правильный ответ: А.В.С.)

3.2. Основные клинические признаки флегмоны височной области :

- А. наличие причинного зуба;
- В. асимметрия лица;
- С. зажимательная контрактура нижней челюсти;
- Д. боль при глотании;
- Е. ограничение движения языка

(Правильный ответ: А.В.С.)

3.3. Для против воспаления при терапии применяют фармакологические препараты:

- А. сульфаниламидные;
- В. антибиотики;
- С. ацетилсалициловая кислота;
- Д. бутадион, амидопирин;
- Е. индометацин.

(Правильный ответ: С.Д.Е.)

4. Задачи для самоконтроля:

4.1. У больного во время осмотра выявлено резко болезненный воспалительный инфильтрат в левой височной области, который занимает передние 2/3 части этого участка. Кожа над ним гиперемирована, в складку не берется. В передне-нижних отделах инфильтрата определяется симптом флюктуации. Открывание рта и боковые движения челюсти резко болезненные. Полость рта не санирована. Поставьте диагноз.

(Ответ: Флегмона левой височной области.)

4.2. Через 2 суток после удаления 18 зуба по поводу обострения хронического периодонтита, больной обратился с жалобами на ограниченное открывание рта, отечность в области скуловой, височной области, повышение температуры тела до 38,0⁰ С, слабость, головную боль, недомогание. Объективно: рот открывается на 1см, кожа в височном отделе в цвете не изменена, отечная, в складку не берется. Пальпация височной области болезненна. В полости рта переходная складка в области 17, 18 зубов, сглаженная, гиперемирована, резко болезненная при пальпации. Какое осложнение развилось у больного?

(Ответ: Флегмона подвисочной и крыло-небной ямок справа)

4.3. У больного 54 годов при обследовании выяснилось, что кожные покровы лица бледные с сероватым оттенком, температура тела повышена до 40⁰ С, боль при движении языка, затрудненное дыхание, невозможность проглотить слюну, из за боли. Припухлость тканей обоих подчелюстных и подподбородочных отделов, при пальпации кожа в складку не берется, гиперемирована, сильно болезненная. Язык отёчный, покрытый серым налетом, подъязычные валики отёчные, гиперемированы, покрыты сероватым налетом. Из рта неприятный запах. Какой диагноз можно предположить у больного?

(Ответ: Гнилостно-некротическая флегмона дна полости рта)

4.6. Перечень индивидуальных заданий (если их выполнение при изучении данного модуля предвидено рабочей учебной программой из дисциплины).

1. Иннервация челюстно-лицевого пространства
2. Анатомия сосудистого пучка челюстно-лицевой области
3. Распространение инфекции в челюстно-лицевом пространстве

7.3. Перечень теоретических вопросов к итоговому модульному контролю (из типичной учебной программы).

1. Границы крыло-челюстного пространства
2. Границы височной ямки
3. Пути распространения инфекции при остром гнойном перикоронарите
4. Границы подчелюстного треугольника

7.4. Перечень практических заданий и работ к итоговому модульному контролю (из типичной учебной программы).

1. Определить пальпаторно флюктуацию инфильтрата

2. Выполнить анестезию по Берше-Дубову

3. Выполнить анестезию по Вишневському

6. ЛИТЕРАТУРА.

Основная литература:

16. Бернадский Ю.И. Основы хирургической стоматологии. - Киев: "Высшая школа", 1984. - 392 с.

17. Тимофеев А.А. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, К., - 2000.

18. Шаргородский А.Г. Руководство к практическим занятиям по хирургической стоматологии. - М., - Медицина, 1976. - 248 с.

19. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи//Под редакцией А.Г.Шаргородского. - М., Медицина, 1985.

20. Кузин М. И., Костюченко Б.М. Раны и раневая инфекция//М., Медицина, 1981.

Дополнительная литература:

1. Бернадский Ю.И., Заксон М. Л., Козлюк В.И. Особенности клинического течения и лечения флегмон челюстно-лицевой области в лиц пожилого и старческого возраста /VII Всесоюзный съезд стоматологов (Тезисов. докл.) - М., 1981. - С. 63 - 64.

2. Биберман Я.М., Стародубцев В.С., Шутова А.П. Антисептика в комплексном лечении больных с околочелюстными абсцессами и флегмонами //Стоматология. - 1996, №6. - С. 25-27. Оперативная челюстно-лицевая хирургия. Под редакторши Александрова А.М. - М. - 1986.

3. Груздев И.А. Острая одонтогенная инфекция. - М., Медицина, 1978.

4. Муковозов И.Н. Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний челюстно-лицевой области. - Л., Медицина, 1982.

5. Владиченкова Т.Н., Забелин А.С., Локтев Н.И. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи. Учебно-методическое пособие для студентов под редакторши проф. А.Г.Шаргородского. Смоленск, 1986.

6. Рыбалов О. В., Саяпина Л. М., Чайка Е.Н. Клиническая физиотерапия воспалительных процессов челюстно-лицевой локализации. Полтава, 1998

№ 12. Окологлоточная флегмона. Флегмона дна полости рта, языка и шеи, ангина Жансуля-Людвига. Осложнения и их профилактика. Принципы лечения воспалительных процессов челюстно-лицевой области.

1. КОНКРЕТНЫЕ ЦЕЛИ:

1.1. Анализировать причины возникновения флегмон окологлоточного пространства, языка, дна полости рта и шеи.

1.2. Объяснять топографо-анатомические особенности областей шеи, наличие связей клетчаточных пространств между собой.

1.3. Предложить методы диагностики гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области и шеи.

1.4. Классифицировать осложнения гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области и шеи.

1.5. Трактовать принципы хирургического лечения гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области и шеи.

1.6. Рисовать схему топографо-анатомических треугольников шеи.

1.7. Проанализировать причины септических осложнений гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области и шеи.

1.8. Составить план лечения больного с гнойно-некротической флегмоной дна полости рта.

2. БАЗОВЫЙ УРОВЕНЬ ПОДГОТОВКИ.

Названия предыдущих дисциплин	Приобретённые навыки
1. Топографическая анатомия и оперативная хирургия.	Знать границы треугольников шеи, их послойное строение, хирургические доступы для вскрытия воспалительных очагов шеи различных локализаций.
2. Общая хирургия.	Знать принципы хирургического лечения острых гнойных воспалительных процессов.
3. Пропедевтика	Уметь провести курацию больного с гнойным

хирургической стоматологии.	воспалительном процессом челюстно-лицевой области и шеи.
4. Фармакология.	Уметь составить схему медикаментозного лечения бюольного с острым гнойным воспалительным процессом.

3. ОРГАНИЗАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА.

Абсцесс и флегмона окологлоточного пространства. Гнойный процесс в окологлоточном пространстве может возникать как осложнение острого, реже хронического тонзиллита. Одонтогенными источниками инфекции этого пространства бывают большие коренные зубы нижней, иногда верхней челюсти. Часто окологлоточное пространство поражается при распространении инфекции из поднижнечелюстного треугольника, подъязычной, позадичелюстной областей, а также крыловидно-нижнечелюстного пространства.

Границы окологлоточного пространства: внутренняя — мышечная оболочка глотки; наружная — медиальная крыловидная мышца и глубокая глоточная часть околоушной слюнной железы; передняя — межкрыловидная фасция и внутренняя поверхность медиальной крыловидной мышцы; задняя — боковые фасциальные отростки, идущие от предпозвоночной фасции к мышечной оболочке глотки. Шилоязычная, шилоглоточная, шилоподъязычная и окружающие фасции мышцы разделяют окологлоточное пространство на передний и задний отделы. В переднем отделе окологлоточного пространства находится рыхлая и жировая клетчатка, в верхнем его отделе прилегает крыловидное венозное сплетение. В заднем отделе пространства находятся внутренняя сонная артерия, внутренняя яремная вена, IX, X, XI, XII черепные нервы, лимфатические узлы. Кроме того, у некоторых больных здесь располагается верхний шейный симпатический узел. Клетчатка, расположенная в окологлоточном пространстве, сообщается с клетчаткой крыло-небной височной ямки, подъязычной областей, поднижнечелюстного треугольника.

Различают абсцессы и флегмоны окологлоточного пространства. Воспалительные процессы окологлоточного пространства характеризуются нарастающими болями при глотании вплоть до невозможности приема пищи и жидкости.

При абсцессе отмечаются небольшая отечность тканей под углом нижней челюсти, увеличение лимфатических узлов. Открывание рта резко ограничено и болезненно. Осмотр полости рта затруднен из-за сведения челюстей. При помощи шпателя, зубоврачебного зеркала, а иногда лобного рефлектора удастся осмотреть полость рта и зев, где обнаруживается гиперемия и отечность мягкого неба: небо-язычных и небо-глоточных дужек, небного язычка, выбухание боковой стенки глотки.

Флегмона окологлоточного пространства отличается болями при глотании, нередко затрудненным дыханием, ухудшением общего самочувствия, появлением озноба и других явлений интоксикации. Под углом нижней челюсти имеется глубокий болезненный при пальпации инфильтрат. У отдельных больных возникает припухлость в височной области. Открывание рта ограничено вследствие воспалительной контрактуры медиальной крыловидной мышцы III степени. Осмотр полости рта затруднен. Вводят широкий шпатель между зубами верхней и нижней челюстей и, поворачивая его, осматривают глотку. Слизистая оболочка крыловидно-нижнечелюстной складки, мягкого неба гиперемирована и отечна, небный язычок резко смещен в здоровую сторону. Инфильтрат распространяется на боковую стенку глотки, которая значительно выбухает, отек — на слизистую оболочку подъязычной складки, язык, заднюю стенку глотки.

Диагностируя флегмону окологлоточного пространства, следует учитывать, что процесс часто развивается при распространении инфекции из поднижнечелюстного треугольника. При появлении ограничения открывания рта, нарастании болей при глотании следует тщательно исследовать полость рта и глотку.

Абсцесс окологлоточного пространства вскрывают внутриротовым разрезом слизистой оболочки медиальнее крыловидно-нижнечелюстной складки и параллельно ее длине на 1,5—2 см и на глубину до 0,75 см. Далее тупым путем проникают к гнойнику, вскрывая его. Более надежным для создания хорошего оттока гноя, особенно при флегмоне окологлоточного пространства, следует считать внеротовой доступ. Проводят разрез кожи и подкожной клетчатки, а затем, тупо раздвигая подлежащие ткани в области угла нижней челюсти, доходят до края кости, проходят по медиальной крыловидной мышце в окологлоточное пространство до средних констрикторов глотки, создавая отток экссудату. При вскрытии флегмоны окологлоточного пространства следует пройти в крыловидно-нижнечелюстное пространство и подъязычную область.

Воспалительный процесс в окологлоточном пространстве может распространяться вдоль глотки в переднее средостение. Вовлечение в процесс передних и латеральных областей шеи, в том

числе сосудисто-нервного влагалища, также может вести к нисходящему продвижению инфекции в грудную клетку.

Прилежание крыловидного венозного сплетения к окологлоточному пространству может обусловить ретроградное распространение гнойного процесса на мозговые оболочки и головной мозг. Прогноз при флегмоне окологлоточного пространства, особенно в случае развития таких осложнений, весьма серьезный.

Абсцесс и флегмона языка. Гнойные воспалительные заболевания языка могут быть одонтогенной, стоматогенной, тонзиллогенной природы.

Одонтогенный абсцесс или флегмона в межмышечных промежутках корня языка возникает при переходе гнойного процесса из области нижних передних зубов. Абсцессы спинки и тела языка развиваются в результате однократных или повторных повреждений слизистой оболочки при прикусывании, травме рыбьей костью, стоматологическими инструментами, острыми краями зубов, зубными протезами и др., а также при стоматите. В некоторых случаях воспалительный процесс в языке развивается на фоне острого тонзиллита. Распространение инфекции из подъязычной, реже из подподбородочной области, также ведет к развитию гнойного процесса.

Язык представляет собой мышечный орган. В области спинки и тела языка мышечные пучки имеют продольное, поперечное и вертикальное переплетенные направления. Между ними нет значительных соединительнотканых прослоек. У корня языка в промежутках между правой и левой подбородочно-язычными, подъязычно-язычными и шилоязычными мышцами располагается рыхлая клетчатка. В области корня языка имеются и другие щелевидные промежутки, расположенные симметрично, несколько кнаружи от предыдущих, где также имеются прослойки клетчатки. Изнутри они ограничены подбородочно-язычными, а снаружи — подъязычно-язычными мышцами. В этих межмышечных щелях среди рыхлой клетчатки справа и слева проходят язычные артерии, располагаются небольшие лимфатические узлы.

Различают абсцессы спинки, тела, глубокой его части — корня языка и флегмону языка.

Абсцесс спинки и тела языка локализуется в правой или левой его половине, в центре языка, в среднем отделе спинки языка. Больные жалуются на боли в языке, отдающие в ухо. Движения языка ограничены и болезненны, речь затруднена, глотание болезненно. Внешне изменений нет, пальпируются увеличенные болезненные лимфатические узлы в подподбородочном или в переднем отделе одного из поднижнечелюстных треугольников. Открывание рта свободное. Отмечается утолщение половины языка вследствие инфильтрации бокового его отдела, плотного, резко болезненного, покрытого ярко-красного цвета слизистой оболочкой. У отдельных больных воспалительный отек распространяется на нижнюю поверхность языка и подъязычную складку. Среди разлитого инфильтрата в толще языка можно отметить участок болезненности, в более поздних стадиях - очаг размягчения и флюктуации. Иногда происходит самопроизвольный прорыв гнойника, после чего воспалительные явления стихают. У некоторых больных процесс может распространиться на другую половину языка.

Абсцесс корня языка развивается в соединительнотканых прослойках между парными мышцами языка, над челюстно-подъязычной мышцей. Сравнительно реже абсцесс бывает в межмышечном промежутке, расположенном несколько сбоку от средней линии, в окружности проходящей здесь язычной артерии.

Больные с абсцессом основания языка отмечают резкие боли в языке, невозможность глотания.

Абсцесс корня языка обычно характеризуется нерезко выраженной припухлостью в средних отделах подподбородочной области. Кожа на этом участке не изменена, хорошо собирается в складку, определяется болезненность в области средней линии. Открывание рта свободное, но болезненное. Язык увеличен, подвижность его органичена, в связи с чем речь невнятная. Он равномерно отечный и плотный, по средней линии болезненный.

Флегмона тела языка характеризуется распространением воспалительных явлений на клетчаточные прослойки между мышцами корня языка, вниз — к шву челюстно-подъязычных мышц и вверх — до переплетения мышц языка. У больных наблюдаются более интенсивные боли в языке, отдающие в ухо, глотание резко болезненно, речь невнятная, нередко затрудненное дыхание.

Воспалительная припухлость из подподбородочного треугольника распространяется на передние отделы поднижнечелюстных треугольников. Регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны, спаяны друг с другом. В глубине подподбородочной области пальпируется разлитой болезненный инфильтрат.

Открытие рта ограничено, отмечается воспалительная контрактура жевательных мышц. Язык значительно увеличен, движения его ограничены и резко болезненны. Нередко увеличенный язык не помещается в полости рта, а выдается вперед, за зубной ряд, в стороны и выбухает вверх, что заставляет больных держать рот полуоткрытым. Язык обложен белесоватым налетом, из полости рта исходит неприятный гнилостный запах. Глотание обильной вязкой слюны резко затруднено, иногда невозможно. В некоторых случаях в связи с распространением отека на подгортанник и черпаловидно-надгортанные складки появляются затруднение дыхания, осиплость голоса.

Оперативное вмешательство по поводу абсцесса спинки и тела языка проводят продольным разрезом по краю или спинке языка через участок размягчения или болезненности. После рассечения слизистой оболочки тупым путем проходят между пучками мышц и опорожняют гнойник.

Абсцесс или флегмону корня языка вскрывают разрезом длиной до 4 см в подподбородочном треугольнике по средней линии. Раздвинув края раны, рассекают по шву челюстно-подъязычную мышцу. Если гноя в этом участке нет, тупым путем проникают сверху между подбородочно-подъязычными и подбородочно-язычными мышцами или несколько латеральнее и кзади — между подбородочно-язычной и подъязычно-язычной мышцами, где обнаруживают скопление экссудата. Из эстетических соображений проводят дугообразный разрез впереди от подъязычной кости и параллельно краю нижней челюсти. Рассекают кожу, подкожную клетчатку, переднее брюшко обеих двубрюшных мышц и по шву челюстно-подъязычную мышцу, а затем тупым путем проникают в межмышечные промежутки корня языка.

Гнойные воспалительные процессы в языке могут распространяться от спинки и тела языка в другие его отделы, в подъязычную область, на ткани дна полости рта, в крыловидно-нижнечелюстное и окологлоточное пространства, спускаться в область шеи. Одновременное поражение корня языка, окологлоточных пространств и дна полости рта может вести к стенозу дыхательных путей и асфиксии, что делает прогноз серьезным для жизни пациентов.

Флегмона дна полости рта. Флегмона дна полости рта представляет собой распространенное гнойное заболевание, когда в разных сочетаниях поражаются подъязычные, поднижнечелюстные области, подподбородочный треугольник. Флегмона дна полости рта может развиваться вследствие распространения инфекции в одних случаях из подъязычной или обеих этих областей, в других — из поднижнечелюстного, подподбородочного треугольников, корня языка.

Границы дна полости рта: верхняя — слизистая оболочка полости рта; нижняя — кожа правой и левой поднижнечелюстных и подподбородочного треугольников; задняя — корень языка и мышцы, прикрепляющиеся к шиловидному отростку; передненаружная — внутренняя поверхность тела нижней челюсти. Дно полости рта имеет два этажа: верхний, расположенный над челюстно-подъязычной мышцей, и нижний, находящийся под ней.

При флегмоне дна полости рта больные жалуются на интенсивные боли, невозможность глотания, ограничение открывания рта, затруднения дыхания и речи. Лицо одутловатое. Определяется плотный, разлитой инфильтрат в обоих поднижнечелюстных и подподбородочном треугольниках. В зависимости от вовлечения в процесс крыловидно-нижнечелюстных пространств ограничивается открывание рта, вместе с тем рот полуоткрыт. Язык увеличен в размерах вследствие инфильтрации, приподнят к небу, часто сух и покрыт грязно-коричневым налетом. Глотание болезненно, больные не могут проглотить слюну и она вытекает из полуоткрытого рта. Движения языка вызывают резкую боль. Подъязычные складки инфильтрированы, выбухают, иногда выше коронок зубов. Бахромчатые складки отекают и часто покрыты фибринозным налетом, видны отпечатки коронок зубов.

В зависимости от различных сочетаний поражений областей над- и подчелюстно-подъязычной мышц наружные разрезы проводят со стороны кожи в поднижнечелюстных и подподбородочном треугольниках. Эффективно также рассечение кожи указанных областей воротниковым разрезом с последующим пересечением волокон челюстно-подъязычной мышцы. Иногда наружные разрезы сочетают с разрезами в собственно полости рта — через слизистую оболочку альвеолярного отростка нижней челюсти, по подъязычным складкам.

При флегмоне дна полости рта может наблюдаться распространение процесса на крыловидно-нижнечелюстное и окологлоточное пространства, на другие передние и латеральные области шеи с вовлечением сосудисто-нервного влагалища, сосудисто-нервного пучка, средостения.

Следует отметить своеобразное течение флегмон дна полости рта, в развитии которых участвуют анаэробные микробы, в том числе *Clostr. perfringens*, *Act. hystolyticus*, *Act. aedematicus*, *Clostr. septicum*, неспорогенные анаэробы. Прогрессирующее течение с развитием гангренозного или

гнилостно-гангренозного воспаления тканей и последующим их некрозом **принято обозначать как ангина Жансуля-Людвига** (angina Ludwigi). При ангине Людвига поражаются все ткани, относящиеся ко дну полости рта, а также крыловидно-нижнечелюстное и окологлоточное пространства. Отмечается тенденция к дальнейшему распространению процесса на другие прилежащие области, в том числе на передние и боковые отделы шеи.

Кроме жалоб, характерных для флегмон дна полости рта, обычно отмечают удушье, симптомы интоксикации: лихорадку, бессонницу, возбуждение, нередко бред. Характерно вынужденное положение больного сидя, полулежа с наклоненной вперед головой, которой он избегает двигать. Лицо больного бледное с землистым оттенком и нередко желтушного цвета.

Разлитой плотный и болезненный инфильтрат, расположенный в обеих поднижнечелюстных, подподбородочной областях, распространяется вверх на околоушные и щечные области, вниз на шею. Кожа над инфильтратом спаяна, в первые дни заболевания в цвете не изменена. В дальнейшем она приобретает красный оттенок, иногда на ней видны синевато-багровые пятна или пузыри. При пальпации инфильтрат плотный, участков флюктуации не определяется, но часто отмечается крепитация.

Рот больного полуоткрыт, из него вытекает густая вязкая слюна. Одновременно открывание рта ограничено и резко болезненно. Приём пищи и разговор затруднены, речь невнятная.

Слизистая оболочка подъязычных складок резко приподнята, выбухает в виде валика, который выше коронок зуба. На поверхности слизистой оболочки виднеется фибриновый налет. Язык приподнят к нёбу, обложен, изо рта гнилостный запах.

При хирургическом вмешательстве широко вскрывают наружными разрезами пораженные клетчаточные пространства: поднижне-челюстные, подподбородочный треугольники, подъязычные области, промежуток между подбородочно-язычными мышцами языка, а также вовлеченные в процесс окологлоточные и крыловидно-нижнечелюстные пространства.

Целесообразно проведение воротникового или дугообразного разреза ниже края нижней челюсти и широкое вскрытие всех пораженных областей путем рассечения челюстно-подъязычной мышцы. При вскрытии отмечаются характерные изменения в тканях: расположенная здесь клетчатка имеет серо-зеленый, темно-бурый до черного цвет; гноя нет, из тканей выделяется мутная кровянистая или коричневатая-серая зловонная жидкость, иногда с пузырьками газа. Клетчатка, мышцы некротизированы, представляют собой сероватую зловонную массу.

После операции благоприятное течение заболевания характеризуется снижением температуры тела, улучшением общего состояния больного. Из операционных ран начинает выделяться гной, отторгаются омертвевшие ткани, если они не были удалены при операции, и постепенно появляются грануляции. Дальнейшее заживление ран протекает обычно без осложнений. В других случаях — при гнилостно-некротической флегмоне воспалительные явления склонны к прогрессированию. Чаше развиваются медиастиниты, но может быть восходящее распространение инфекции. Воспалительное заболевание может осложняться сепсисом, при котором опасны для жизни больных септический шок и острая дыхательная недостаточность.

Прогноз при флегмоне дна полости рта, особенно гнилостно-некротической, с осложнениями, серьёзен для жизни больных.

Осложнения абсцессов и флегмон лица и шеи. Абсцессы, флегмоны лица и шеи могут осложняться вторичным кортикальным остеомиелитом. В случае распространения процесса возможны такие серьезные осложнения, как медиастинит, тромбоз пещеристого синуса твердой мозговой оболочки, менингит, менингоэнцефалит, абсцесс мозга, сепсис.

Вторичный кортикальный остеомиелит костей лица развивается при локализации гнойного процесса в поднижнечелюстной, околоушно-жевательной, подглазничной, скуловой, височной областях. При гнойном расплавлении околочелюстных тканей гибнет омываемый гноем поверхностный участок кости.

Клиническая картина характеризуется отсутствием регресса воспалительных явлений, гноетечением из раны, повторными обострениями процесса. На рентгенограмме видны тонкие пластиночные секвестры по нижнему краю тела, наружной поверхности ветви нижней челюсти, нижнеглазничному краю верхней челюсти, наружной поверхности тела скуловой и чешуе височной костей. При лабораторном исследовании крови обнаруживаются умеренный лейкоцитоз, иногда лейкопения, лимфоцитоз, увеличение СОЭ.

Диагноз. Диагностика осуществляется на основании клинической картины, рентгенологических и лабораторных данных.

Вторичный кортикальный остеомиелит костей лица дифференцируют от одонтогенного остеомиелита, актиномикоза, туберкулеза этой же локализации.

Лечение такое же, как при хроническом остеомиелите челюсти.

Осложнения вторичного кортикального остеомиелита челюсти бывают редко. Возможны повторные обострения, вовлечение в процесс новых участков кости, распространение гнойного процесса в прилежащие мягкие ткани и развитие абсцессов, реже — флегмон.

Прогноз благоприятный.

Медиастинит развивается на фоне распространенных флегмон: дна полости рта; окологлоточного, поднижнечелюстного и других пространств, когда, несмотря на проводимое лечение, воспалительный процесс прогрессирует, поражает боковые и передние отделы шеи. В других случаях наблюдается бурное и быстрое распространение гнойного процесса в глубокие отделы шеи. Различают передние, задние и диффузные медиастиниты.

Медиастинит возникает вследствие распространения гнойной инфекции по межмышечной и межфасциальной клетчатке из окологлоточного пространства по владалищу сосудисто-нервного пучка шеи в переднее средостение или от дна полости рта, корня языка через естественный барьер в области подъязычной кости в клетчаточное пространство между париетальными и висцеральными листками эндоцервикальной фасции шеи и вдоль трахеи в переднее средостение. Гнойный процесс, вследствие распространения вдоль предпозвоночной фасции, поражает заднее средостение. Диффузное распространение воспалительного процесса по межфасциальным щелям приводит к развитию тотального гнойного, нередко гнилостно-некротического медиастинита.

В настоящее время существует несколько классификаций медиастинита, но рекомендуется пользоваться классификацией, предложенной А. А. Вишневым и А. А. Адамяном (1977). Соответственно этой классификации выделяют острый серозный, острый гнойный и хронический медиастиниты.

Клиническая картина медиастинита характеризуется ухудшением общего состояния, повышением температуры тела до 39 - 40°C и более, появлением и прогрессированием нарушений гемодинамики и дыхания. Больного беспокоят самопроизвольные боли за грудиной, слабость, недомогание, головокружение, кашель, затрудненное дыхание. Первыми симптомами воспалительного процесса являются покашливание, одышка. Затем возникают боли за грудиной, усиливающиеся при наклоне или повороте шеи, затруднения при проглатывании пищи. Общее состояние бывает от средней тяжести до тяжелого и агонирующего. При обследовании отмечаются вынужденное положение больного — полулежа на боку или сидя с опущенной головой, приведенной к груди, тахикардия, повышенное или неустойчивое АД. Обращает на себя внимание учащенное поверхностное дыхание. Кожа холодная, бледная, сероватого цвета с желтушным оттенком, покрыта липким потом; на конечностях — «мраморные пятна», петехиальная сыпь, в области инъекций - обширные гематомы. Нередко наблюдаются бред, кома. При исследовании легких определяется жесткое дыхание и только у отдельных больных наблюдаются признаки очагового или диффузного воспаления легких, а также абсцедирования и гангрены легких. Наряду с симптомами распространенной флегмоны наблюдаются разлитая воспалительная инфильтрация передней или боковой поверхности шеи с развитием отека, гиперемия кожи передней поверхности грудной клетки. При медиастините появляется симптом Герке (запрокидывание головы вызывает усиление загрудинной боли), иногда — симптом Иванова (усиление боли за грудиной при смещении инфильтрата в верхнебоковом отделе шеи вверх), симптом Равич-Щербо (втяжение тканей при вдохе в области яремной впадины) и боли в области средостения при постукивании по пяткам вытянутых ног.

При рентгенологическом исследовании (в трех проекциях — переднезадней, боковой и косой), компьютерной томографии отмечается увеличение границ среднего средостения; на 5—8-й день заболевания — выпот в плевральной полости. Показатели гомеостаза и метаболизма соответствуют стадиям гнойно-септического заболевания — реактивной, токсической, терминальной. В первых двух стадиях выражен лейкоцитоз, наблюдаются резкий сдвиг лейкоцитарной формулы влево и увеличение СОЭ.

Диагностика медиастинита достаточно сложна. По длительности заболевания, наличию общих и местных симптомов целесообразно выделять реактивную, токсическую и терминальную фазы контактного медиастинита (М. А. Губин).

Лечение комплексное, включает предоперационную подготовку, хирургическую санацию гнойных очагов, вскрытие и дренирование средостения, послеоперационную терапию.

Хирургическое лечение должно быть срочным. Операции производят после кратковременной предоперационной подготовки, направленной на достижение устойчивого состояния систем жизнеобеспечения путем инфузионной терапии. Большое значение имеют повышение пропульсивной деятельности сердца, компенсация гиповолемии, коррекция водно-солевого обмена, нарушений КЩС крови и детоксикация организма. При медиастините верхних и средних отделов проводят шейную медиастинотомию по Разумовскому (в челюстно-лицевых отделениях многопрофильных больниц). При поражении нижнего отдела заднего средостения показана шейная медиастинотомия по Насилову. Шейную медиастинотомию с резекцией мечевидного отростка и сквозным дренированием средостения проводят при тотальном процессе (в торакальных или общехирургических гнойных отделениях с последующим лечением в реанимационных отделениях). По показаниям обязательна ревизия пораженных тканей лица и шеи.

Дренирование, промывание, диализ, отсасывание экссудата, лекарственные вещества применяют постоянно. Общее лечение — антибактериальную, дезинтоксикационную, метаболизирующую, иммуностимулирующую терапию, ГБО проводят дифференцированно в зависимости от фазы гнойного процесса. Хорошие результаты дают применение экстракорпоральной детоксикации — гемосорбции, плазмафереза и экстракорпоральное подключение донорской селезенки.

Прогноз при осложнении распространенных флегмон медиастинитом всегда серьезен для жизни больного. Развитие медиастинита может сочетаться с сепсисом, что еще более усугубляет исход болезни.

Тромбофлебит лицевых вен, тромбоз пещеристого синуса твердой мозговой оболочки, менингит, менингоэнцефалит, абсцесс мозга. Распространенные флегмоны подвисочной и крыловидно-небной ямок, подглазничной области, глазницы, а также дна полости рта могут осложняться тромбозом лицевых вен с последующим распространением гнойной инфекции в пещеристый синус твердой мозговой оболочки. Это осложнение часто развивается при фурункулах, карбункулах лица, гнойных пансинуситах.

Предпосылкой для развития этого осложнения является анатомическая связь глубоких вен лица, петель крыловидного венозного сплетения с венами глазницы, в том числе глубокими, и твердой мозговой оболочки. Отток крови из глазницы происходит через угловую и лицевую вены, ответвления которых связаны с мелкими венами лица — носа, щек, верхней и нижней губ, подбородка и др.

Тромбофлебит лицевых вен характеризуется ухудшением общего состояния, высокой температурой тела, ознобом и увеличением степени интоксикации. На лице по ходу угловой или лицевой вены появляется болезненный инфильтрат, покрытый гиперемированной, иногда цианотичной и спаянной с подлежащими тканями кожей. Выражен отек окружающих тканей, видны расширенные подкожные вены. У некоторых больных наблюдается быстрое и подчас молниеносное течение процесса с развитием тромбоза пещеристой пазухи твердой мозговой оболочки, менингита, менингоэнцефалита, сепсиса.

Тромбоз пещеристого синуса твердой мозговой оболочки характеризуется увеличением локальных жалоб и усилением головной боли, более в лобной области, ухудшением общего состояния, повышением степени интоксикации. Состояние больного тяжелое, температура тела интермиттирующего типа, достигает 40°C, отмечаются резкие ознобы. При распространенной флегмоне, карбункуле, синусите усиливаются боли в области глаз, хемоз конъюнктивы, коллатеральный отек тканей глазницы. Последний переходит на противоположную сторону лица. На фоне экзофтальма появляются офтальмоплегия, гиперемия, застойные явления (обнаруживаются при исследовании глазного дна). В дальнейшем может снижаться острота зрения вплоть до частичной или полной потери его, возможна ригидность мышц затылка. При развитии тромбоза пещеристого синуса твердой мозговой оболочки на фоне фурункула, карбункула лица заболевание отличается более быстрым и бурным течением, нередко осложняющимся менингитом, менингоэнцефалитом, абсцессом мозга, сепсисом. Ранними симптомами тромбоза пещеристого синуса твердой мозговой оболочки являются отек и цианоз лица, слизистой оболочки губ, конъюнктивы.

Менингит. Менингоэнцефалит. Абсцесс мозга. Дальнейшее распространение инфекции при тромбозе пещеристого синуса твердой мозговой оболочки и развитие менингита, менингоэнцефалита характеризуется усилением головной боли, появлением тошноты, рвоты, нарушением сознания. При обследовании больного обнаруживаются положительные симптомы Кернига, иногда — Бабинского или Оппенгейма. Заболевание имеет нередко агрессивное течение и может осложняться потерей сознания, очаговыми симптомами, гемодинамическими изменениями. При распространенных

флегмонах лица, поражении клетчатки глазницы, остеомиелите чешуи височной кости гнойная инфекция может распространяться в мозг, что ведет к образованию абсцесса.

Абсцесс мозга. Первые симптомы абсцесса мозга могут не иметь яркой клинической картины. К проявлениям одонтогенного заболевания присоединяется головная боль (энцефалитическая стадия). В дальнейшем отмечается отсутствие регресса воспалительных явлений распространенной флегмоны или остеомиелита, наблюдается общее недомогание, усиливается головная боль, появляются тошнота и рвота (латентная стадия). Эти симптомы могут наблюдаться довольно длительное время. Прорыв гноя из участка мозга под оболочки мозга или в мозговые желудочки проявляется резким ухудшением состояния больного, неадекватным поведением и развитием токсико-инфекционного синдрома (терминальная стадия). Симптомы декомпенсации систем жизнеобеспечения, усугубляющие тяжелое состояние больного, паралич дыхательного центра могут явиться причиной смертельного исхода.

Диагноз достаточно сложен. Клинические данные, лабораторные показатели септического гнойного заболевания (лейкоцитоз до $20 \cdot 10^9$ /л, СОЭ до 40—60 мм/ч), обследование офтальмологом, невропатологом, данные компьютерной томографии помогают в диагностике заболевания и установлении его стадии.

Лечение комплексное и зависит от стадии заболевания. Интенсивную инфузионную терапию с включением антибактериальных, десенсибилизирующих, дезинтоксикационных, дегидрационных, антикоагуляционных лекарственных препаратов сочетают с реанимационными мероприятиями. Применяют гемосорбцию, плазмаферез, лимфосорбцию, подключение донорской селезенки. В динамике контролируют лабораторные показатели крови, мочи, иммунитета, свертывающей системы, метаболического обмена, показатели систем жизнеобеспечения и соответственно корректируют лечение.

В хирургическом лечении обращают внимание на достаточность ранее проведенных оперативных вмешательств, дополняют его диализом, отсасыванием экссудата, целенаправленно подбирают лекарственные вещества для местной терапии.

Прогноз при распространенных флегмонах лица, фурункулах, карбункулах, осложненных тромбозом пещеристого синуса твердой мозговой оболочки, очень серьезен для жизни больных. Заболевание может осложняться менингитом, менингоэнцефалитом, абсцессом мозга, сепсисом. Прогноз при менингите, менингоэнцефалите, абсцессе мозга крайне серьезен.

Сепсис. Прогрессирование гнойно-некротического воспалительного процесса лица и шеи, появление осложнений — медиастинита, тромбоза пещеристого синуса твердой мозговой оболочки, менингита, менингоэнцефалита могут вести к генерализации инфекции и развитию сепсиса. Сепсис как осложнение одонтогенной инфекции развивается в терминальной фазе распространенных флегмон, при диффузных остеомиелитах челюстей, тромбозе вен лица и пещеристого синуса твердой мозговой оболочки.

Выделяют следующие стадии сепсиса: гнойно-резорбтивную лихорадку, начальную стадию сепсиса, септицемию, септикопиемию и хронический сепсис (А. Г. Шаргородский).

Гнойно-резорбтивная лихорадка характеризуется многообразием жалоб, нарастанием общей слабости, появлением бессонницы, головной боли, озноба, потерей аппетита. Местная картина соответствует основному прогрессирующему гнойному заболеванию, не имеющему положительной динамики при адекватной местной и общей терапии.

Ухудшение общего состояния, обнаружение в крови микробной флоры, несмотря на проводимое лечение, свидетельствуют о начальной фазе сепсиса. Состояние больного тяжелое или крайне тяжелое, он возбужден, эйфоричен или сознание его затемнено. Температура высокая — 39 - 40°C. Кожные покровы бледные, холодные, с землистым оттенком, покрыты липким потом, иногда имеют желтушный цвет, появляются петехии, эритемы, подкожные кровоизлияния на месте бывших инъекций.

Если, несмотря на проводимое лечение, симптомы интоксикации не снижаются, гнойные очаги в челюстно-лицевой области и внутренних органах не обнаруживаются, а из крови высеивают патогенные микробы, то можно говорить о септицемии (токсическая фаза). Характерны прогрессирование общих признаков болезни, появление симптомов поражения внутренних органов — легких, печени, почек, сердца (миокарда) и др., которые преобладают над местными проявлениями распространенного гнойного процесса.

У отдельных больных наступает ослабление общих и местных симптомов болезни. Это характерно для следующей стадии сепсиса — септикопиемии. В таких случаях при обследовании внутренних органов больного обнаруживаются расширение границ сердца, глухие тоны, в легких —

жесткое дыхание, хрипы; увеличение печени и болезненность в области ее нижнего края. Наблюдаются изменения крови и мочи соответственно показателям терминальной фазы: диспротеинемия, гиперкоагуляция, расстройство электролитного баланса, КЩС.

В ранних стадиях сепсис может осложняться септическим (эндотоксическим) шоком, при котором нарушаются многие системы жизнеобеспечения. В этот период может развиваться острая дыхательная недостаточность, которая характеризуется резким ухудшением общего состояния, нарастанием слабости, ознобом; чувство беспокойства сменяется страхом, затемнением сознания. Усиление головной боли сочетается с нехваткой воздуха и одышкой (компенсированная форма).

Декомпенсированная форма дыхательной недостаточности отличается усугублением течения септического гнойного процесса: состояние крайне тяжелое, сознание спутанное или отсутствует, выраженная бледность кожных покровов, цианоз слизистых оболочек, АД неустойчивое с тенденцией к снижению, тахикардия до 120 ударов в минуту.

Хронический сепсис наблюдается в более поздних стадиях болезни и характеризуется нарастанием признаков токсемии, резким изменением компенсаторных функций органов и систем жизнеобеспечения. В этот период снижается температура тела, появляется резкая тахикардия, падает АД, возникают гиповентиляционная гипоксия, анурия. Обычные изменения свертывающей системы крови, метаболического обмена сменяются лейкопенией, анемией.

Диагноз основывается на клинической картине, лабораторных данных (нередко повторных).

Лечение. Большое значение имеют правильное хирургическое лечение и патогенетически обусловленная терапия. Общее лечение определяется стадией заболевания — реактивной, токсической, терминальной. Проводят интенсивную терапию, реанимационные мероприятия, по показаниям — гемо- и лимфосорбцию, плазмаферез, подключение донорской селезенки (см. Общие принципы лечения абсцессов, флегмон и их осложнений).

Прогноз серьезен. В 50% случаев наступает смерть.

Принципы лечения воспалительных процессов челюстно-лицевой области

Хирургический метод лечения при абсцессах и флегмонах является основным. Необходимо провести первичную хирургическую обработку гнойного очага. Лечение больных с абсцессами, как правило, проводят амбулаторно. При локализации гнойного процесса в жевательной мышце, крыловидно-нижнечелюстном пространстве, подвисочной ямке, височной области больных с сопутствующими заболеваниями старшей возрастной группы лечат в условиях стационара.

При хирургическом лечении следует учитывать стадию клинического развития воспалительного процесса, протяженность патологических изменений и их характер, индивидуальные особенности организма, а также особенности микробной флоры и ее чувствительность к антибактериальным препаратам.

В стадии отека и серозной инфильтрации (целлюлит) хирургическое лечение должно быть направлено на ограничение зоны воспалительных изменений тканей. Оно заключается во вскрытии воспалительного инфильтрата, снятии напряжения тканей и создании оттока из них, проведении тримекаиновых, лидокаиновых или новокаиновых блокад с антибиотиками, ферментами и другими средствами в окружности пораженных тканей. Одновременно создают отток экссудата от зуба консервативными методами или по показаниям удаляют его.

В стадии некроза и гнойного расплавления тканей проводят первичную хирургическую обработку гнойной раны: вскрытие гнойных очагов некротомию, создают широкий отток для экссудата, осуществляют лекарственное воздействие на рану. При создании оттока из гнойных очагов используют различные методы дренирования, разные способы местного диализа, прерывистое или постоянное отсасывание экссудата, промывание, орошение, повязки и др.

Особое внимание требуется при хирургическом лечении распространенных флегмон, особенно гнилостно-некротических, когда первичная обработка гнойных очагов дополняется активной, нередко неоднократной некротомией.

Выбор метода обезболивания зависит от характера воспалительного процесса (абсцесс, флегмона, распространенная флегмона), функционального состояния организма и условий проведения операции. Оперативное вмешательство при абсцессах, флегмоне в пределах одной анатомической области проводят под местным обезболиванием после соответствующей медикаментозной подготовки. Околочелюстные флегмоны в 2—3 областях и более вскрывают чаще под наркозом или под комбинированной общей анестезией с использованием седуксена, кетамина,

сомбревина. Обязательна кратковременная предоперационная подготовка, направленная на дезинтоксикацию.

При проведении общего обезболивания большое значение имеет локализация гнойного очага. Воспалительный процесс в области дна полости рта, корня языка, окологлоточного пространства, а также вовлечение в воспалительный процесс жевательных мышц ограничивают применение наркоза.

У пациентов с сопутствующими заболеваниями целесообразно провести коррекцию функции органов, систем организма и использовать сочетание местной анестезии с общей (закрытием азота или пентраном). Общие анестетики применяют в субнаркологических концентрациях.

Ткани рассекают, руководствуясь анатомическими особенностями той области, где производится вмешательство, и эстетическими правилами: разрезы на лице через кожу производят соответственно ходу ветвей лицевого нерва; целесообразно проводить разрезы по ходу естественных кожных складок, под краем нижней челюсти. Необходимо знать расположение каждого слоя тканей, подлежащих рассечению, особенно при оперативном вскрытии глубоко расположенных гнойных очагов.

Для достаточного оттока экссудата и предупреждения слипания краев рану дренируют резиновыми, полихлорвиниловыми трубками различного диаметра с перфорированными отверстиями и заостренными концами или полосками перчаточной резины. Целесообразно применение влажных повязок с гипертоническим (10%) раствором хлорида натрия, а также растворов слабых антисептиков (0,4% раствор этикридина лактата, 1—2% растворы хлорамина, хлорфилипта, 0,1% раствор фурагина и др.). Можно рекомендовать введение антибактериальных препаратов (0,1—1% раствор диоксида, 2% спиртовой раствор грамицидина С, неомицин в комплексном препарате «Лизосорб»), марлевых выпускников, обильно пропитанных 2% взвесью тетрациклина гидрохлорида в растительном масле или 10% эмульсией синтомицина во вскрытую гнойную полость, а также промывание раны стафилококковым или стрептококковым бактериофагом или их сочетанием, стафилококковой плазмой, ферментами, особенно протеолитическими препаратами пролонгированного действия, сорбентами или введение их в рану.

При гнилостно-некротическом процессе хорошие результаты дает повторное орошение всех участков раны 3% раствором перманганата калия, а затем раствором перекиси водорода. После этого накладывают влажную повязку с гипертоническим раствором хлорида натрия. Однако действие этих препаратов кратковременное и более эффективны хлоргексидин, грамицидин С.

Классическую схему оперативного лечения — первичной обработки гнойной раны — дополняют методы активного дренирования, различные методы местного диализа, отсасывания экссудата. При диализе используют растворы хлорида натрия, 4—8 % раствор бикарбоната натрия, антисептики, антибиотики, детергенты, ферменты, раствор Рингера, кокарбоксиллазу, витамины С и группы В, аминокислоты.

Активный местный диализ (непрерывный или фракционный) гнойной раны проводят с учетом фаз воспаления и при соответствующем лекарственном воздействии на раневую процесс, что позволяет регулировать его течение.

В I фазе — воспаления — проводится механическая, физико-химическая и химико-биологическая антисептика, во II фазе — пролиферации и регенерации — химико-биологическая и биохимическая санация раны; в III фазе — реорганизации и формирования рубца — лечебные мероприятия направлены на стимуляцию репаративной регенерации в ране.

Программу комплексной терапии рекомендуется составлять в зависимости от типа воспалительной реакции, распространенности гнойного процесса, состояния защитных реакций организма.

Удаление зуба, сопряженное в некоторых случаях (при флегмоне) с трудностями, легко выполнить спустя несколько дней после вскрытия околочелюстного гнойного очага. При значительных изменениях в околоверхнечелюстных тканях удаляемого зуба, устанавливаемых на рентгенограмме, вскрытие и выскабливание костных очагов показаны после предварительного отслаивания мягких тканей и трепанации стенки альвеолярного отростка.

При общей патогенетической терапии флегмон и абсцессов нужно предусматривать: 1) борьбу с инфекцией; 2) повышение иммунобиологических свойств организма, общеукрепляющее воздействие на организм; 3) коррекцию функций органов и систем.

Построение схем лечения абсцессов и флегмон должно основываться на функциональном состоянии организма и на характере воспалительной реакции — нормергической, гиперергической, гипергической, местных особенностях и локализации воспалительного очага или очагов. Особое

внимание уделяется коррекции противоинфекционных защитных реакций у пациентов с первичными или вторичными иммунодефицитными заболеваниями и состояниями.

При абсцессах с нормергической воспалительной реакцией применяют антибиотики, сульфаниламиды, нитрофураны, десенсибилизирующие и общеукрепляющие средства. У отдельных больных с абсцессами щечной области, челюстно-язычного желобка индивидуально решают вопрос о применении только сульфаниламидов и комплекса противовоспалительных и десенсибилизирующих препаратов.

Лечение абсцессов с гипергической воспалительной реакцией начинают со стимулирующей, общеукрепляющей, активной иммунотерапии.

При нормергическом течении окологлоточных флегмон в пределах одного — двух клетчаточных пространств требуются антибактериальная, десенсибилизирующая, общеукрепляющая и симптоматическая терапия, индивидуальное закрепление эффекта лечения иммунными препаратами.

При гипергическом течении флегмон в пределах одного — двух клетчаточных пространств лечение начинают с общеукрепляющей, десенсибилизирующей терапии, назначения индивидуально подобранных иммунокорректоров, и на завершающем этапе проводят антибиотикотерапию (с учетом выделенных микробных возбудителей и их чувствительности).

При распространенных флегмонах, характеризующихся гиперергической воспалительной реакцией, комплексная терапия строится в зависимости от длительности заболевания, стадии прогрессирующего гнойного процесса — реактивной, токсической или терминальной. В зависимости от этого проводят предоперационную подготовку.

В реактивной фазе в ходе предоперационной подготовки предусматривается коррекция избыточных защитных реакций и гиповолемии. С этой целью применяют наркотические (1—2% раствор промедола или омнопона — 1—3 мл) и ненаркотические средства (25—50% раствор анальгина, баралгина — 1—3 мл), анальгетики, гипосенсибилизирующие, нейролептические и транквилизирующие препараты (1% раствор димедрола — 1—2 мл), дроперидол (0,25% раствор — 1—2 мл), глюкокортикоидные гормоны (суспензия гидрокортизона — 25—75 мг). Препараты вводят внутримышечно. Для внутривенного введения используют плазмозаменители солевых и глюкозированных растворов (из расчета 15—25 мл/кг массы тела).

В токсической фазе предоперационная подготовка заключается в увеличении объема циркулирующей крови и снижении интоксикации. С этой целью вводят 400—500 мл одного из плазмозаменителей (полиглюкин, реополиглюкин, гемодез), 100—200 мл альбумина или протеина, 500—1000 мл 10% раствора глюкозы с адекватным количеством инсулина, 500—1000 мл раствора электролитов (25—35 мл/кг массы тела). Дополнительно применяют гипосенсибилизирующие средства, анальгетики, нейролептические средства (внутримышечно).

Одновременно с указанными препаратами вводят 0,06% раствор коргликона — 1 мл, кокарбоксилазу — 10—20 мг внутривенно, АТФ — 1—2 мл и 20% раствор камфоры — 2—3 мл внутримышечно. При капельном введении 400—500 мл полиглюкина, гемодеза осуществляется дезинтоксикационное и реологическое действие реополиглюкина. Вводят 10—20% раствор глюкозы (1000—1500 мл) с инсулином и раствор электролитов (800—1000 мл).

В состав инфузионной среды включают 5—10 мл витамина С, 5—10 мл панангина, 25—75 мг гидрокортизона, 10—15 ЕД гепарина.

При поступлении больного (до получения антибиотикограммы) назначают антибиотики широкого спектра действия или их сочетания с учетом синергизма действия препаратов (полусинтетические пенициллины, производные метронидазола, линкомицин, тетрациклин).

После проведения антибиотикограммы препараты назначают с учетом чувствительности к ним микробных возбудителей, синергизма, антагонизма химиопрепаратов (полусинтетические пенициллины — ампициллин, карбенициллин, оксациллин, стрептомицин, макролиды, эритромицин, олеандомицин, сульфаниламиды, фурановые препараты). Для профилактики побочного действия антибиотиков целесообразно назначение противогрибковых препаратов — нистатина, леворина.

Исследование микробной флоры проводят каждые 3—4 дня. Курс лечения антибактериальными препаратами не менее 6—8 дней.

При лечении распространенных флегмон согласно антибиотикограмме проводят смену антибиотика, используя азлоциллин, левомецетин, гентамицин, неомицин, клиндамицин, линкомицин или препараты резерва — фосфомицин, цефалоспорины, рифампицин, ристомидин, флоримицин, ванкомицин, бруломицин. Препараты вводят внутримышечно, внутривенно или внутриартериально. Применяют также препарат метронидазола — 0,5% раствор метрагила. В

зависимости от дальнейшего течения гнойного воспалительного заболевания и эффекта антибактериальной терапии проводят коррекцию ее, учитывая: а) динамику общей и местной симптоматики процесса; б) данные повторных микробиологических исследований, в том числе изменения резистентности и лекарственной устойчивости микробных возбудителей; в) появление новых видов возбудителя или «больничной инфекции».

При тяжелом течении инфекционно-воспалительного заболевания вводят внутриаартериально антибиотики — ежедневно или через день, всего 6—8—10 введений (катетеризация поверхностной височной или лицевой артерии, а также общей сонной артерии). Перед введением антибиотика фракционно вводят 10—15 мл 0,25% раствора новокаина, 25 000 ЕД трасилола или контрикала, 12,5—25 мг гидрокортизона, 5000—10 000 ЕД гепарина.

Одновременно, как уже указывалось, назначают общеукрепляющую, ферментную терапию, биологически активные препараты.

При лечении гнилостно-некротической флегмоны, сопровождающейся выделением анаэробных микробов, введение препаратов метронидазола дополняется внутримышечными или подкожными инъекциями смеси сывороток против основных анаэробов (сыворотка вводится в 3 приема по инструкции). Для выведения из организма продуктов распада токсинов необходим строгий контроль за достаточным поступлением в организм жидкости. При болезненном или затрудненном глотании показано введение жидкости до 1—1,5 л через прямую кишку в виде капельных клизм (60—80 капель в минуту). Вводят 0,85% раствор хлорида натрия, 5—5,5 раствор глюкозы, 8—8,5% раствор тростникового сахара, 2,5% раствор хлорида кальция.

При распространенных флегмонах у больных с сенсбилизацией к стафилококку, у страдающих аллергическими заболеваниями следует следить за побочными реакциями при назначении лекарственных препаратов: сульфаниламидов, антибиотиков, анальгетиков и др. Число перекрестных аллергических реакций у таких больных увеличивается во много раз. Им назначают антигистаминные препараты, кровезаменители, витамины.

Применение антигенных стимуляторов позволяет повышать иммуногенез и неспецифическую реактивность организма. Коррекция иммуногенеза возможна только при учете функциональных резервов организма. При компенсированных состояниях систем жизнеобеспечения организма назначают стафилококковый анатоксин, левамизол, Т-активин и др. Лицам с распространенными флегмонами, для которых характерна гиперергическая реакция организма, при флегмонах, сопровождающимися гиперергической (до энергической) реакцией организма, особенно при некоторых тяжелых общих заболеваниях, антигенные стимуляторы не показаны. Для коррекции иммунитета при особо тяжелом течении флегмон эффективны гормоны надпочечника — преднизон, преднизолон. Введение этих гормонов необходимо сочетать с применением антибиотиков.

Программа комплексной терапии перед операцией и после нее обеспечивала активную профилактику срыва процессов компенсации в реактивной и токсической фазе распространенных флегмон и устранение симптомов декомпенсации в терминальной фазе. В таких случаях лечение должно осуществляться в отделениях реанимации при совместных консультациях и наблюдении хирургом-стоматологом, невропатологом, офтальмологом, оториноларингологом и общим хирургом.

Особые трудности представляет лечение больных с распространенными флегмонами, осложненными медиастинитом, тромбозом сосудов лица и мозга, синусов твердой мозговой оболочки, сепсисом. Следует уделять особое внимание пациентам с общими заболеваниями (диабет, сердечно-сосудистая недостаточность, геморрагические диатезы, тяжелые аллергические заболевания или реакции). Этим больным с момента поступления в клинику необходимо проводить интенсивную терапию, направленную на регуляцию функции дыхания, кровообращения, обмена, нервной и эндокринной систем.

Эффективно применение по показаниям гемосорбции, плазмафереза, лимфосорбции, подключение донорской селезенки. Комплексность лечения и проведение реанимационных мероприятий позволяют добиться выздоровления у тяжелобольных, подчас безнадежных. В комплексном лечении используют физические методы. В начальных стадиях развития воспалительных явлений назначают УФО, УВЧ, излучение гелий-неонового лазера.

После вскрытия гнойных очагов, чаще после прекращения гноетечения из раны, применяют УФО, УВЧ, ультразвук, флюктуоризацию, электрофорез антибиотиков, ферментов, излучение гелийнеонового лазера. Физические методы воздействия в послеоперационном периоде сочетают с общим кварцевым облучением и гипербаротерапией от 5 до 10 сеансов.

При обратном развитии воспалительного процесса, особенно при локализации гнойных очагов в области мышц, назначают лечебную физкультуру, которая улучшает кровоснабжение тканей, способствует восстановлению функций и, таким образом, ликвидации процесса.

Больные должны получать полноценное питание. При затрудненном открывании рта и болезненном глотании пищу следует измельчать до кашицеобразного состояния; для введения пищи через поильник ее разбавляют бульоном или молоком. Больной должен получать достаточное количество витаминов, особенно С и группы В.

Достаточное хирургическое вмешательство, хороший отток экссудата из инфекционно-воспалительных очагов, целенаправленное местное лекарственное воздействие создают условия для очищения раны или ран. В случае прекращения гноетечения и очищения раны от некротических тканей на 3—5-е сутки при абсцессах или на 5—6-е сутки при флегмонах одной — двух областей лица накладывают первично-отсроченные швы; в сроки от 7—8-го до 10—14-го дня — вторичные швы при распространенных флегмонах лица и шеи. В более поздние сроки вторичные швы накладывают у больных с сопутствующими заболеваниями, у старшей возрастной группы — при развитии осложнений окологлазничных флегмон (прогрессирование инфекции, восходящее или нисходящее распространение ее, вторичный кортикальный остеомиелит).

Первично-отсроченные или вторичные швы накладывают под местной инфильтрационной анестезией, у отдельных больных с премедикацией. После обычной обработки тканей, удаления избыточных грануляций сближают края раны швами с большими промежутками (0,6—1 см). При наложении первично-отсроченных швов оставляют в ране диализационные отсасывающие трубки или вводят дренажи из перчаточной резины. В зависимости от регресса воспалительных явлений дренажи удаляют на 2—3-й день, диализ и отсасывание экссудата прекращают на 3—4-й день, швы снимают на 7—8-й день. В послеоперационном периоде продолжают по показаниям общеукрепляющее, стимулирующее лечение, иммуномодулирующую терапию, применяют физические методы и ЛФК.

Прогноз. При своевременном и правильном лечении флегмон челюстно-лицевой области и шеи прогноз в основном благоприятный. Развитие осложнений — медиастинита, внутричерепных гнойных процессов, сепсиса — ведет к длительной нетрудоспособности, инвалидности и нередко — к летальному исходу.

4. ПЛАН И ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА УЧЕБНОГО ЗАНЯТИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ.

№ п/п	Этапы занятия	Распределение времени	Виды контроля	Средства учебы
1.	Подготовительный этап	15 мин.	Устный опрос за перечнем вопросов. Письменное тестирование.	Компьютер (ноутбук). Мультимедийные методические разработки. Анатомические муляжи. Видео- и фотоматериалы. Электронные справочники. Рентгенограммы, ортопантограммы, томограммы. Набор инструментария. Результаты лабораторных, цитологических и гистологических исследований.
1.1	Организационные вопросы			
1.2	Формирование мотивации			
1.3	Контроль начального уровня подготовки (стандартизированные средства контроля)			
2.	Основной этап (указать все виды работ, которые выполняют студенты во время этого этапа).	60 мин.	Практический тренинг. Решение клинических задач. Создание алгоритмов врачебных действий, профессиональный тренинг.	
3.	Заключительный этап	15 мин.	Тестирование. Практические задания. Ситуационные и нетипичные задачи. Устный опрос.	
3.1	Контроль конечного уровня подготовки			
3.2	Общая оценка учебной деятельности студента			
3.3	Информирование студентов о теме следующего занятия			

4.5. Виды самостоятельной работы студентов.

1. Выучить такие вопросы ($\alpha=I$):

- 1.1. Клинические проявления флегмон окологлоточного пространства, языка и шеи.
- 1.2. Принципы хирургического лечения флегмон челюстно-лицевой области и шеи.

2. Тестовые задания с одним правильным ответом ($\alpha=II$):

2.1. Укажите симптом характерный для флегмоны окологлоточного пространства:

- A. Онемение нижней губы на стороне поражения.
- B. Парез краевой ветви лицевого нерва.
- C. Снижение зрения.
- D. Затруднённое глотание.
- E. Ограничение движений языка.

(Правильный ответ: D)

2.2. Осиплость голоса характерна для флегмоны:

- A. Крыловидно-нижнечелюстного пространства.
- B. Окологлоточного пространства.
- C. Субмассетериального пространства.
- D. Поднижнечелюстного треугольника.
- E. Челюстно-подъязычного желобка.

(Правильный ответ: B)

2.3. Появление пятен или пузырей на коже характерно для флегмоны:

- A. Окологлоточного пространства.
- B. Корня языка.
- C. Гнилостно-некротической дна полости рта.
- D. Височной области.
- E. Щёчной области.

(Правильный ответ: C)

3. Тестовые задания с множественным выбором:

3.1. Укажите симптомы характерные для флегмоны корня языка:

- A. Невнятная речь.
- B. Инфильтрат под углом нижней челюсти.
- C. Невозможность глотания.
- D. Паралич подъязычного нерва.
- E. Резкое ограничение движений языка.

(Правильный ответ: A, C, E)

3.2. Укажите симптомы характерные для флегмоны окологлоточного пространства:

- A. Выраженное сведение челюстей.
- B. Затруднённое глотание.
- C. Выбухание боковой стенки глотки к средней линии.
- D. Гиперемия тканей в области крыло-нижнечелюстной складки.
- E. Парез лицевого нерва на стороне поражения.

(Правильный ответ: A, B, C)

3.3. Какие из указанных симптомов встречаются при флегмоне дна полости рта:

- A. Нарушение дыхания.
- B. Осиплость голоса.
- C. Нарушение глотания.
- D. Резкое сведение челюстей.
- E. Паралич мышц мягкого нёба.

(Правильный ответ: A, B, C)

4. Задачи для самоконтроля:

4.1. У пациента, который предъявляет жалобы на невозможность глотания из-за боли, осиплость голоса, затруднённое открывание рта. При осмотре выявлено умеренное сведение челюстей, язык отёчен, резко ограничен в движениях (больной не может выдвинуть язык вперёд), отмечается резкая боль при давлении на корень языка. Какую локализацию гнойного процесса можно предположить?

(Ответ: абсцесс корня языка)

4.2. На приём к врачу обратился больной с жалобами на затруднённое открывание рта, боль при глотании, повышение температуры тела, общую слабость. Объективно: температура тела $38,7^{\circ}$,

отмечается болезненность при пальпации под углом нижней челюсти слева, открывание рта ограничено до 1,5 см. Боковая стенка глотки слева отчётна, гиперемирована, выбухает. Какой диагноз можно предположить в данном случае?

(Ответ: флегмона окологлоточного пространства слева)

4.3. Во время вскрытия флегмоны дна полости рта гноя в ране не оказалось, клетчатка серо-зелёного цвета, мышцы некротизированы, серого цвета. Из стенок раны выделяется жидкость с пузырьками газа, цвета мясных помоев с резко зловонным запахом. Какому типу флегмоны соответствует такая картина?

(Ответ: гнилостно-некротическая флегмона дна полости рта)

4.6. Перечень индивидуальных заданий. Не предусмотрено рабочей программой дисциплины.

4.8. Перечень теоретических вопросов к итоговому модульному контролю.

1. Границы окологлоточного пространства.
2. Клиника флегмон окологлоточного пространства.
3. Клиника флегмоны корня языка.
4. Клиника флегмоны дна полости рта.
5. Особенности клинического проявления флегмоны Жансуля-Людвига.
6. Осложнения флегмон дна полости рта, шеи и челюстно-лицевой области.
7. принципы хирургического лечения флегмон челюстно-лицевой области и шеи.
8. Медикаментозное лечение флегмон челюстно-лицевой области и шеи.

4.9. Перечень практических заданий и работ к итоговому модульному контролю.

1. Провести курацию больного с флегмоной челюстно-лицевой области или шеи.
2. Составить схему медикаментозного лечения гнилостно-некротической флегмоны дна полости рта.

6. ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература:

- 21.Бернадский Ю.И. Основы хирургической стоматологии. – Киев: «Вища школа», 1984. – 392 с.
- 22.Тимофеев А.А. Руководство по хирургической стоматологии и черепно-щелепно-лицевой хирургии, К., - 2000.
- 23.Шаргородский А.Г. Руководство к практическим занятиям по хирургической стоматологии. – М., - Медицина, 1976. – 248 с.
- 24.Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи//Под ред. А.Г.Шаргородского. – М., Медицина, 1985.
- 25.Кузин М.И., Костюченко Б.М. Раны и раневая инфекция//М., Медицина, 1981.

Дополнительная литература:

1. Бернадский Ю.И., Заксон М.Л., Козлюк В.И. Особенности клинического течения и лечения флегмон челюстно-лицевой области у лиц пожилого и старческого возраста /VII Всесоюзный съезд стоматологов (Тез. докл.) – М., 1981. – С. 63 – 64.
2. Биберман Я.М., Стародубцев В.С., Шутова А.П. Антисептики в комплексном лечении больных с околочелюстными абсцессами и флегмонами //Стоматология. – 1996, №6. – С. 25-27.Оперативная челюстно-лицевая хирургия. Под ред. Александрова А.М. – М. – 1986.
3. Груздев И.А. Острая одонтогенная инфекция. – М., Медицина, 1978.
- 4.Муковозов И.Н. Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний челюстно-лицевой области. – Л., Медицина, 1982.
- 5.Владиченкова Т.Н., Забелин А.С., Локтев Н.И. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи. Учебно-методическое пособие для студентов под ред. проф. А.Г.Шаргородского. Смоленск, 1986.

№ 13. Доброкачественные опухоли и кисты слюнных желёз. Пластическое устранение слюнных свищей. Сосудистые опухоли и родимые пятна. Иммунологическая концепция развития опухолей.

1.КОНКРЕТНЫЕ ЦЕЛИ:

- 1.1. Анализировать причины возникновения новообразований слюнных желёз.
- 1.2. Объяснять топографо-анатомические особенности больших и малых слюнных желёз.
- 1.3. Предложить план обследования больного с подозрением на наличие новообразования слюнной железы.
- 1.4. Классифицировать опухоли слюнных желёз.
- 1.5. Трактовать различные варианты хирургического лечения опухолей слюнных желёз.

- 1.6. Рисовать схему топографии лицевого нерва в толще околоушной слюнной железы.
 1.7. Проанализировать отдалённые результаты хирургического лечения смешанных опухолей.
 1.8. Составить план лечения больного с доброкачественной опухолью слюнной железы.

2. БАЗОВЫЙ УРОВЕНЬ ПОДГОТОВКИ.

Названия предыдущих дисциплин	Приобретённые навыки
1. Нормальная анатомия.	Знать особенности строения слюнных желёз.
2. Патологическая анатомия.	Знать гистологическое строение опухолей.
3. Пропедевтика хирургической стоматологии.	Уметь провести курацию больного с опухолью слюнной железы.
4. Общая онкология.	Составить план обследования больного с онкозаболеванием.

3. ОРГАНИЗАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА.

ОПУХОЛИ, ОПУХОЛЕПОДОБНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ И КИСТЫ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Опухоли, опухолеподобные поражения и кисты слюнных желёз составляют около 20% всех новообразований лица и челюстей.

Опухоли слюнных желёз. По гистогенезу различают эпителиальные и неэпителиальные опухоли слюнных желёз. Эпителиальные являются органоспецифическими и встречаются более чем в 98% случаев всех новообразований слюнных желёз.

Среди эпителиальных опухолей выделяют аденомы — полиморфную (плеоморфную) и мономорфную с ее разновидностями, мукоэпидермоидную опухоль, а также группу карцином — аденокистозную, эпидермоидную, карциному в полиморфной аденоме. Эти новообразования локализуются как в больших, так и в малых слюнных железах.

Неэпителиальные опухоли составляют более 1,5% всех опухолей слюнных желёз, развиваются из соединительнотканых элементов стромы железы, сосудов, нервов. По клинико-морфологической картине идентичны опухолям мягких тканей других локализаций.

К опухолеподобным поражениям слюнных желёз относят доброкачественное лимфоэпителиальное поражение, сиалоз и онкоцитоз.

Диагностика опухолей слюнных желёз основывается главным образом на клинических и (редко) рентгенологических данных. Морфологическую верификацию осуществляют путем цитологического исследования пунктата опухоли, при сомнительном диагнозе рекомендуют тотальную биопсию. Открытую биопсию больших слюнных желёз не применяют.

В дифференциальной диагностике используют контрастную сиалографию с йодолиполом или другими рентгеноконтрастными веществами. На сиалограмме при доброкачественной опухоли определяется заполнение контрастной массой всех протоков железы различного порядка. Однако в месте локализации опухоли они оттеснены в отличие от злокачественного новообразования, при котором отмечается дефект заполнения протоков, и последние выглядят как бы оборванными, срезанными. Кроме того, применяют метод двойного контрастирования — сиалографию с введением кислорода в окружающую клетчатку.

Полиморфная аденома (смешанная опухоль). Это доброкачественная опухоль — наиболее распространенная, встречается в 72% случаев всех эпителиальных опухолей слюнных желёз. По частоте поражения на первом месте стоит околоушная слюнная железа, на втором — слюнные железы неба, затем соответственно поднижнечелюстная, подъязычная и малые слюнные железы, железы губы, щеки, языка.

Полиморфная аденома растет безболезненно, медленно, в течение нескольких лет и может достигать больших размеров. При локализации аденомы в околоушной слюнной железе пареза мимической мускулатуры лица не наблюдается. При обследовании определяется опухоль в области слюнной железы, подвижная, часто с бугристой поверхностью. Консистенция ее плотноэластическая, иногда с участками размягчения за счет слизеподобного компонента. Кожа над ней не изменяется, свободно собирается в складку. Слюноотделительная функция пораженной железы обычно не страдает. Полиморфная аденома имеет капсулу, но может быть не полностью инкапсулирована, тогда опухолевые клетки проникают в прилегающую железистую ткань. Этим объясняются рецидивы опухоли после экстракапсулярного удаления. Иногда рост опухоли значительно ускоряется (в течение 1 мес), может появиться боль. Такие симптомы характерны для озлокачествления опухоли; в подобных случаях ее трактуют как карциному в полиморфной аденоме.

Диагноз опухоли уточняют цитологическим исследованием пунктата, который получают в игле в виде крошкообразной беловатой массы.

Макроскопически полиморфная аденома представляет собой опухоль в тонкой просвечивающейся капсуле, на разрезе в виде кашицеобразной массы бело-серого цвета с участками ослизнения и уплотнения.

Микроскопически опухоль, кроме выраженной эпителиальной ткани, имеет в своем составе мезенхимоподобные участки, состоящие из миксоидных или хрящеподобных структур, наличие которых объясняют накоплением мукоидного или гиалинового вещества между миоэпителиальными клетками.

Лечение хирургическое. При локализации опухоли в поднижнечелюстной и подъязычной слюнных железах опухоль удаляют вместе с железой. Опухоли, расположенные на небе, щеке, губах, языке, иссекают в пределах непораженных тканей. Особенность операции на околоушной слюнной железе связана с разветвлением лицевого нерва в толще железы. Характер и объем оперативного вмешательства зависят от размера и расположения опухоли. Во всех случаях необходимо иссекать опухоль с прилегающей железистой тканью. Некоторые авторы предлагают проводить экстракапсулярное удаление опухоли. При локализации опухоли в нижнем полюсе железы применяют резекцию этого отдела. Если опухоль занимает средний отдел и лежит в железе над ветвями лицевого нерва, показана субтотальная резекция железы в плоскости расположения ветвей лицевого нерва. Паротидэктомия с сохранением ветвей лицевого нерва проводят при поражении большей части железы и рецидиве опухоли, а также при опухоли глоточного отдела железы. Доступ к железе осуществляют двумя известными методами — Ковтуновича и Редона. Операцию в первом случае начинают с обнажения периферического отдела лицевого нерва (средней ветви), во втором — центрального ствола.

Мономорфная аденома. Эта доброкачественная опухоль встречается в среднем в 7% случаев всех опухолей слюнных желез. По клинико-рентгенологической картине сходна с полиморфной аденомой, однако рост ее более медленный. При пальпации поверхность ее гладкая, опухоль имеет выраженную капсулу.

Гистологически структура опухоли однородна, в ее составе в отличие от полиморфной аденомы отсутствует мезенхимоподобная ткань. Различают гистологические разновидности — аденолимфому, оксифильную аденому и другие типы.

При аденолимфоме больные нередко отмечают периодическое увеличение или уменьшение опухоли, что связано, по-видимому, с реакцией лимфоидного компонента стромы опухоли.

Лечение мономорфной аденомы хирургическое. Используют такие же оперативные методы, как при полиморфной аденоме. При локализации в околоушной слюнной железе, кроме резекции, иногда применяют экстракапсулярное удаление опухоли.

Мукоэпидермоидная опухоль. Эта опухоль характеризуется местным инфильтративным ростом. Часто поражает околоушную слюнную железу и малые слизисто-слюнные железы ретромолярной области и неба. Составляет около 8% всех опухолей слюнных желез.

Различают высокодифференцированный и низкодифференцированный варианты опухоли. Высокодифференцированная мукоэпидермоидная опухоль клинически протекает как полиморфная аденома, отличаясь от нее ограничением подвижности и спаянностью с кожей. Крайне редко метастазирует в регионарные лимфатические узлы. Низкодифференцированная опухоль имеет злокачественное течение, но отличается от рака сравнительно медленным ростом (до 2—3 лет), метастазирует лимфогенным путем.

Макроскопически опухоль серо-белого цвета с мелкими полостями, заполненными слизью. Микроскопически она характеризуется наличием клеток многослойного плоского эпителия и клеток, секретирующих слизь.

Лечение зависит от варианта опухоли. При высокодифференцированной опухоли применяют оперативные методы по типу резекции железы, используемые для полиморфной аденомы. Низкодифференцированная опухоль является радиочувствительной, лечение ее комбинированное — предоперационная лучевая терапия с последующим хирургическим иссечением. По показаниям применяют операции на лимфатическом аппарате шеи.

Опухолеподобные поражения слюнных желез проявляются в виде увеличения желез и дают клиническую картину, сходную с таковой опухолей. Различают доброкачественное лимфоэпителиальное поражение, сиалоз и онкоцитоз. При **доброкачественном лимфоэпителиальном поражении** отмечают припухлость желез и сухость в полости рта. Гистологически определяется атрофия железистой паренхимы с лимфоцитарной инфильтрацией. Такое поражение слюнных желез рассматривают как реактивное — проявление аутоиммунного или ревматоидного заболевания слюнных желез.

Сиалоз характеризуется двусторонним поражением околоушных, реже поднижнечелюстных слюнных желез. При длительном существовании сиалоз переходит в липоматоз желез. Гистологически отмечаются гипертрофия серозных ацинарных клеток, отек стромы, атрофия протоков, отсутствие воспалительной инфильтрации.

При **онкоцитозе** наблюдается диффузное увеличение желез. Гистологически определяют так называемые онкоциты — клетки, являющиеся результатом возрастного изменения железистого эпителия и протоков.

Лечение симптоматическое.

Кисты слюнных желез. Кисты могут развиваться в больших и малых слюнных железах. Часто причиной возникновения кисты большой слюнной железы является травма одного из мелких выводных протоков, а малой железы — травма основного протока, ведущая к рубцеванию его и задержке секрета. Скапливающееся содержимое сдавливает железистую паренхиму, в результате чего она атрофируется и образуется полость, выполненная жидкостью. Киста наблюдается преимущественно у лиц молодого и среднего возраста. Кисты малых желез составляют 95% поражений данной локализации, а больших слюнных желез — 11%. По частоте поражения на первом месте стоит малая слюнная железа губы, на втором — подъязычная железа, затем поднижнечелюстная и околоушная железы.

Слизистая ретенционная киста чаще образуется в малой слюнисто-слюнной железе нижней губы, реже — щеки, переднего отдела дна полости рта, нижней поверхности верхушки языка и неба. Преимущественная локализация на нижней губе связана с прикусыванием ее.

Киста располагается под слизистой оболочкой, имеет вид полушаровидного возвышения с четкими границами, размером от 0,5 до 2 см, с голубоватым оттенком. Иногда слизистая оболочка над ней белесоватого цвета, что обусловлено наличием рубцовых изменений вследствие травмы. Пальпаторно киста эластической консистенции с зыблением, безболезненная. Прокусывание слизистой оболочки над кистой может привести к опорожнению ее с выделением прозрачной тягучей жидкости. При инфицировании содержимого возникает воспаление.

Патогистологически стенка кисты представляет собой соединительную ткань с грануляциями, переходящую в фиброзную, иногда с внутренней стороны стенка частично выстлана многослойным плоским эпителием.

Слизистую ретенционную кисту необходимо дифференцировать от опухолей малых слюнных желез, которые встречаются реже, имеют эластическую консистенцию, иногда с бугристой поверхностью, без флюктуации. В некоторых случаях приходится дифференцировать ее от кавернозной гемангиомы, для которой характерны багрово-синюшная окраска, симптом наполнения.

Лечение заключается в удалении кисты. Проводят два сходящихся полуовальных разреза слизистой оболочки над кистой. Полутупым путем с помощью кровоостанавливающего зажима «москита» отделяют оболочку от окружающих тканей, соединительнотканые перемишки рассекают ножницами и кисту выделяют. Травмированные, выступающие из-под краев раны, мешающие ушиванию ее малые железы удаляют пинцетом или «москитом», причем каждую в отдельности и целиком. Использование для этих целей скальпеля может привести к их рассечению, неполному удалению и повторному возникновению кисты. Заканчивают операцию наложением кетгу-товых швов на слизистую оболочку.

Киста подъязычной слюнной железы (ранула). Эта киста располагается, как правило, в переднебоковом отделе дна полости рта вблизи уздечки языка. Клинически определяется в виде овальной формы выбухания, покрытого неизменной слизистой оболочкой либо просвечивающего голубоватым оттенком. Киста всегда связана интимно с одним из участков или всей подъязычной слюнной железой. Прежнее ее название ранула («лягушачья опухоль») определяется видом кисты, ее сходством с гортанным пузырем лягушки. Растет медленно, месяцами, не причиняет боли. При достижении значительного размера нарушается речь, затрудняется прием пищи. Иногда киста может распространяться за среднюю линию дна полости рта, смещая язык кзади или в поднижнечелюстную область. В последнем случае ее трудно дифференцировать от кисты поднижнечелюстной слюнной железы. Пальпаторно киста часто представляет собой образование с флюктуацией, иногда бывает более эластична. При прорыве оболочки из кисты обильно выделяется тягучая прозрачная жидкость, и она не контурируется. По истечении времени киста снова наполняется жидкостью и становится видимой.

Микроскопически кистозная жидкость содержит белковые субстанции (свертки) и иногда так называемые кистозные клетки, по-видимому, эпителиального происхождения.

Макроскопически оболочка кисты тонкая, голубовато-белого цвета. По своей микроструктуре она представляет собой фиброзную и грануляционную ткань, связанную с междольковыми соединительнотканными прослойками железы. Внутренняя выстилка оболочки редко имеет кубический или цилиндрический эпителий.

Диагностика кисты подъязычной слюнной железы обычно сложностей не представляет. Дифференцировать ее следует от кисты поднижнечелюстной слюнной железы, дермоидной кисты и сосудистых опухолей (лимфангиомы и гемангиомы), локализирующихся на дне полости рта.

Лечение. Учитывая тесную связь кисты с паренхимой железы, проводят полное удаление их. Рекомендованная ранее цистотомия имеет ограниченное применение вследствие частого развития рецидивов. Кисту подъязычной слюнной железы, распространяющуюся в нижнем отделе дна полости рта в виде песочных часов, оперируют двумя подходами: через разрез в поднижнечелюстном треугольнике перевязывают и удаляют нижний отдел ее, со стороны полости рта иссекают подъязычную железу с оставшейся частью кисты.

Киста поднижнечелюстной слюнной железы встречается значительно реже, чем ранаула. Располагается она в поднижнечелюстном треугольнике и представляет собой безболезненное образование мягкой консистенции. Растет медленно, выявляется случайно при обнаружении припухлости в поднижнечелюстной области. Большая киста прорывает челюстно-подъязычную мышцу или огибают ее сзади и распространяется в верхний отдел дна рта. В этих случаях определяется также выбухание ее в подъязычную область. Слюноотделительная функция железы не страдает.

Диагностика кисты поднижнечелюстной слюнной железы иногда затруднительна. Для уточнения диагноза используют пункцию: получение слизистой жидкости желтоватого цвета позволяет предположить наличие кисты.

Кисту поднижнечелюстной слюнной железы дифференцируют от лимфангиомы, липомы, боковой кисты шеи, дермоидной кисты.

Для определения топографии кисты применяют метод двойного контрастирования: цистографию и сиалографию. Различные проекции рентгенограммы позволяют определить соотношение кисты с железой.

Лечение. Кисту поднижнечелюстной слюнной железы удаляют вместе с железой.

Киста околоушной слюнной железы. Это редко встречающееся заболевание, локализуется в поверхностном и глубоком слоях железы, преимущественно в нижнем полюсе. Киста увеличивается медленно. Обнаруживают ее часто случайно.

Киста представляет собой ограниченную безболезненную припухлость в околоушной области мягкоэластичной консистенции. Кожа над кистой обычного цвета, собирается свободно в складку. Из протока железы выделяется неизменная слюна. Содержимым кисты является жидкость желтоватого цвета, иногда мутная, с примесью слизи. Гистологически стенки кисты околоушной слюнной железы не отличаются от стенок кист других слюнных желез.

Кисту околоушной слюнной железы дифференцируют от органоспецифических опухолей, липомы, сосудистых опухолей железы, а также от бранхиальной кисты, обусловленной патологией первой жаберной щели.

Лечение заключается в удалении кисты. Вследствие тесной связи оболочки кисты с паренхимой околоушной железы иссекают прилегающий отдел последней. Сложность операции связана с расположением ветвей лицевого нерва. Оперативный доступ к железе такой же, как при удалении доброкачественных опухолей околоушной слюнной железы.

ОПУХОЛИ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ

Сосудистые образования встречаются наиболее часто и составляют до 25% всех опухолей лица, органов полости рта и шеи и 65% опухолей мягких тканей. Локализуются они преимущественно на лице, вызывают косметические и функциональные нарушения органов лица и полости рта, иногда приводят к кровотечению. Среди образований из кровеносных сосудов выделяют доброкачественные опухоли: различные виды гемангиом, гломусную опухоль (гломангиому); опухолеподобные поражения: системный гемангиоматоз, «гемангиому» грануляционнотканевого типа (пиогенная гранулема); злокачественную опухоль — ангиосаркому.

Гемангиома. Это доброкачественное неотграниченное поражение, состоящее из кровеносных сосудов. Происхождение гемангиом до настоящего времени окончательно не выяснено. Большинство их относят к аномалиям развития кровеносных сосудов, небольшая часть представляет истинную опухоль, однако строго разграничить их между собой трудно.

Гемангиома чаще является врожденной, и по мере развития организма происходит ее увеличение. Иногда, располагаясь в глубине тканей, остается незамеченной и выявляется в поздние сроки жизни.

Гемангиома мягких тканей челюстно-лицевой области может сочетаться с поражением костей лицевого скелета. Она может приобретать инфильтративный характер с разрушением окружающих тканей и редко озлокачивается. У детей в течение первого года жизни врожденная гемангиома иногда подвергается обратному развитию. Среди гемангиом различают капиллярную, кавернозную, венозную, гроздевидную ангиомы и доброкачественную гемангиоэндотелиому.

Капиллярная гемангиома располагается чаще в щечной и подглазничной областях, реже — в других участках лица. Клинически проявляется в виде багрового плоского пятна с четкими границами. При надавливании на нее окраска резко бледнеет, иногда исчезает. Гемангиома поражает кожу и слизистую оболочку рта. Может прорасти подлежащие ткани.

Микроскопически гемангиома состоит из небольших сосудистых каналов капиллярного типа, выстланных одним слоем эндотелиальных клеток.

Сосудистую гемангиому дифференцируют от пигментного невуса, цвет которого не меняется при надавливании.

Кавернозная гемангиома лица встречается чаще других и составляет около 70% всех гемангиом. Иногда она имеет вид ограниченного небольшого образования синюшного цвета, мягкой консистенции. Распространенная форма кавернозной гемангиомы занимает несколько областей, вызывает обезображивание лица и деформацию органов полости рта. Определяется бугристая синевато-багрового цвета опухоль мягкой консистенции, безболезненная, в глубине которой могут прощупываться небольшие плотные включения — ангиолиты, проецирующиеся на рентгенограмме. Характерен симптом наполнения: надавливание на опухоль ведет к уменьшению ее за счет запустевания полостей, при наклоне головы отмечаются наполнение и увеличение размеров опухоли. Локализуясь на языке, губе, опухоль вызывает не только их деформацию, но и функциональные расстройства в виде затруднения жевания, смыкания губ, челюстей и т. д. При травмировании гемангиомы возможны воспаление и кровотечение. С целью определения распространения гемангиомы применяют ангиографию, которую проводят в специализированном учреждении. При пункции гемангиомы получают кровь, свободно поступающую в шприц. При цитологическом исследовании обнаруживают элементы периферической крови. Микроскопически кавернозная гемангиома состоит преимущественно из кавернозных сосудистых структур, выстланных одним слоем эндотелиальных клеток.

Венозная гемангиома сходна с кавернозной. Морфологическая картина характеризуется наличием преимущественно венозных сосудов среднего и крупного калибра. Возможно обнаружение элементов гладкой мускулатуры, фиброзной ткани и жира.

Гроздевидная (ветвистая) гемангиома отличается от кавернозной наличием пульсации опухоли. Микроскопически она представлена в виде извилистых толстостенных кровеносных сосудов венозного и артериального типов. Дифференцировать ее нужно от артериовенозной аневризмы.

Лечение. В клинике хирургической стоматологии применяют различные методы лечения в зависимости от вида, размера и локализации гемангиомы. Хирургический метод заключается в иссечении опухоли, прошивании ее, перевязке приводящих и отводящих сосудов. Склерозирующая терапия основана на развитии асептического воспаления в опухоли, ведущего к рубцеванию и запустеванию сосудистых полостей. Для лечения используют 2% раствор салицилового спирта или (чаще) 70% этиловый спирт. Спирт вводят в опухолевую ткань в количестве 5—90 мл в зависимости от размера гемангиомы, он попадает в просветы сосудов и вызывает тромбоз. После введения спирта накладывают давящую повязку. В течение последующих 6—8 дней наблюдаются отек и болезненный инфильтрат. Повторное введение спирта проводят не ранее чем через 2 нед после первой инъекции. В результате лечения опухоль уменьшается или полностью рубцуется. Существует способ введения спирта и промывание им кавернозной полости при условии зажима опухоли специальным инструментом. В настоящее время разрабатывается методика эмболизации сосудов гемангиомы.

Электрокоагуляцию опухоли производят с помощью электрокоагулятора, лучшие результаты наблюдаются при внутритканевой коагуляции биактивными электродами. Electroды в виде двух игл вводят так, чтобы небольшая гемангиома оказалась между ними. В случае большой опухоли вкол электродов осуществляется по периметру опухоли. При проведении коагуляции поверхностных гемангиом образуется струп и происходит эпителизация, при коагуляции глубоких гемангиом — некроз с асептическим воспалением, заканчивающийся рубцеванием. В последнее время широкое

распространение получило криовоздействие жидким азотом. Криодеструкция может быть осуществлена аппликационным методом и способом «открытой струи». При капиллярной гемангиоме криовоздействием достигают поверхностного некроза II степени отморожения с появлением пузырей. Впоследствии образуется струп, отпадающий к 10—14-му дню. В случае кавернозной ангиомы необходимо получить полный крионекроз, который отторгается через 2—3 нед, замещаясь нежным рубцом.

Для лечения гемангиом используют указанные методы не только изолированно, но и в комбинации.

При капиллярной, кавернозной и других видах гемангиом небольших размеров (в пределах 1—2 см) показаны их иссечение с ушиванием раны, проведение криодеструкции или электрокоагуляции. При обширной капиллярной гемангиоме, обезображивающей лицо, наиболее эффективно хирургическое иссечение с замещением дефекта свободным кожным аутоотрансплантатом. Иссечение распространенной кавернозной, гроздьевидной и других гемангиом может привести к обильному кровотечению. В этих случаях более предпочтительна склерозирующая терапия как самостоятельный метод либо в комбинации с последующим хирургическим вмешательством. Иногда перед введением спирта в гемангиому проводят перевязку приводящих и отводящих сосудов.

Кроме описанных методов, для лечения гемангиом используют лучевую терапию.

Системный гемангиоматоз — опухолеподобное заболевание, при котором наблюдается поражение одного или более органов и тканей. Сюда относят болезнь Рандю—Ослера—Вебера, проявляющуюся в виде множественных кровоточащих телеангиэктазий на слизистой оболочке полости рта, кожи лица и других участков, приводящих к гипохромной анемии.

Лечение симптоматическое. Кровоточащие телеангиэктазии коагулируют, иногда иссекают.

«Гемангиома» грануляционно-тканевого типа (**пиогенная гранулема**). Это опухолеподобное поражение, сравнительно часто встречается на слизистой оболочке полости рта, щек, языка, губ, подвергающейся травме. Оно обладает быстрым ростом, в течение 1—2 нед достигает высоты до 2—3 см. Это образование на ножке, бугристое, сине-багрового цвета, нередко с эрозивной поверхностью, покрытой фибриновым налетом. Основание не инфильтрировано. Микроскопически представляет собой дольчатую капиллярную гемангиому или грануляционную ткань, богатую сосудами, с элементами хронического воспаления и фиброза.

Лечение. Иссечение в пределах неповрежденных тканей.

ОПУХОЛИ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ СОСУДОВ

Новообразования лимфатических сосудов наблюдаются значительно реже, чем кровеносных. Среди них в мягких тканях челюстно-лицевой области развивается преимущественно доброкачественное образование — лимфангиома. Системный лимфангиоматоз и лимфангиосаркома отмечаются крайне редко. Заболевание обычно врожденного характера, иногда сочетается с гемангиомой.

Лимфангиома. Ее подразделяют на капиллярную, кавернозную и кистозную (гифому). Наиболее распространенной формой является кавернозная лимфангиома. Она локализуется часто в области щеки, губы, языка, иногда захватывает несколько областей и вызывает функциональные нарушения. Клинически похожа на гемангиому, однако цвет кожных покровов и слизистой оболочки остается неизменным. Лимфангиома часто воспаляется в результате травмы покрывающей ее слизистой оболочки и последующего инфицирования. Поражение губ ведет к макрохейлии, макроглоссии, при этом выражена складчатость языка, слизистая оболочка его становится зернистой и с пузырьковидными выростами. Пальпаторно измененные ткани плотные, болезненные в случае присоединения воспаления.

При пункции лимфангиомы в игле получают светлую жидкость, иногда мутноватую, часто с примесью крови.

Лечение хирургическое. Небольшие лимфангиомы удаляют целиком, при обширном поражении проводят поэтапное иссечение. Лимфангиому губ оперируют, как при двойной губе. При лимфангиоме языка отпрепаровывают пораженную слизистую оболочку в виде чулка, иссекают лимфангиоматозный подслизистый слой и избыток слизистой оболочки, рану ушивают.

Невус (родимое пятно). Это доброкачественное образование развивается из меланоцитов эпидермиса или дермы, бывает врожденным и приобретенным, часто множественным.

Клинически невус проявляется в виде плоского, приподнятого, гладкого или бородавчатого безболезненного образования. Он локализуется чаще на коже лица и шеи, может самостоятельно исчезать, а также озлокачествляться.

Гистологически различают следующие разновидности невусов: пограничный, сложный, внутридермальный, эпителиоидный, внутриклеточный, из баллонообразных клеток, галоневус, гигантский пигментированный, инволюционный, голубой и клеточный голубой.

Пограничный невус встречается редко (до 3,9%) и может переходить в сложный. Сложный невус имеет бородавчатый вид и иногда содержит волосы. Чаще (до 85%) наблюдается внутридермальный невус.

Эпителиоидный или веретенклеточный невус (юношеская меланома), — куполообразное новообразование на коже лица, встречается редко (1%), в основном у детей. Гистологическая картина такого невуса иногда напоминает меланому, хотя является разновидностью сложного невуса. Невус из баллонообразных клеток клинически проявляется в виде небольшого темно-коричневого узелка с ободком эритемы вокруг него.

Галоневус имеет такое название вследствие наличия депигментированного кольца вокруг узелка красно-коричневого цвета. Обычно это образование не превышает 0,5 см, возможна его спонтанная инволюция.

Гигантский пигментированный невус — врожденное образование, часто поражает лицо, волосистую часть головы (рис. 160). Иногда наблюдаются невусы-сателлиты. Такие невусы представляют собой темно-пигментированные волосатые образования, иногда узловатые, наиболее часто озлокачествляются в меланому.

Инволюционный невус (фиброзная папула носа) является результатом фиброзного перерождения невуса и представляет возвышающееся слабопигментированное образование вблизи крыльев носа.

Голубой невус — это образование в виде ограниченного узла размером до 1,5 см, цвет его соответствует названию. Клеточный голубой невус несколько сходен с голубым, однако может достигать размеров до нескольких сантиметров. Ввиду более тесного расположения многочисленных меланоцитов, что определяется микроскопически, он имеет интенсивную окраску, вплоть до черного цвета.

Невусы в виде плоских пигментированных пятен необходимо дифференцировать от капиллярной гемангиомы. При надавливании на невус изменения ее окраски не происходит, гемангиома кратковременно бледнеет.

Основные признаки озлокачествления невуса: увеличение размера его и степени пигментации, появление воспалительной реакции с гиперемией вокруг «языка пламени», кровоточивость, изъязвление, а также возникновение дочерних образований-сателлитов вокруг пигментированного пятна. Малигнизации часто способствуют травмирование, инсоляция невуса.

Лечение невуса хирургическое, зависит от его размера, локализации и клинических проявлений. Большой невус лица, ведущий к эстетическим нарушениям, иссекают с одномоментной пластикой местными тканями или пересадкой свободного кожного аутографта либо применяют поэтапное иссечение.

Невус, даже небольших размеров, подвергающийся постоянной травме (воротником, очками, расческой и др.), удаляют. При появлении признаков активизации роста невуса требуется дополнительная радиоизотопная диагностика, которая позволяет определить доброкачественность или злокачественность процесса. При сохранении доброкачественного характера невуса необходимо провести его иссечение, при этом границы операции должны быть расширены. В последние годы для лечения невусов стали широко использовать криодеструкцию.

4. ПЛАН И ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА УЧЕБНОГО ЗАНЯТИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ.

№ п/п	Этапы занятия	Распределение времени	Виды контроля	Средства учебы
1.	Подготовительный этап	15 мин.	Устный опрос за перечнем вопросов. Письменное тестирование.	Компьютер (ноутбук). Мультимедийные методические разработки. Анатомические муляжи.
1.	Организационные вопросы			
1.1	Формирование мотивации			

1.2.	Контроль начального уровня подготовки (стандартизированные средства контроля)			Видео- и фотоматериалы. Электронные справочники. Рентгенограммы, ортопантограммы, томограммы. Набор инструментария. Результаты лабораторных, цитологических и гистологических исследований.
2.	Основной этап (указать все виды работ, которые выполняют студенты во время этого этапа).	60 мин.	Практический тренинг. Решение клинических задач. Создание алгоритмов врачебных действий, профессиональный тренинг.	
3.	Заключительный этап	15 мин.	Тестирование. Практические задания. Ситуационные и нетипичные задачи. Устный опрос.	
3.1	Контроль конечного уровня подготовки			
3.2	Общая оценка учебной деятельности студента			
3.3	Информирование студентов о теме следующего занятия			

4.5. Виды самостоятельной работы студентов.

1. Выучить такие вопросы ($\alpha=I$):

- 1.1. Доброкачественные новообразования слюнных желёз. Особенности клинических проявлений.
- 1.2. Сосудистые опухоли и родимые пятна челюстно-лицевой области.

2. Тестовые задания с одним правильным ответом ($\alpha=II$):

2.1. Метод лечения слюнного свища, который заключается в иссечении свищевого хода и наложении на подкожную клетчатку кисетного шва – это метод:

- A. Лимберга.
- B. Сапожкова.
- C. Васильева.
- D. Энтина.
- E. Клементова.

(Правильный ответ: B)

2.2. Метод пластического восстановления выводного протока околоушной слюнной железы при полном слюнном свище – это метод:

- A. Лимберга.
- B. Сапожкова.
- C. Васильева.
- D. Энтина.
- E. Клементова.

(Правильный ответ: C)

2.3. Ретенционная киста подъязычной слюнной железы называется:

- A. Папула.
- B. Пустула.
- C. Фистула.
- D. Ранула.
- E. Везикула.

(Правильный ответ: D)

3. Тестовые задания с множественным выбором:

3.1. Какие из приведённых клинических признаков не характерны для мономорфной аденомы околоушной слюнной железы:

- A. Болезненность.
- B. Медленный рост.
- C. Чёткие границы.
- D. Паралич лицевого нерва.
- E. Спаянность верхнего полюса опухоли с кожей.

(Правильный ответ: A, D, E)

3.2. Укажите клинические признаки присущие кавернозной гемангиоме лица:

- А. Твёрдая консистенция.
- В. Синюшно-багровая окраска.
- С. Резкая болезненность.
- Д. Увеличение в размерах при наклоне головы вниз.
- Е. Ощущение крепитации при пальпации опухоли.

(Правильный ответ: В, D)

3.3. Укажите признаки характерные для капиллярной гемангиомы:

- А. Бугристая поверхность.
- В. Очаг на коже лица в виде пятна, окрашенного в красные тона.
- С. При нажатии пальцем не меняет цвета.
- Д. Чёткие границы пятна.
- Е. Болезненность при пальпации.

(Правильный ответ: В, D)

4. Задачи для самоконтроля:

4.1. При осмотре у пациента на коже щеки выявлено ярко-красной окраски пятно с чёткими границами. Ткани в области пятна мягкие, безболезненные. При надавливании пальцем окраска пятна резко бледнеет. Со слов пациента пятно существует с детства, медленно увеличиваясь в размерах. О каком заболевании идёт речь в данном случае?

(Ответ: капиллярная гемангиома щеки)

4.2. На приём к врачу обратилась пациентка пожилого возраста с жалобами на асимметрию лица. При объективном осмотре выявлено новообразование заполняющее левую зачелюстную ямку. Образование представлено малоподвижным, безболезненным узлом 2х3 см с бугристой поверхностью, чёткими границами. Образование плотной консистенции, покрыто неизменной кожей. При осмотре полости рта выявлено выбухание боковой стенки глотки слева. Со слов пациентки, узел существует больше года, последнее время стал увеличиваться в размерах. Какой предварительный диагноз наиболее вероятен?

(Ответ: полиморфная аденома левой околоушной слюнной железы)

4.3. Пациент жалуется на наличие свища на коже щеки справа с выделениями, усиливающимися при приёме пищи. Свищ образовался после ножевого ранения щёчной области несколько недель назад. При объективном осмотре на коже щёчной области справа определяется свежий рубец неправильной формы с точечным свищевым ходом и скудным прозрачным вязким отделяемым. При зондировании свища сообщение с полостью рта не выявлено. При массаже околоушной слюнной железы слюна из устья протока не выделяется, но резко усиливается отделение из свищевого хода. Какой тип слюнного свища имеет место у данного больного?

(Ответ: полный наружный свищ выводного протока околоушной железы)

4.6. Перечень индивидуальных заданий. Не предусмотрено программой дисциплины.

4.8. Перечень теоретических вопросов к итоговому модульному контролю.

1. Классификация доброкачественных опухолей слюнных желёз.
2. Клинические проявления доброкачественных опухолей слюнных желёз.
3. Диагностика и лечение доброкачественных опухолей слюнных желёз.
4. Классификация, клиника, лечение свищей слюнной железы.
5. Классификация сосудистых опухолей.
6. Клиника и диагностика сосудистых опухолей челюстно-лицевой области.
7. Лечение сосудистых опухолей челюстно-лицевой области.
8. Иммунологическая концепция развития опухолей.

4.9. Перечень практических заданий и работ к итоговому модульному контролю. Провести курацию больного с доброкачественным новообразованием слюнной железы.

6. ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература:

1. Бернадский Ю.И. Основы хирургической стоматологии. – Киев: «Вища школа», 1984. – 392 с.
2. Тимофеев А.А. Руководство по хирургической стоматологии и черепно-щелепно-лицевой хирургии, К., - 2000.
3. Шаргородский А.Г. Руководство к практическим занятиям по хирургической стоматологии. – М., - Медицина, 1976. – 248 с.

4. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи//Под ред. А.Г.Шаргородского. – М., Медицина, 1985.
5. Кузин М.И., Костюченко Б.М. Раны и раневая инфекция//М., Медицина, 1981.

Дополнительная литература:

1. Бернадский Ю.И., Заксон М.Л., Козлюк В.И. Особенности клинического течения и лечения флегмон челюстно-лицевой области у лиц пожилого и старческого возраста /VII Всесоюзный съезд стоматологов (Тез. докл.) – М., 1981. – С. 63 – 64.
2. Биберман Я.М., Стародубцев В.С., Шутова А.П. Антисептики в комплексном лечении больных с околочелюстными абсцессами и флегмонами //Стоматология. – 1996, №6. – С. 25-27.Оперативная челюстно-лицевая хирургия. Под ред. Александрова А.М. – М. – 1986.
3. Груздев И.А. Острая одонтогенная инфекция. – М., Медицина, 1978.
- 4.Муковозов И.Н. Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний челюстно-лицевой области. – Л., Медицина, 1982.
- 5.Владиченкова Т.Н., Забелин А.С., Локтев Н.И. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи. Учебно-методическое пособие для студентов под ред. проф. А.Г.Шаргородского. Смоленск, 1986.

№ 14. Доброкачественные опухоли и опухолевидные новообразования мягких тканей ЩЛД (папиллома, фиброма, липома, гемангиома, атерома, нейрофиброматоз, дермоидная и эпидермальная кисты, киста шеи срединная и боковая, бронхиогенные кисты и свищи): этиология, патогенез, классификация, гистологическое строение. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение и профилактика осложнений.

1. КОНКРЕТНЫЕ ЦЕЛИ:

- 4.1. Анализировать результаты клинических обследований больных с доброкачественными опухолями и опухолевидными новообразованиями мягких тканей ЧЛЮ. Объяснять результаты дополнительных исследований.
- 4.2. Предложить планы лечения больных с доброкачественными опухолями и опухолевидными новообразованиями мягких тканей ЧЛЮ
- 4.3. Классифицировать доброкачественные опухоли и опухолевидные новообразования мягких тканей ЧЛЮ.
- 4.4. Трактовать этиологию и клинические проявления доброкачественных опухолей и опухолевидных новообразование мягких тканей ЧЛЮ.
- 4.5. Проанализировать основные принципы диагностики и лечения этих болезней.
- 4.6. Сложить план диагностики и дифференциальной диагностики, доброкачественных опухолей и опухолевидных новообразований мягких тканей ЧЛЮ. Провести курацию больного, установить диагноз, провести дифференциальную диагностику, сложить план обследования и лечения больного с доброкачественными опухолями и опухолевидными новообразованиями мягких тканей ЧЛЮ.

35. БАЗОВЫЙ УРОВЕНЬ ПОДГОТОВКИ.

Названия предыдущих дисциплин	Полученные навыки
1. Топографическая анатомия.	Определить топографо-анатомический участок расположения дефекта.
2. Гистология.	Знать гистологическое строение кожи и слизистой оболочки полости рта.
3.Пропедевтика хирургической стоматологии.	Уметь провести курацию больного с доброкачественными опухолями и опухолевидными новообразованиями мягких тканей ЧЛЮ.
4. Общая хирургия.	Уметь осуществить инфильтрационную анестезию кожи, подготовку операционного поля.

3. ОРГАНИЗАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА.

Папиллома.Развивается из покровного эпителия. Папилломы диагностируют как солитарные (одиночные) и множественные (папилломатоз). Приблизительно в 20% случаях у больных папилломы малигнизируются. Папилломы локализуются на разных областях лица. Их клиническая симптоматика разнообразна: на тонкой или толстой ножке, округлой или овальной формы, поверхность гладка или морщинистая из сосочковых разрастаний из зроговевшим или незроговевшим эпителием, разных

розмеров (0,5-2,0). Наличие множественных папиллом определяют, как папилломатоз. Папилломы с гиперкератозными изменениями часто становятся злокачественными.

Локализуется на коже, губах, слизистых оболочках полости рта и языка.

Лечение. Удаление хирургическим путем.

Профилактические меры. Избегать травматизации

Атерома - это ретенционная киста сальной железы кожи, которая образуется после закупорки выводного протока железы. Чаще всего это имеет место при травматическом повреждении кожи во время бритья, выдавливания угрей и др. Атеромы чаще одиночные но могут быть и множественные (атероматоз). Растут медленно и безболезненно, наблюдаются в любом участке кожи лица и головы. Клинически атерома имеет шаровидную форму, кожа над ней не изменена в цвете, подвижная. Только в одном месте кожа сросшаяся с оболочкой кисты, а именно в участке устья выводного протока сальной железы. Здесь, если попробовать собрать кожу в складку, наблюдается симптом «лимонной корки». Атерома подвижная, безболезненная при пальпации, имеет плотно-эластичную консистенцию, поверхность ее гладкая, пределы четкие. Размер от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров в диаметре.

Атеромы достаточно часто нагнаиваются. В таких случаях она теряет подвижность, кожа над ней краснеет, возникает отек окружающих тканей, формируется абсцесс. Капсула атеромы сформирована из соединительной ткани, внутри покрытая плоским эпителием.

Лечение атеромы хирургическое, заключается в удалении капсулы вместе с полоской кожи, которая сросшаяся с верхним полюсом кисты. В случае нагноения атеромы ее лечат как обычный абсцесс, а оболочку удаляют после полной ликвидации проявлений воспаления.

Фиброма - доброкачественная опухоль, которая развивается из волокнистой соединенной ткани. Может локализоваться как на коже любого участка головы и шеи, так и в полости рта на слизистой оболочке.

Различают фиброму твердую (не содержит жировую ткань) и мягкую (содержит в себе элементы жировой ткани).

Фиброма кожи представляет собой безболезненное образование плотно-эластичной или мягкой консистенции, которое расположено в более толстые кожи или выступает над ее поверхностью в виде полушария. Она ограничено подвижная, имеет широкую основу и цвет нормальной кожи (может быть розового или коричневого цвета). Поверхность фибромы бывает гладкой (твердая фиброма) или в зморжках (мягкая фиброма).

Мягкая фиброма, которая имеет тонкую ножку и ковбасоподобную форму носит название фибропапилома.

Фиброма может быть расположена и в толще мягких тканей в виде узла с четкими пределами, что имеет капсулу.

Разновидностью фибромы является гистиоцитомы (дерматофиброма), которая содержит в себе фибробласты, фиброциты и гистиоциты, а также десмоидная фиброма (десмоид). Обе формы склонны к инфильтрирующему росту.

В полости рта фиброма локализуется чаще на слизистой оболочке щек, альвеолярного отростка и языка. Встречается симметричное расположение фибромы в виде веретенообразных образований с языковой или небной стороны альвеолярного отростка - так называемая симметричная фиброма.

Фиброматоз ясен - это разрастание десен от ясеневоего края до уровня переходной складки в виде диффузного утолщения десен или в виде частиц в участке нескольких зубов, иногда на протяжении всего альвеолярного отростка. Разрастания могут быть мягкими или плотными, безболезненные.

Липома - доброкачественная опухоль, которая развивается из зрелой жировой ткани. Локализуется в разных областях лица и шеи. Клиническая картина зависит от глубины залегания опухоли. Поверхностно расположенная липома обычно выглядит как узел с достаточно четкими пределами, или как диффузное утолщение без четких пределов. Кожа над ней не изменена, растет липома медленно, может быть мягкой или плотной в зависимости от соотношения жировой и фиброзной ткани. При пальпации безболезненная имеет дольчатую поверхность. Липома имеет тонкую капсулу. Подвижность липомы зависит от глубины ее залегания.

Иногда наблюдается диффузное разрастание жировой ткани на шее в виде передника - болезнь Маделунга или липоматоз шеи.

Липома способна переродиться в злокачественную опухоль - липосаркому.

Лечение липомы хирургическое, нередко связанное с техническими трудностями (в случае распространения опухоли по межмышечным и межфасциальным пространствам).

ОСНОВНЫЕ ТИПЫ ГЕАНГИОМ

Капиллярные	Ветвистые	Кавернозные	Смешанные	Комбинированные
Локализация: на слизистой оболочке полости рта, на коже лица.	В локализуется крайне редко.	ЧЛЮ Локализация: мягкие ткани лица, язык слизистая оболочка полости рта, шея, челюсти.	Сочетание капиллярных, ветвистых и кавернозных гемангиом.	Ангиофиброма, ангиолипома, нейроангиома, ангиомиома и др.
Капиллярные	Ветвистые	Кавернозные		
Клиника: плоский, пятнистый, розово-красный или синюшно-багровый участок тканей, позитивный симптом «надавлевания»	Состоят из артериальных сосудов, пульсирует, выслушивается систолический шум (артериовенозные анастомозы), увеличение при наклоне головы вниз	Клиника: признак «сжимания» и «налива» может иметь капсулу, наличие флеболита		

Дифференциальная диагностика:

аневризмы, лимфангиома, невус, меланома, лимфосаркома

Методы лечения :

Диспансерное наблюдение, оперативное, эмболизация, электрокоагуляция, криодеструкция, лучевая терапия, склерозирующая терапия, системная терапия гормональными препаратами и др.

Гемангиомы и гемангиоэндотелиома принадлежат к неостеогенным опухолям челюстей.

Изолированные гемангиомы челюстей встречаются сравнительно редко. Чаще имеет место сочетание гемангиомы мягких тканей лица или полости рта с гемангиомой челюсти. В таких случаях слизистая оболочка десен и неба бывает ярко-красного или сине-багрового цвета, который облегчает установление диагноза.

Значительно сложнее установить диагноз гемангиомы челюсти в тех случаях, когда окружающие мягкие ткани не втянуты в поражение. Такие изолированные гемангиомы челюстей могут проявляться повышенной «беспричинной» кровоточивостью десен; при лечении пульпитов и периодонтитов возникает упорная кровоточивость из корневых каналов. Серьезным осложнением является значительное артериальное кровотечение из гемангиомы челюсти в том случае, когда установлен неправильный диагноз (остеобластокластома, остеодисплазия, остеофиброма и др.) и проводится биопсия или удаления расположенного в зоне гемангиомы значительно подвижного зуба. Такое внезапно возникающее кровотечение может оказаться смертельным, особенно в случае возникновения ее в условиях поликлиники, на приеме у неопытного врача. Однако чаще всего больные с гемангиомой челюсти обращаются в клинику по поводу повышенной кровоточивости из десен или из канала зуба.

Клиника

Клиника зависит от локализации, степени распространенности опухоли и ее гистологического строения. Гемангиома челюсти может быть ограниченной и распространенной, капиллярной и кавернозной. Распространяясь на кортикальную часть челюсти, она может обусловить симптом флюктуации, истончить или полностью разрушить на определенном участке спонгиозную и кортикальную ткань челюсти. При этом возможное разрушение альвеолярного отростка и связано с этим прогрессивное усиление симптома подвижности зубов, вздутия кости, в связи с чем больной может обратиться к врачу с просьбой удалить зуб или даже группу зубов.

Прорастая из надкостницы в слизистую оболочку десен, гемангиома челюсти становится заметной по своей синюшной окраске; зубы при этом едва держатся в мягких тканях. В таких случаях больные обращаются к врачу по поводу упорных кровотечений из десен, которые

неоднократно повторяются, из полости разрушенного зуба или из носа. Значительной асимметрии лица при гемангиоме обычно не оказывается, потому что чрезмерного разрушения челюсти не происходит.

На рентгенограмме гемангиома челюсти проявляется вздутием кости, мелко или середино-ноздреватый рисунок, иногда имеют место периостальные наслоения.

Патологическая анатомия. Внутрикостные гемангиомы челюстей бывают, как правило, кавернозными, ветвистыми или сочетают с капиллярными. Реже они являются сплетением ветвистых аневризм или сплетением расширенных крупных сосудов. В еще более редких случаях гистологическая картина является собой преимущественно капиллярную форму гемангиомы.

Диагноз

Диагностика гемангиом челюстей сложна, особенно тогда, когда отсутствующие жалобы на кровоточивость десен и опухоль не приблизилась к слизистой оболочке десен. В таких случаях необходимо дифференцировать гемангиому от остеобластокластоми, адамантиномы, миксомы. Пункция гемангиомы почти всегда является достаточным ориентиром. Однако отсутствие крови в шприце еще не дает полную почву исключить диагноз гемангиомы. Поэтому в таком случае следует повторить пункцию из другого полюса опухоли, а полученный пунктат при пункции направить на цитологическое исследование.

Большой помощью в сомнительных случаях является биопсия. Однако, решив взять кусочек подозрительной гемангиомы, хирург должен быть готовым до того, что во время биопсии возможно сильное кровотечение, которое необходимо будет срочно остановить и провести пополнение кровопотери.

Желательно к хирургическому вмешательству провести ангиографию лицевого скелета, благодаря которой можно установить источник гемангиомы, а также обширность ее распространения к основе черепа (при локализации на верхней челюсти). Ангиографию должен проводить специально подготовленный врач-рентгенолог. Следовательно, следует подчеркнуть, что каждый больной с гемангиомой лица должен быть тщательным образом обследован для выявления у него гемангиомы челюсти. Раннее выявление ее способствует раннему применению консервативных способов лечения.

Лечение

Небольшие костные гемангиомы можно ликвидировать повторными инъекциями в опухоль 1-2 мл 95% этилового спирта или 2% раствора салициловой кислоты на 80% спирте, раствору хинина гидрохлорида с уретаном и др. Последний раствор выписывают за прописью: уретану - 6,5, хинину гидрохлорида - 12,5, дистиллированной воды - 100мл. Количество хинина ретанового раствора, который однократно вводится от 3 до 5 мл. Вводят его с интервалами в 3-5 дней до 12-20 раз (в зависимости от размеров опухоли).

Вследствие введения склерозирующих растворов происходит свертывание крови в полостях гемангиомы, фибротизация и запустение их.

Значительные гемангиомы челюстей обычно подлежат хирургическому лечению. Если гемангиома локализуется на верхней челюсти, проводят ее резекцию. При локализации гемангиомы в более толстые тела нижней челюсти можно провести (экстраоральный доступ) резекцию внешней кортикальной пластинки челюсти, при этом широко раскрыть гемангиому, перевязать сосуды, которые приводят к ней кровью, затампонировать дно костной раны лоскутом жевательной мышцы. После этого внешнюю рану соединить с полостью рта (путем разреза по переходной складке), на внешнюю рану наложить послойные швы, а со стороны полости рта рану тампонировать йодоформной марлей на 7-10 дней. Еще к началу операции необходимо в гемостатических целях провести двустороннюю перевязку внешних сонных артерий, а во время операции следить за адекватным пополнением кровопотери. При наличии противопоказаний к операции необходимо провести курс глубокой рентгенотерапии.

Прогноз благоприятен лишь при условии раннего выявления и лечения гемангиомы в челюсти. В противном случае возможны переломы кости, значительные профузные кровотечения.

Нейрофиброматоз (болезнь Реклингхаузена). Это врожденное системное образование, которое характеризуется симптомокомплексом в виде деформации скелета, наличия на теле пятен кофейного цвета и обезображивания лица. Последнее обусловлено разрастанием периферических нервных волокон и фиброзной ткани, которая ведет к излишку кожи и подкожной клетчатки, с потерей тургора и отвисанию их. Часто наблюдается одностороннее поражение головы, лица и шеи, при этом увеличивается и смещается вниз вместе со всеми тканями ушная раковина. При пальпации пораженной ткани отмечаются боль и наличие в глубине плотных тяжей, которые напоминают вермишель.

Лечение заключается в поэтапной высечке пораженных тканей. Проводят его с целью устранения обезображивания лица.

Эпидермальная киста. Эта киста относится к группе кератиновых кист. Раньше она описывалась под названием атеромы. Эпидермальная киста чаще всего локализуется на коже лица, шеи, волосистой части головы. Бывает единичной или множественной, нередко возникновению предшествуют аспе vulgaris. Образование кисты связано с закупоркой выводных отверстий фолликулов сальной железы. Она медленно увеличивается вследствие накопления кератина, который продуцирует оболочка.

Клинически киста оказывается в виде ограниченной округло-овального образования. Располагается под эпидермисом и тесно с ним спаяна в области выводного протока сальной железы. Кожа над кистой иногда становится синюшного оттенка и растягивается при больших ее размерах. Пальпаторно киста эластичной консистенции, безболезненная. Содержимое ее представляет характерную кашицеобразную массу белого цвета. Киста часто нагнаивалась, при этом появляется боль, она увеличивается, окружающие ткани отекающие и гиперемированы.

Микроскопически эпидермальная киста выстлана многослойным плоским эпителием и заполнена слоями кератина.

Лечение. Кисту удаляют с капсулой, при этом необходимо высекать двумя полуовальными разрезами, которые сходятся между собой, участок кожи, спаянной с кистой.

Дермоидная киста. Образуется в результате порока развития и формирования лица в местах сращения у эмбриона лобового, верхнечелюстных и нижнечелюстных горбов. Обычно располагается в области подподбородка, на дне полости рта, около корня и крыльев носа, внутреннего и внешнего краев глазницы, чаще встречается у молодых лиц.

Дермоидная киста является полостным образованием с толстой кожистой оболочкой, заполненной кашицеобразной массой грязно-белого цвета с неприятным запахом. Содержимое кисты состоит из слущенного эпидермиса, продуктов выделения сальных, потовых желез и волосных фолликул, иногда с наличием волос.

При осмотре отмечается опухолевидное образование округлой формы с четкими пределами безболезненное, не спаянное с кожей или слизистой оболочкой. Располагаясь на дне полости рта, оно определяется строго по средней линии над челюстно-подъязычной мышцей и просвечивает желтоватым цветом. Киста большого размера отесняет кверху язык, становятся затрудненными речь и прием еды.

Гистологически оболочка кисты содержит элементы кожи, включая эпидермальное устлание, волосные фолликулы и сальные, потовые железы.

Лечение заключается в удалении кисты с капсулой. При расположении кисты над челюстно-подъязычной мышцей проводят операцию внутриротовым подходом. Кисту в области подподбородка удаляют через внешний разрез.

кисты и свищи лица и шеи. Среди них различают бранхиальные (от греч. Branchia — жабры) и тиреоглоссальные кисты и свищи. Возникновение бранхиальной кисты и свища связано с аномалией развития 1-й и 2-й жаберных щелей и дуг. Тиреоглоссальная киста и свищ образуются вследствие неполной редукции в эмбриона щитовидно-язычного протока. Свищи встречаются сравнительно редко и, по нашим данным, складываются близко 5% всех новообразований челюстно-лицевого участка. Аномалия жаберных щелей наблюдается чаще тиреоглоссальной аномалии (соответственно 61 и 39% случаев).

и свищи встречаются в основном у детей и лиц молодого возраста. Клинический ход бранхиальных и тиреоглоссальных кист и свищей похожий, однако имеют свои характерные особенности, обусловленные локализацией.

Киста увеличивается нескольких лет. Определяется в виде безболезненного ограниченного образования округлой или овальной формы, эластичной консистенции, не спаянного с кожей. обнаруживают случайно или при возникновении воспаления. В случае присоединения специфической микрофлоры (микобактерии туберкулеза, актиномицеты) диагностика затруднена.

Бранхиальные кисты и свищи. При патологии 1-й жаберной щели возникают киста или свищ околоушной области, связанные с внешним слуховым проходом и ушной раковиной. Аномалия развития 2-й жаберной щели ведет к формированию боковой кисты или свища шеи. Бранхиальные кисты и свищи околоушного участка встречаются значительно реже боковых кист и свищей шеи (соответственно в 11 и 89% случаев).

Бранхиальный свищ с выводным отверстием, расположенным на коже впереди основы завитка ушной раковины, называют впередиушным. Часто он бывает двусторонним, отмечается роль наследственного фактора в его происхождении.

Боковая киста и свищ шеи. Киста является полостью с жидким содержимым и сравнительно тонкой оболочкой. Она имеет типичную локализацию, располагается в средней трети шеи впереди кивательной мышцы, на сосудисто-нервном пучке, непосредственно примыкая к внутренней яремной вене, с кожей не спаяна. Особенно хорошо контурируется при повороте председателя больного в противоположную сторону. Содержимое кисты является мутной жидкостью желтоватого цвета при цитологическом исследовании при котором определяется оксифильна мелкозернистая масса с элементами многослойного плоского эпителия и значительным количеством лимфоцитов.

Микроскопически стенка кисты выслана многослойным плоским эпителием.

Диагностика боковой кисты основывается на анамнестических и клинических данных. Получение при пункции большого количества характерного содержимого (5-30 мл и более) и данные цитологического исследования позволяют подтвердить диагноз боковой кисты

Боковой свищ шеи бывает односторонним и редко двусторонним. Оказывается в одних случаях при рождении ребенка, в иных случаях является результатом вскрытия нагноившейся боковой кисты шеи. Внешнее устье свища располагается на коже боковой поверхности шеи соответственно края кивательной мышцы.

Клинически внешнее устье свища может быть точечным или расширенным с взрывающейся грануляцией, иногда покрытым мокнущими гиперпигментация и мацерация кожи вокруг свища, из которого постоянно выделяется в незначительном количестве желтоватая тягучая жидкость. В случае полного бокового свища больные часто указывают в анамнезе на рецидивирующую одностороннюю ангину, при обзоре определяют увеличение миндалины соответствующей стороны.

Боковой свищ шеи нужно дифференцировать от срединного тиреоглоссального свища, внешнее устье которого иногда смещено в сторону от средней линии, и специфического воспалительного процесса.

Микроскопическая картина устия свища отвечает строению стенки боковой кисты шеи.

Тиреоглоссальная киста и свищ имеют типичную локализацию по средней линии шеи, в связи с чем их называют также срединными.

Тиреоглоссальная киста располагается по средней линии шеи в под или сверхподъязычной области и в корне языка. При локализации на шее определяется ограниченная подвижность кисты и спаянность ее с телом подъязычной кости, которая четко оказывается при глотании. При кисте корня языка последний подведен, отмечается нарушение речи и затруднение глотания.

Содержимое тиреоглоссальной кисты представляет мутную желтоватую тягучую жидкость. Цитологическим исследованием установлено наличие клеток многослойного плоского эпителия и лимфоидных элементов. Эпителий оболочки кисты, как и устия срединного свища, имеет эндодермальное происхождение.

Тиреоглоссальный свищ возникает, как правило, после непроизвольного или оперативного вскрытия срединной кисты шеи. Внешнее устье свища располагается на коже по средней линии шеи, преимущественно между подъязычной костью и щитовидным хрящом. При полном свище внутреннее устье располагается в области foramen coecum.

Тиреоглоссальный свищ проходит по средней линии шеи, пробивает тело подъязычной кости и под углом 40-45° направляется к слепому отверстию языка. Пальпаторно свищевый ход, равно как и срединная киста шеи, всегда связанный с телом подъязычной кости. Определяют это таким образом. Удерживая пальцами свищ или кисту, просят больного проглотить слюну, при этом сдвиг вместе с подъязычной костью фиксированных образований говорит о наличии тиреоглоссального свища или кисты.

Дифференциальную диагностику срединной кисты и свища проводят со воспалительным процессом, лимфаденитом, дермоидной кистой, из струмою языка или аденомой дистопированной щитовидной железы.

Лечение. Хирургическим путем.

8. ПЛАН И ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА УЧЕБНОГО ЗАНЯТИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ.

№ п/п	Этапы занятия	Распределение времени	Виды контроля	Средства учебы
1.	Подготовительный этап	15 мин.	Устный опрос за перечнем вопросов. Письменное тестирование.	Компьютер (ноутбук). Мультимедийные методические разработки.
1.1	Организационные вопросы			
1.2	Формирование мотивации			

1.3	Контроль начального уровня подготовки (стандартизированные средства контроля)			Анатомические муляжи. Видео- и фотоматериалы.
2.	Основной этап (указать все виды работ, которые выполняют студенты во время этого этапа).	60 мин.	Практический тренинг. Решение клинических задач. Создание алгоритмов врачебных действий, профессиональный тренинг.	Электронные справочники. Рентгенограммы, ортопантомограммы, томограммы. Набор инструментария. Результаты лабораторных, цитологических и гистологических исследований.
3.	Заключительный этап	15 мин.	Тестирование. Практические задания. Ситуационные и нетипичные задачи. Устный опрос.	
3.1	Контроль конечного уровня подготовки			
3.2	Общая оценка учебной деятельности студента			
3.3	Информирование студентов о теме следующего занятия			

4.5. Виды самостоятельной работы студентов.

1. Выучить такие вопросы ($\alpha=I$) :

1.16. Что такое доброкачественные опухоли?

1.17. Что такое опухолевидные новообразования?

1.18. Перечислить факторы, которые способствуют возникновению доброкачественных опухолей и опухолевидных новообразований мягких тканей ЧЛО.

1.19. Навести классификацию доброкачественных опухолей и опухолевидных новообразований мягких тканей ЧЛО.

1.20. Описать клиническую картину доброкачественных опухолей и опухолевидных новообразований мягких тканей ЧЛО.

1.21. Гистологические особенности, этиология при доброкачественных опухолях и опухолевидных новообразований мягких тканей ЧЛО.

1.22. Методы диагностики, дополнительные методы исследования при подозрении на доброкачественные опухоли и опухолевидные новообразования мягких тканей ЧЛО.

1.23. Дифференциальная диагностика доброкачественных опухолей и опухолевидных новообразований мягких тканей ЧЛО.

1.24. Профилактика возникновения доброкачественных опухолей и опухолевидных новообразований мягких тканей ЧЛО.

1.25. Методы лечения доброкачественных опухолей и опухолевидных новообразований мягких тканей ЧЛО.

2. Тестовые задания с единичным правильным ответом ($\alpha=II$) :

2.1. Тестовые задания с единичным правильным ответом ($\alpha=II$) :

2.1. Атерома - это:

A. Опухоль жировой ткани.

B. Эпителиальная опухоль.

C. Опухоль из мышечной ткани.

D. Ретенционная киста сальной железы.

E. Опухоль кожи.

(Правильный ответ: D).

2.2. Фиброма - это:

A. Опухоль жировой ткани.

B. Эпителиальная опухоль.

C. Опухоль из мышечной ткани.

D. Ретенционная киста сальной железы.

E. Опухоль из соединительной ткани.

(Правильный ответ: E).

2.3. Какая опухоль не относится к фибромам:

A. Твердая фиброма.

B. Мягкая фиброма.

C. Десмоид.

D. Гистиоцитомы.

E. Атерома.

(Правильный ответ: E).

3. Тестовые задания с множественным выбором:

3.1. Какой клинический признак присущ фиброме?

A. Ворсинчатая поверхность.

B. Недвижимость.

C. Безболезненность.

D. Быстрый рост.

E. Цвет окружающих тканей.

(Правильный ответ: C, E).

3.2. Какой клинический признак не присущ фиброме?

A. Блюдцевидная форма.

B. Широкая основа.

C. Безболезненность.

D. Гладкая поверхность.

E. Нечеткие пределы.

(Правильный ответ: B, C, D).

3.3. Какой клинический признак присущ липоме?

A. Тестоватая консистенция.

B. Дольчатая поверхность.

C. Недвижимость.

D. Болезненность.

E. Быстрый рост.

(Правильный ответ: A, B).

4. Задачи для самоконтроля:

4.1. . Больной 17 лет, жалуется на наличие опухоли на нижней губе. Из анамнеза выяснено, что опухоль была обнаружена сразу после рождения, росла медленно, но за последний год резко увеличилась в размере. При осмотре на нижней губе есть опухоль красного цвета, мягкая, при нажатии пустеет и бледнеет.

Какой предварительный диагноз?

(Ответ: гемангиома нижней губы)

4.2. У больного под неизменной кожей лба определяется подвижное образование шаровидной формы 2х2 см, эластичной консистенции, с гладкой поверхностью, безболезненное. При попытке собрать кожу над образованием в складку, кожа приобретает вид «лимонной пробки». Со слов больного, образование появилось несколько лет назад в виде маленького шарика под кожей.

Какой диагноз имеет место в данном случае?

(Ответ: атерома)

4.3. . К врачу обратился пациент с жалобами на наличие новообразования под нижней челюстью, которая существует на протяжении нескольких лет, медленно увеличиваясь. Объективно: в подчелюстном участке слева определяется новообразование в виде узла размером 3 - 5 см, с четкими пределами, безболезненное, тестоподобной консистенции, умеренно подвижное, покрытое неизменной кожей. Поверхность новообразования при пальпации дольчатая.

С каким заболеванием обратился больной?

(Верный ответ: липома)

4.6. Перечень индивидуальных заданий.

1. Завладеть методикой забора материала для цитологического исследования:

- методом отпечатка;

- методом соскобу;

- методом мазку.

2. Овладеть методикой диагностической пункции.

3. Овладеть методикой приготовления мазка на предметном стекле.

4.8. Перечень теоретических вопросов к итоговому модульному контролю.

1. Перечислить факторы, которые способствуют возникновению миомы и липомы.
2. Описать клиническую картину фибромы
3. Описать клиническую картину папилломы.
4. Описать клиническую картину гемангиомы
5. Описать клиническую картину липомы.
6. Методы диагностики и дополнительные методы исследования больных.
7. Дифференциальная диагностика опухолей мышечной и жировой ткани.
8. Профилактика возникновения опухолей мышечной и жировой ткани.
9. Дифференциальная диагностика опухолей мышечной и жировой ткани.
10. Клинические проявления злокачественного перерождения опухолей мышечной и жировой ткани.

4.9. Перечень практических заданий и работ к итоговому модульному контролю.

1. Провести пальпацию опухоли челюстно-лицевого участка.
2. Провести диагностическую пункцию.

7. ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература:

1. Бернадский Ю.И. Основы хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – Минск: Белкнига, 1998.
2. Гнатышак 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.

Дополнительная литература:

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.

№ 15. Доброкачественные одонтогенные опухоли челюстей (амелобластома (адамантинома), одонтома, цементома. Доброкачественные неодонтогенные опухоли челюстей (остеобластома, остеокластома, остеома, остеонд-остеома, хондрома, гемангиома, фиброма, епулис) : классификация, гистологическое строение, клиника, дифференциальная диагностика, принципы и методы лечения, профилактика осложнений.

1. КОНКРЕТНЫЕ ЦЕЛИ:

- 4.7. Анализировать результаты клинических обследований больных с доброкачественными одонтогенными и неодонтогенными опухолями челюстей. Объяснять результаты дополнительных исследований.
- 4.8. Предложить планы лечения больных с доброкачественными одонтогенными и неодонтогенными опухолями челюстей.
- 4.9. Классифицировать доброкачественные одонтогенные и неодонтогенные опухоли челюстей. Трактовать этиологию и клинические проявления доброкачественных одонтогенных и неодонтогенных опухолей челюстей Проанализировать основные принципы диагностики и лечения этих заболеваний.
- 4.10. Сложить план диагностики и дифференциальной диагностики, доброкачественных одонтогенных и неодонтогенных опухолей челюстей. Провести курацию больного, установить диагноз, провести дифференциальную диагностику, сложить план обследования и лечения больного с доброкачественными одонтогенными и неодонтогенными опухолями челюстей.

5. БАЗОВЫЙ УРОВЕНЬ ПОДГОТОВКИ.

Названия предыдущих дисциплин	Полученные навыки
1. Топографическая анатомия.	Определить топографо-анатомический участок расположения дефекта.
2. Гистология.	Знать гистологическое построение кожи.
3. Пропедевтика хирургической стоматологии.	Уметь провести курацию больного с одонтогенными и неодонтогенными опухолями челюстей.
4. Общая хирургия.	Уметь осуществить инфильтрационную анестезию кожи, подготовку операционного поля.

3. ОРГАНИЗАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА.

Адамантинома (амелобластома) - одонтогенная эпителиальная опухоль, гистологически структура ее паренхимы имеет сходство со строением ткани эмалевого органа зубного зародыша, в связи с этим название опухоли происходит от слова "эмаль"

Патогенез адамантинемы связан с происхождением эпителиальных клеток, из которых растет адамантинома. Абрикосов и проч. - из эпителия эмалевого органа зубного зародыша; Петрова - что эпителий возникает путем метаплазии из соединительной ткани; Malasse, Астахов - из остатков эпителия (островками) в периодонте и кости челюстей; Лукомский, Козирева - что адамантинома возникает за счет разрастания и погружения в кость эпителия полости рта или гайморовой пазухи.

Адамантинома клинически проявляется постепенно, развивается медленно и безболезненная. Часто впервые определяется при рентгенологическом исследовании.

Пораженная опухолью челюстная кость постепенно утолщается, появляется деформация лица. Поверхность утолщенной кости гладкая, но может быть и не ровной. Кожные покровы остаются неизменными. Со стороны полости рта определяются утолщение и деформация альвеолярного отростка, при значительном утончении кости, при пальпации определяются вздутия и окончатые деформации кости. Зубы в участке опухоли смещены, слегка подвижны, при перкуссии не болезненные. Нередко в полости рта появляются свищи с серозными гнойными выделениями. Симптомы, связанные со смещением и сдавливанием соседних органов, проявляются в поздних стадиях болезни. Значительное утончение кости ведет к спонтанным переломам и профузным кровотечениям. Регионарные лимфоузлы увеличиваются при присоединении воспаления.

Диагностика, затрудненная на ранних стадиях болезни. В некоторых случаях, когда амелобластома осложняется воспалительным процессом, местные признаки заболевания могут напоминать острый остеомиелит нижней челюсти или флегмону. Путем пальпации можно определить степень изменения формы нижней челюсти в результате роста амелобластомы. При этом удается обнаружить опухолевидное уплотнение нижней челюсти, которое зависит от локализации и распространения опухоли (тело, угол, ветвь челюсти).

Контуры измененного участка нижней челюсти обычно хорошо выражены, особенно, когда опухоль имеет достаточно большую бугорковую поверхность и плотную консистенцию. Подчелюстные регионарные лимфатические узлы при амелобластомах не увеличиваются. При осмотре полости рта проявляются изменения на стороне поражения нижней челюсти в виде уплотнения (выпячивание) альвеолярного отростка в вестибулярном направлении. Иногда отмечается отек мягких тканей ретромолярного участка, смещения и подвижности зубов. В этих случаях внешняя кортикальная пластинка альвеолярного отростка и верхняя часть тела нижней челюсти значительно истончается и при нажатии пальцем легко прогибается и пружинит.

Выше сказанное позволяет выделить клинический синдром "ткачества" плюса. Под этим синдромом следует понимать те изменения, которые возникают в анатомической зоне челюстно-лицевого участка, и их можно визуально обнаружить без дополнительных технических средств.

Важным звеном в постановке диагноза амелобластомы является рентгенография нижней челюсти и цитологическое исследование содержимого опухоли со следующим подтверждением гистоструктуры тканей удаленного новообразования оперативным путем.

Рентгенографию нижней челюсти необходимо проводить в следующих проекциях:

Обзорная рентгенография нижней челюсти (панорамный снимок или затылочно-лобной проекции); рентгенография в боковой проекции нижней челюсти; аксиальная (осевая) рентгенография нижней челюсти; рентгенография альвеолярного отростка "в прикус" за показаниями

При обзорной рентгенографии определяется степень и размеры пораженной челюсти патологическим процессом; состояние нижней челюсти, ее края и латеральной поверхности угла, ветки и ее тела.

За рентгенограммами в боковой проекции изучается структура очага, пораженного опухолью, состояние альвеолярного отростка и нижнего края челюсти, а также характер границ в передне-заднем и вертикальном направлениях.

Внеротовая рентгенограмма нижней челюсти в аксиальной проекции является обзорной, и по ней можно судить о распространении и состоянии стенок опухоли в латерально-медиальном направлении.

Аксиальный внутривисочный снимок "в прикус" дает представление о состоянии кортикальной пластинки нижней челюсти с язычной и вестибулярной стороны.

Установлено, что рентгенологически амелобластома характеризуется признаками, деструкции, которое связано с "вздутием" челюстной кости с четкой обрешечкой пораженного участка и своеобразной структурой, которая зависит от патоморфологического строения амелобластомы.

При плотной амелобластоме на рентгенограммах наблюдаются мелкие костеподобные поражения, четко очерченные, разделенные грубыми костными перегородками.

При кистозных формах амелобластомы участка поражения есть или деструктивными, или разделенными костными перегородками, а пределы опухоли могут иметь фестончатые края, иногда уплотненные и склерозированные, с бухтообразным выпячиванием.

Рентгенологически размеры очагов деструкции костной ткани нижней челюсти могут колебаться от 7x5x3 см к 4x3x2 см. В некоторых случаях амелобластома распространяется от угла на всю ветку и на большую часть тела нижней челюсти.

Форма опухоли (амелобластомы) на рентгенограммах повторяет контуры нижней челюсти. При этом, наряду с "вздутием" наблюдается значительное утончение ее стенок в центральной части опухоли а по краю отмечается уплотнение ее стенок в виде четкого ободка склероза кости, что можно объяснить наслоением поврежденных костных трабекул, отдаленных экспансивным ростом новообразования к стенкам челюсти.

Одонтомы чаще встречаются у лиц молодого возраста. Преимущественно возникает на нижней челюсти в участке моляра. Чаще наблюдается у женщин.

Клиника одонтомы: растут достаточно медленно, безболезненные. Сформировавшись в определенном возрасте их рост чаще всего останавливается и они не увеличиваются в размерах. В том месте, где находится опухоль, постоянный зуб может отсутствовать. Если одонтома размещена на месте прохождения нерва, то ее рост сопровождается болью, что иногда имитирует неврологическую симптоматику. Увеличиваясь в размерах, опухоль может прорасти в кость. При травмировании одонтомы зубами - антагонистами возникает ее инфицирование и нагноение с появлением соответствующей клинической симптоматики.

Диагностика одонтомы проводится с помощью рентгенографии. Рентгенографически слюнные камни в подчелюстной железе могут имитировать одонтому нижней челюсти. Для уточнения диагноза необходимо провести рентгенографию мягких тканей дна полости рта и при калькулезном субмаксилити определяем более точную локализацию слюнного камня. Остеома по рентгенплотности может приближаться к одонтоме, но в отличие от последней остеома имеет плотную, более гомогенную и в ней всегда отсутствует полоска просветления по периферии опухоли (нет капсулы)

Лечение заключается в удалении одонтомы вместе с капсулой. Оставленная капсула может служить основой для дальнейшего роста опухоли. Во время удаления одонтомы больших размеров может возникнуть перелом н/ч. Для заполнения значительного послеоперационного дефекта можно использовать биоинертную или биоактивную керамику, которая значительно стимулирует регенераторные процессы в костной ткани. Одонтомы мягкая и твердая.

Мягкая (одонтома) - встречается редко, является собой плотноэластическое образование, на разрезе светло-серая, с отдельными более светлыми участками. Растет медленно, постепенно вызывая вздутия челюстной кости. Чаще наблюдается у молодых людей в период формирования постоянных зубов. Растет экспансивно, но порой имеет инфильтративный рост, дает рецидивы после нерадикальных операций. Возможные случаи перерождения в саркому. Рентгенологически подобная адамантиноме. В опухоли могут быть постоянные зубы или их зародыши. Нередко нарушается кортикальный слой кости.

Твердая одонтома - состоит из твердых тканей зуба, пульпы, периодонту, имеет очень разнообразное строение. Ей свойственно неблагоприятное размещение ткани зуба (эмаль, сверху дентина и сверху пульпы). Опухоль твердая, округлая или неправильной формы, покрытая капсулой из грубоволокнистой ткани. Есть простые (из ткани 1 - го зубного зачатка), сложные (включают ткани нескольких зубов, порой - сформированы зубы) и кистозные твердые одонтомы. Протекает

бессимптомно, определяется на рентгенограмме или при "выдании" опухоли, когда слизистая альвеолярного ростка под давлением опухоли язвится, и на поверхности появляется твердое костьеподобное образование, которое принимают за ретенированный зуб. Возможное образование свищей с незначительными гнойными выделениями. Твердая одонтома, достигнув определенных размеров, перестает расти, а в ее участке всегда отсутствуют 1 или несколько зубов.

На рентгенограмме опухоль дает округлую тень такой же интенсивности, как ткани зуба. Вокруг опухоли видна капсула из узкой полоски, за которой следует зона склероза кости. Лечение: вылушивание с капсулой. Небольшие одонтомы без осложнений можно не оперировать. Прогноз благоприятный

Цементома — опухоль, которая является чем-то средним между цементозом дисплазией и настоящей опухолью. Некоторые авторы относят к группе одонтом. Соединительнотканная опухоль, построенная из ткани, подобной цементу зуба. Чаще развивается на нижней челюсти около корней зубов, или одного зуба.

Опухоль ограничена капсулой. Развивается медленно, в клинике нет определенных признаков. С ростом опухоли деформирует челюсть, появляются боли в зубах при жевании и пальпации. Вокруг опухоли может развиваться воспалительный процесс. На рентген снимку определяется овальная или неправильной формы однородная плотная тень вокруг или на некотором расстоянии от корня зуба. Рентгенологическая картина подобна фиброзной дисплазии. Цементома состоит из одной или нескольких кистозных полостей, заполненных малоинтенсивной тканью с вкраплениями извести, между которыми полосы неизменной костной ткани. Другой тип рентгенологических проявлений представлен поочередностью зон пятнистого разжижения и неизменной или уплотняющей костной ткани с хаотическим вкраплением извествлений.

Остеобластокластома - доброкачественная опухоль, которая повреждает разнообразные кости скелета. Термин «гигантоклеточная опухоль» предложил Бледгуд (1912), Стоарт (1922) назвал ее «остеокластомой», А.В.Русаков (1924) - «остеобластокластомой» в соответствии с клеточным составом, который ее образует. На сегодня ее считают истинной опухолью, которая, по данным клиники хирургической стоматологии ММСИ, складывает 30% всех костных новообразований. Женщины болеют в 2 раза чаще.

Начальная симптоматика незаметная, но со временем возникает набухание участка челюсти, подвижность зубов в пределах опухоли, наблюдается асимметрия лица. Опухоль увеличивается медленно, безболезненно.

Рентгенологически определяют три разновидности опухоли - ячеистая, которая напоминает амелобластому, кистозную, литическую форму, присущую детям и людям молодого возраста. Для последней формы характерный бесструктурный участок разжижения с разрушением кортикального прослойки челюсти. На рентгенограмме она напоминает саркому.

Для морфологической верификации проводят пункцию новообразования. Пунктат представляет собой кровянисто-бурую жидкость, в которой отсутствует холестерин. Цитологическое исследование дает типическую картину клеточного состава. В сомнительных случаях проводят биопсию.

Макроскопически опухоль представлена мягкотканым новообразованием с разветвленной сеткой кровеносных сосудов, которые кровоточат.

Лечение - удаление опухоли в пределах здоровых тканей. При наличии показаний резекцию проводят одновременно с костной пластикой.

Прогноз для жизни обнадеживающий.

Остеома - доброкачественная опухоль из костной ткани. В зависимости от структуры, различают губчатые и компактные остеомы. Они могут иметь периферическое и центральное расположение. Периферические (внешние) остеомы макроскопически напоминают собой бугорчатые экзостозы. Центральные или внутренние остеомы расположены в кости челюстей. Остеомы челюстей сравнительно обстоятельно описаны в литературе и являются собой наиболее изученную группу первичных опухолей челюстных костей. Чаще встречаются на языковой поверхности нижней челюсти и в околоносовых пазухах, а также в участке верхних челюстей, лобной пазухе, решетчатом лабиринте, основной кости.

Клиника остеом мало выражена. Сравнительно с другими опухолями челюстных костей остеомы растут медленно, в течение многих лет, а то и десятилетий. Развиваясь из кости челюсти, остеомы вызывают постепенное утолщение соответствующего участка, приводя к деформации челюсти, эстетических и функциональных нарушений. Несмотря на большие размеры опухоль не вызывает болезненных проявлений. Симптоматика определяется локализацией, размерами и направлением роста опухоли. Да, остеомы верхней челюсти, которые растут в ее полость, могут вызывать

экзофтальм, невралгию 1 ветки тройчатого нерва, слезотечение, диплопию, сужение поля зрения, снижения остроты зрения, асимметрию лица. Могут наблюдаться явления застоя на дне глаза в связи с давлением на нерв. Ринологические симптомы возникают в результате закрытия выводных отверстий дополнительных полостей носа и накопления в них секрета, который приведет к образованию мукоцеле.

Остеомы челюстных костей могут вызывать также нарушение жевательной функции, а в случае роста опухоли в нос - нарушение дыхания.

При росте в лобную пазуху возникает атрофия ее перегородки, опухоль заполняет обе пазухи и только затем может вызывать узурю одной из стенок. Располагаясь в решетчатом лабиринте, остеома прорастает в орбиту.

Остеома лобной кости и решетчатого лабиринта при прорастании в переднюю черепную ямку может перфорировать твердую мозговую оболочку. Возникают осложнения в виде абсцесса головного мозга и менингита. Рентгенологическая картина остеом зависит от их строения и локализации. Располагаясь внешне от кости, остеомы на рентгенограмме имеют вид шаровидного костного образования, ограниченного по периферии кортикальной пластинкой, которая является продолжением кортикальной пластинки челюсти. Остеомы имеют губчатое или компактное строение. Опухоль расположена на ножке или на широкой основе. В околоносовых пазухах, в частности в верхнечелюстных, остеома представляет собой шарообразной формы плотное костное образование на ножке.

При диагнозе остеомы, в случае ее бессимптомности, больной должен находиться под динамическим наблюдением каждые 6 месяцев. Оперативное вмешательство выполняют лишь при наличии патологических симптомов, вызванных ростом остеомы.

Гистологическое изучение остеомы показало, что костное вещество компактных остеом имеют типичные остеоидные структуры и содержит в себе небольшое количество узких центральных костных канальцев.

Губчатая остеома построена из сетки, расположенных нерегулярно костных трабекул с разной степенью зрелости. Между трабекулами наблюдается клеточно-волоконистая ткань. За своим строением губчатая остеома отвечает губчатой кости, но отличается от нее отсутствием регулярного расположения костных балок. Губчатые остеомы располагаются в челюстях чаще, чем компактные.

Диагностика. Губчатые остеомы чаще всего необходимо дифференцировать с фиброзной дисплазией, что иногда даже при гистологическом исследовании сделать трудно. Последние отличаются от остеом наличием фиброзной остеогенной ткани и небольшим количеством примитивных костных трабекул. Кроме того, при дифференциальной диагностике следует иметь в виду реактивные гиперостозы неопухолевого происхождения и осифицирующий миозит.

Прогноз при остеомах благоприятен, опухоль не приобретает злокачественного характера.

Лечение остеом только хирургическое. Поскольку остеомы имеют очень медленный, годами, доброкачественный, бессимптомный ход, больные не требуют специального лечения. Операция показана лишь в тех случаях, когда возникают эстетические или функциональные нарушения. Оперативное вмешательство включает удаление опухолей в пределах здоровой кости.

Остеоид-остеома.

Во время рентгенологического исследования больных с невралгией тройчатого нерва и другими болевыми синдромами лица в кости нижней челюсти иногда, оказываются одиночные ячейки уплотнения шарообразной формы диаметром не больше 1 см. После удаления такой ячейки боли исчезают. В отличие от опухоли костей остеоид-остеома челюстных костей наблюдаются, как правило, у людей более зрелого возраста.

Клиническая картина. Больные жалуются на боль. Но при поражении челюстей этот симптом свойствен не только остеоидной остеоме. Жалобы больных с остеоидной остеомой нижней челюсти однотипны. При отсутствии деформации боли имеют локальный характер, ноющий, то постоянный, то приступообразный с короткими ремиссиями. Чаще боли более интенсивны ночью. Эти боли не возникают внезапно, наступает постепенное наложение разнообразных мало выраженных ощущений, которые со временем переходят в четко выраженный болевой синдром. Нередко боли усиливаются во время еды, особенно при локализации опухоли в кортикальном слое альвеолярной части нижней челюсти. Механизм боли при остеоидной остеоме связывают со склерозом окружающей костной ткани, в участке опухоли. Другие авторы считают, что боль является результатом реактивного склероза кости и воспалительных изменений надкостницы. При расположении остеоидной остеомы в губчатой прослойке слизистая оболочка альвеолярного отростка и окружающих мягких тканей нижней челюсти не имеет внешних изменений. При локализации в кортикальной прослойке

альвеолярной части ровные расположения остеонной остеомы можно наблюдать незначительное покраснение слизистой оболочки. При пальпации участка поражение определяется нерезко выраженная припухлость.

Рентгенологическая картина остеонной остеомы нижне-челюстной кости характерна, особенно в поздних стадиях болезни. В нижней челюсти опухоль, как правило, располагается в ее боковых отделах, поражая кортикальный прослойку или губчатое вещество. На начальных стадиях болезни остеон-остеома на рентгенограммах оказывается в виде нечеткого, неправильной, шаровидной формы ячейки деструкции диаметром 0,5 - 1 см в костной ткани альвеолярной части или тела нижней челюсти. Вокруг ячейки деструкции окружающая кость склерозированная.

Микроскопическая картина в разные периоды развития остеонной остеомы разная. В начале заболевания опухоль состоит из мезенхимальной ткани, очень богатая клетками и сосудами и имеет остеопластическую функцию. Среди одноядерных клеток типа остеобласта, окружающего остеонное вещество, иногда встречаются многоядерные клетки типа остеокласта. Позже, по мере развития болезни, участок остеонной ткани, так называемое "гнездо", известляется и превращается в образование, которое состоит из густо переплетенных, грубых костных балок, а в конечных стадиях процесса имеет вид остеомы.

Лечение остеонной остеомы хирургическое. Выделяют гнездо опухоли со склеротическими участками окружающей ткани. Возможные рецидивы.

Хондрома.

Это доброкачественная опухоль, которая характеризуется образованием зрелого хряща. Локализуется чаще всего в переднем отделе верхних челюстей в виде изолированного солитарного узла. Редкие случаи - образование опухоли на нижней челюсти. Есть два вида хондромы : энхондрома - расположена центрально в глубине челюсти и экхондрома - периферически, периостальный или юкстакортикально, что растет за пределы челюсти. Растет хондрома медленно. Периферическая форма проявляется в виде бугристого, плотного на ощупь, безболезненного образования связанного с костью, пределы четки. Энхондрома развивается незаметно в глубине кости, приводит к подвижности и смещению зубов в разные стороны. Диагностируется значительно позже, когда опухоль, разрушив кость, прорастает наружу. Слизистая оболочка не изменяется. При долговременном существовании возможное превращение хондромы в злокачественную хондросаркому.

Рентгенологически хондрома не всегда имеет четкую характерную картину, что связано с ее неоднородной структурой и тем, что она наслаивается на другие костные образования верхней челюсти. Рентгенологически: очаг деструкции костной ткани с четкими пределами, есть участки уплотнения и разжижения костной ткани.

Диагноз. Дифференцируют хондрому от остеофибромы, амелобластической фибромы. Макроскопически хондрома имеет вид хрящевого образования плотной консистенции с участками миксоматозу и некрозу. Микроскопически она состоит из гиалинового хряща, в котором неравномерно расположены хрящевые клетки. Отсутствие полиморфизма и митозов отличает ее от хондросаркомы.

Лечение. Оперативное.

Прогноз. Для жизни благоприятный в случае своевременного удаления опухоли.

Остеохондрома (костно-хрящевой экзостоз). Это доброкачественное образование, покрытое хрящом, локализуется на суставной головке нижней челюсти. Описывают его под разнообразными названиями: гипертрофия, гиперплазия, остеома суставной головки. Встречается редко, складывает 3,4 % среди костных новообразований.

В начальном периоде заболевания возникают хруст или неприятные ощущения в участке одного височно-нижнечелюстного сустава. Постепенно (в течение 1-2 лет) развивается и нарастает деформация лица за счет сдвига нижней челюсти в непораженную сторону, отмечается выбухание костного характера в участке пораженного сустава, не связанное с кожей, безболезненное, ограниченное. Нарушается прикус, становятся затрудненными откусывания и пережевывания еды. При открывании рта смещение челюсти увеличивается. На рентгенограмме в прямой и боковой проекциях определяют деформацию и увеличение головки нижней челюсти за счет опухоли костного характера.

Дифференциальную диагностику проводят с остеоартрозом, вывихом нижней челюсти, другими опухолями суставного отростка.

Лечение. Резекция части головки нижней челюсти с новообразованием.

Прогноз для жизни благоприятен.

Фиброosteома (осиффицирующая фиброма) - это доброкачественная опухоль, встречается только в челюстных костях. Клинически и рентгенологически она похожа с фиброзной дисплазией. Отличается от нее только четкими пределами и наличием капсулы. Раньше она рассматривалась как форма фиброзной дисплазии. Фиброosteому дифференцируют от десмопластической фибромы, амелобластической фибромы, доброкачественной цементобластомы.

Лечение - удаление опухоли с капсулой.

ОСНОВНЫЕ ТИПЫ ГЕАНГИОМ

Капиллярные	Ветвистые	Кавернозные	Смешанные	Комбинированные
Локализация: на слизистой оболочке полости рта, на коже лица.	В ЩЛД локализуется крайне редко.	Локализация: мягкие ткани лица, язык слизистая оболочка полости рта, шея, челюсти.	Сочетание капиллярных, ветвистых и кавернозных гемангиом.	Ангиофиброма, ангиолипома, нейроангиома, ангиомиома и др.
Капиллярные Клиника: плоский, пятнистый, розово-красный или синюшно-багровый участок тканей, позитивный симптом «надавлевания»	Ветвистые Состоят из артериальных сосудов, пульсирует, выслушивается систолический шум (артериовенозные анастомозы), увеличение при наклоне головы вниз	Кавернозные Клиника: признак «сжимания» и «налива» может иметь капсулу, наличие флеболита		

Дифференциальная диагностика:

аневризмы, лимфангиома, невус, меланома, лимфосаркома

Методы лечения :

Диспансерное наблюдение, оперативное, эмболизация, электрокоагуляция, криодеструкция, лучевая терапия, склерозирующая терапия, системная терапия гормональными препаратами и др.

Гемангиомы и гемангиоэндотелиома принадлежат к неостеогенным опухолям челюстей.

Изолированные гемангиомы челюстей встречаются сравнительно редко. Чаще имеет место сочетание гемангиомы мягких тканей лица или полости рта с гемангиомой челюсти. В таких случаях слизистая оболочка десен и неба бывает ярко-красного или сине-багрового цвета, который облегчает установление диагноза.

Значительно сложнее установить диагноз гемангиомы челюсти в тех случаях, когда окружающие мягкие ткани не втянуты в поражение. Такие изолированные гемангиомы челюстей могут проявляться повышенной «беспричинной» кровоточивостью десен; при лечении пульпитов и периодонтитов возникает упорная кровоточивость из корневых каналов. Серьезным осложнением является значительное артериальное кровотечение из гемангиомы челюсти в том случае, когда установлен неправильный диагноз (остеобластокластома, остеодисплазия, остеофиброма и др.) и проводится биопсия или удаления расположенного в зоне гемангиомы значительно подвижного зуба. Такое внезапно возникающее кровотечение может оказаться смертельным, особенно в случае возникновения ее в условиях поликлиники, на приеме у неопытного врача. Однако чаще всего больные с гемангиомой челюсти обращаются в клинику по поводу повышенной кровоточивости из десен или из канала зуба.

Клиника

Клиника зависит от локализации, степени распространенности опухоли и ее гистологического строения. Гемангиома челюсти может быть ограниченной и распространенной, капиллярной и кавернозной. Распространяясь на кортикальную часть челюсти, она может обусловить симптом

флюктуации, истончив или полностью разрушив на определенном участке спонгиозную и кортикальную ткань челюсти. При этом возможное разрушение альвеолярного отростка и связано с этим прогрессирующее усиление симптома подвижности зубов, вздутия кости, в связи с чем больной может обратиться к врачу с просьбой удалить зуб или даже группу зубов.

Прорастая из надкостницы в слизистую оболочку десен, гемангиома челюсти становится заметной по своей синюшной окрашенности; зубы при этом едва держатся в мягких тканях. В таких случаях больные обращаются к врачу по поводу обильных кровотечений из десен, которые неоднократно повторяются, из полости разрушенного зуба или из носа. Значительной асимметрии лица при гемангиоме обычно не оказывается, потому чрезмерного разрушения челюсти не происходит.

На рентгенограмме гемангиома челюсти проявляется вздутием кости, мелко или среднеклеточным рисунком, иногда имеют место периостальные наслоения.

Патологическая анатомия. Внутрикостные гемангиомы челюстей бывают, как правило, кавернозными, ветвистыми или сочетают с капиллярными. Реже они являются сплетением ветвистых аневризм или сплетением расширенных крупных сосудов. В еще более жидких случаях гистологическая картина является преимущественно капиллярной формой гемангиомы.

Диагноз

Диагностика гемангиом челюстей сложна, особенно тогда, когда отсутствующие жалобы на кровоточивость десен и опухоль не приблизилась к слизистой оболочке десен. В таких случаях необходимо дифференцировать гемангиому от остеобластокластома, аденомы, миксомы. Пункция гемангиомы почти всегда является достаточным ориентиром. Однако отсутствие крови в шприце еще не дает полную почву исключить диагноз гемангиомы. Поэтому в таком случае следует повторить пункцию из другого полюса опухоли, а полученный пунктат при пункции направляют на цитологическое исследование.

Большой помощью в сомнительных случаях является биопсия. Однако, решив взять кусочек подозрительной гемангиомы, хирург должен быть готовым до того, что во время биопсии возможно сильное кровотечение, которое необходимо будет срочно остановить и провести пополнение кровопотери.

Желательно к хирургическому вмешательству провести ангиографию лицевого скелета, благодаря которой можно установить источник гемангиомы, а также обширность ее распространения к основе черепа (при локализации на верхней челюсти). Ангиографию должен проводить специально подготовленный врач-рентгенолог. Следовательно, следует подчеркнуть, что каждый больной с гемангиомой лица должен быть тщательным образом обследован для выявления у него гемангиомы челюсти. Раннее выявление ее способствует раннему применению консервативных способов лечения. Лечение

Небольшие костные гемангиомы можно ликвидировать повторными инъекциями в опухоль 1-2 мл 95% этилового спирта или 2% раствора салициловой кислоты на 80% спирте, раствора хинина гидрохлорида с уретаном и др. Последний раствор выписывают за прописью: уретану - 6,5, хинина гидрохлорида - 12,5, дистиллированной воды - 100мл. Количество хининаретанового раствора, который одноразово вводится от 3 до 5 мл. Вводят его с интервалами в 3-5 дней до 12-20 раз (в зависимости от размеров опухоли).

Вследствие введения склерозирующих растворов происходит свертывание крови в полостях гемангиомы, фибротизация и запустение их.

Значительные гемангиомы челюстей обычно подлежат хирургическому лечению. Если гемангиома локализуется на верхней челюсти, проводят ее резекцию. При локализации гемангиомы в более толстые тела нижней челюсти можно провести (экстраоральный доступ) резекцию внешней кортикальной пластинки челюсти, при этом широко раскрыть гемангиому, перевязать сосуды, которые приводят к ней кровь, затампонировать дно костной раны лоскутом жевательного мышцы. После этого внешнюю рану соединить с полостью рта (путем разреза по переходной складке), на внешнюю рану наложить послойные швы, а со стороны полости рта рану тампонировать йодоформной марлей на 7-10 дней. Еще к началу операции необходимо в гемостатических целях провести двустороннюю перевязку внешних сонных артерий, а во время операции следить за адекватным пополнением кровопотери. При наличии противопоказаний к операции необходимо провести курс глубокой рентгенотерапии.

Прогноз благоприятен лишь при условии раннего выявления и лечения гемангиомы в челюсти. В противном случае возможны переломы кости, значительные профузные кровотечения.

Фиброма - доброкачественная опухоль, которая развивается из волокнистой соединенной ткани. Может локализоваться как на коже любого участка предплечья и шеи, так и в полости рта на слизистой оболочке.

Различают фиброму твердую (не содержит жировую ткань) и мягкую (заключает в себе элементы жировой ткани).

Фиброма кожи представляет собой безболезненное образование плотно-эластичной или мягкой консистенции, которое расположено в более толстые кожи или выступает над ее поверхностью в виде полушария. Она ограниченно подвижная, имеет широкую основу и цвет нормальной кожи (может быть розового или коричневого цвета). Поверхность фибромы бывает гладкой (твердая фиброма) или в зморжках (мягкая фиброма).

Мягкая фиброма, которая имеет тонкую ножку и ковбасоподобную форму носит название фибропапилома.

Фиброма может быть расположена и в толще мягких тканей в виде узла с четкими пределами, что имеет капсулу.

Разновидностью фибромы является гистиоцитома (дерматофиброма), которая заключает в себе фибробласты, фиброциты и гистиоциты, а также десмоидная фиброма (десмоид). Обе формы склонны к инфильтрирующему росту.

В полости рта фиброма локализуется чаще на слизистой оболочке щек, альвеолярного отростка и языка. Встречается симметричное расположение фибромы в виде веретенообразных образований с языковой или небной стороны альвеолярного отростка - так называемая симметричная фиброма.

Епулид - опухолевидное образование десен, расположенное в участке шейки зуба, безболезненное, имеет широкую основу и грибовидную форму. Своей основой может входить между зубами, распространяясь на языковую поверхность альвеолярного отростка. Клинически различают фиброзную и ангиоматозную формы епулиду. Фиброзный епулид имеет гладкую поверхность, плотную или плотно-эластичную консистенцию, бледно-розовый цвет, безболезненный, не кровоточит. Ангиоматозный епулид мягкий, красного цвета, легко кровоточит. Лечение фибром заключается в удалении их в пределах неизмененных тканей.

Лечение епулида хирургическое - в пределах здоровых тканей.

9. ПЛАН И ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА УЧЕБНОГО ЗАНЯТИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ.

№ п/п	Этапы занятия	Распределение времени	Виды контроля	Средства учебы
1.	Подготовительный этап	15 мин.	Устный опрос за перечнем вопросов. Письменное тестирование.	Компьютер (ноутбук). Мультимедийные методические разработки. Анатомические муляжи. Видео- и фотоматериалы. Электронные справочники. Рентгенограммы, ортопантограммы, томограммы. Набор инструментария. Результаты лабораторных, цитологических и гистологических исследований.
1.1	Организационные вопросы			
1.2	Формирование мотивации			
1.3	Контроль начального уровня подготовки (стандартизированные средства контроля)			
2.	Основной этап (указать все виды работ, которые выполняют студенты во время этого этапа).	60 мин.	Практический тренинг. Решение клинических задач. Создание алгоритмов врачебных действий, профессиональный тренинг.	
3.	Заключительный этап	15 мин.	Тестирование. Практические задания. Ситуационные и нетипичные задачи. Устный опрос.	
3.1	Контроль конечного уровня подготовки			
3.2	Общая оценка учебной деятельности студента			
3.3	Информирование			

	студентов о теме следующего занятия			
--	--	--	--	--

4.5. Виды самостоятельной работы студентов.

1. Выучить такие вопросы ($\alpha=1$) :

1.26. Что такое доброкачественные опухоли?

1.27. Что такое опухолевидные новообразования?

1.28. Перечислить факторы, которые способствуют возникновению доброкачественных одонтогенных и неодонтогенных опухолей челюстей. Навести классификацию доброкачественных одонтогенных и неодонтогенных опухолей челюстей.

1.29. Описать клиническую картину доброкачественных доброкачественными одонтогенных и неодонтогенных опухолей челюстей Гистологические особенности, этиология при доброкачественных одонтогенных и неодонтогенных опухолях челюстей. Методы диагностики, дополнительные методы исследования при подозрении на доброкачественные одонтогенные и неодонтогенные опухоли челюстей.

1.30. Дифференциальная диагностика доброкачественных одонтогенных и неодонтогенных опухолей челюстей Профилактика возникновения доброкачественных одонтогенных и неодонтогенных опухолей челюстей. Методы лечения доброкачественных одонтогенных и неодонтогенных опухолей челюстей.

2. Тестовые задания с единичным правильным ответом ((= II) :

2.1. При пункции остеобластокластомы получают:

A. Желтоватую жидкость.

B. Кровь.

C. Бурую жидкость.

D. Прозрачную жидкость.

E. Гнойный экссудат.

(Правильный ответ: C)

2.2. Какие кости лицевого скелета чаще повреждает хондрома?

A. Кости носа.

B. Нижнюю челюсть.

C. Верхнюю челюсть.

D. Лобные кости.

E. Высочные кости.

(Правильный ответ: C)

2.3. Где локализуется остеохондрома?

A. Шейные позвонки.

B. Небный шов.

C. Головка ВНЧС.

D. Носовая перепонка.

E. Орбита.

(Правильный ответ: C)

3. Тестовые задания с множественным выбором:

3.1. Назовите характерные рентгенологические формы остеобластокластомы.

A. Ячеистая.

B. Смешанная.

C. Кистозная.

D. Переходная.

E. Литическая.

(Правильный ответ: A, C, E)

3.2. Назовите локализацию остеомы костей лица.

A. Нижняя челюсть.

B. Основная кость.

C. Лобная пазуха.

D. Носовые кости.

E. Решотчатый лабиринт.

(Правильный ответ: Все.)

3.3. Назовите симптомы остеонной остеомы.

A. Самовольная боль.

- В. Ночные боли.
- С. Асимметрия лица.
- Д. Носовое кровотечение.
- Е. Затруднение глотания.

(Правильный ответ: А, В, С.)

4. Задачи для самоконтроля:

4.1. Мужчине 48 лет во время санации полости рта сделан рентгеновский снимок нижней челюсти. Обнаруженная деструкция костной ткани с ровными четкими пределами в участке угла нижней челюсти, не связанная с корнями зубов. При диагностической пункции полученный экссудат коричневого цвета, без кристаллов холестерина.

Какой предыдущий диагноз?

(Ответ: остеобластокластома)

4.2. Больная 35 лет жалуется на боль в зубах и утолщения тела нижней челюсти. Объективно: лицо больной асимметрично за счет утолщения нижнего отдела левой щеки. 36 зуб отсутствует. Коронки 35 и 37 конвергируют. Левая половина тела нижней челюсти веретенообразно вздута, пальпаторно - достаточно твердая, поверхность ее гладка, безболезненна. На рентгенограмме левой половины нижней челюсти в участке тела - зона деструкции в виде многих мелких кругообразных полостей, отделенных одна от другой костными перемычками. рисунок имеет мелкоячеистый характер. Корни 35, 36 зубов резорбированные на 1/3 своей длины. При пункции - жидкость бурого цвета.

Какой наиболее вероятный диагноз?

(Ответ: Остеобластокластома тела нижней челюсти.)

4.3. Больной 24 годов, жалуется на опухоль, которая увеличивается, в участке тела нижней челюсти справа. Болеет в течение 5 месяцев. При обзоре: в участке угла нижней челюсти есть вздутие. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. На рентгенограмме определяется деструкция костной ткани на уровне 46, 47, 48 зубов и в участке веток, с четкими контурами, в виде отдельных полостей с костными перегородками. Корни 46, 47, 48 зубов резорбированы.

Поставьте диагноз.

(Ответ: остеобластокластома нижней челюсти справа)

4.6. Перечень индивидуальных заданий.

.Овладеть методикой забора материала для цитологического исследования:

- методом отпечатка;
- методом соскоба;
- методом мазка.

2. Овладеть методикой диагностической пункции.

3. Овладеть методикой приготовления мазка на предметном стеклышке.

4.8. Перечень теоретических вопросов к итоговому модульному контролю.

1.Перечислить факторы, которые способствуют возникновению амелобластомы и остеобластокластомы.

2. Описать клиническую картину амелобластомы.

3. Описать клиническую картину одонтомы.

4. Описать клиническую картину остеобластокластомы.

5. Описать клиническую картину гемангиомы.

6. Методы диагностики и дополнительные методы исследования больных.

7. Дифференциальная диагностика доброкачественных одонтогенных и неодонтогенных опухолей.

8. Профилактика возникновения одонтогенных и неодонтогенных опухолей.

9. Клинические проявления одонтогенных и неодонтогенных опухолей.

4.9. Перечень практических заданий и работ к итоговому модульному контролю.

1. Провести пальпацию опухоли челюстно-лицевого участка.

2. Провести диагностическую пункцию.

7. ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература:

1.Бернадский Ю.И. Основы хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – Минск: Белкнига, 1998.

2.Гнатышак 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.

Дополнительная литература:

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.

**№ 16. Кисты челюстей (одонтогенные и неодонтогенные, эпителиальные и неэпителиальные).
Одонтогенные кисты челюстей (радикулярная, фолликулярная, поднадкостничная, парадентарная, ретромолярная, первичная, киста прорезывания). Остеогенные опухолевидные новообразования челюстей (фиброзная остеодисплазия, паратиреоидная остеодистрофия, болезнь Педжета, эозинофильная гранулема) : этиология, патогенез, классификация, гистологическое строение, клиника, дифференциальная диагностика, особенности лечения, осложнения, профилактика.**

1. Конкретные цели:

- 1.1. Анализировать этиологические факторы возникновения одонтогенных кист челюстей.
- 1.2. Пояснить клиническую картину одонтогенных кист челюстей.
- 1.3. Предложить пути предупреждения возникновения осложнений во время лечения одонтогенных кист челюстей.
- 1.4. Классифицировать одонтогенные кисты челюстей.
- 1.5. Трактовать данные рентгенологических исследований пациентов с одонтогенными кистами челюстей.
- 1.6. Рисовать схемы рентгенологической картины и локализации одонтогенных кист челюстей, оперативных вмешательств при цитотомии и цистэктомии.
- 1.7. Проанализировать преимущества и недостатки разнообразных остеопластических материалов для заполнения дефектов челюстей после удаления одонтогенных кист.
- 1.8. Составить план обследования и лечения пациентов с одонтогенными кистами челюстей.
- 1.9. Анализировать общность возникновения опухолевидных поражений челюстей.
- 2.0. Пояснить особенности клинического течения опухолевидных поражений челюстей.
- 2.1. Предложить новое видение распространенности опухолевидных поражений челюстей.
- 2.2. Классифицировать опухолевидные поражения челюстей.
- 2.3. Трактовать данные рентгенографических, цитологических и гистологических исследований при опухолевидных поражениях челюстей.
- 2.4. Рисовать схемы обследования больных с опухолевидными поражениями челюстей.
- 2.5. Проанализировать особенности дифференциальной диагностики опухолевидных поражений челюстей.
- 2.6. Составить план обследования и лечения больных с опухолевидными поражениями челюстей.

2. БАЗОВЫЙ УРОВЕНЬ ПОДГОТОВКИ.

Названия предыдущих дисциплин	Полученные навыки
1. Анатомия человека.	Знать анатомию верхней и нижней челюстей, кровоснабжение и иннервацию тканей головы и шеи. Определить границы челюстно-лицевой области.
2. Гистология и патологическая анатомия.	Знать гистологическое строение и морфологическую структуру патологически измененных тканей. Распознавать патологически измененные ткани. Знать патолого-анатомическую характеристику

	опухолевидных поражений челюстей. Уметь взять материал для морфологического исследования.
3. Топографическая анатомия и оперативная хирургия.	Знать топографическую анатомию челюстно-лицевой области и принципы оперативных доступов к различным отделам челюстно-лицевой области. Уметь поставить топический диагноз. Ориентироваться в выборе оперативных доступов при лечении опухолевидных поражений челюстей.
4. Патологическая физиология.	Знать этиологию и патогенез заболеваний, обмен веществ в патологически измененных тканях. Определить этиологию и патогенез одонтогенных эпителиальных опухолей.
4. Общая хирургия.	Знать методы обработки рук хирурга. Уметь накладывать швы на ткани.

3. ОРГАНИЗАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА.

Одонтогенные опухоли и опухолевидные процессы относятся к органоспецифическим и встречаются только в челюстных костях. Гистогенез таких заболеваний связан с тканями, из которых формируется зуб.

Радикулярна киста.

Этиология. Причиной является воспалительный процесс в челюсти в области корня зуба.

Клиника. Растет медленно, годами, безболезненно, долгое время не заметно для больного. Увеличение кисты происходит за счет накопления в ней продуктов распада и трансудата из сосудов оболочки кисты.

При истончении кости пальпаторно отмечается симптом "пергаментного хруста", впервые описанный Дюпюитреном, а в местах полного рассасывания кости определяется флюктуация. При аспирации содержимого кисты при помощи шприца получаем жидкость светло-желтого цвета или, иногда, с бурым или коричневым оттенком. В ней содержатся кристаллы холестерина, которые хорошо заметны под микроскопом, а при высыхании, - и простым глазом. Размеры кисты разные: от горошины - до куриного яйца.

Фолликулярная (околокоронковая) киста.

Происхождение кисты связано:

- во первых, в связи с длительным хроническим воспалением около корней прорезавшихся молочных или постоянных зубов;
- во вторых, в связи с развитием зубного фолликула.

Клиническая картина похожа с клинической картиной радикулярной кисты. Дифференциальная диагностика основывается на данных рентгеновского снимка, на котором в полости кисты находится полностью сформированный зуб.

Ретромолярная (парадентарная) киста.

Располагается в области угла нижней челюсти. Происхождение ее связано с хроническим воспалительным процессом в околозубных тканях и затрудненным прорезыванием зуба мудрости.

Гингивальная киста. Второе название: "железа Серра", "жемчужина Эпштейна". Чаще выявляется у детей и у лиц преклонного возраста. Клиническое течение бессимптомное. Родители детей принимают ее за преждевременно прорезавшийся зуб. Объективно имеет вид белесоватого, округлого, плотного, с перламутровым оттенком образования. Не требует специального лечения.

Дифференциальную диагностику одонтогенных кист проводят с кистозной формой адентиномы, с остеобластокластомой, одонтогенной фибромой, мягкой одонтомой, раком и саркомой челюстей и др.

Лечение всех кист хирургическое. В 1892 и 1910 годах Партч предложил два метода операций: цистотомию (Партч - I) и цистозэктомию (Партч - II).

Цистотомию применяют очень редко. Суть операции заключается в том, что из полости кисты создают дополнительную бухту полости рта. Эта операция показана при наличии кисты больших размеров, удаление которой угрожает ранением сосудов, нервов или переломом нижней челюсти. Кроме того, ее применяют у пациентов преклонных лет, ослабленных больных, у детей с молочным прикусом. Ее преимуществами являются: простота выполнения, малая травматизация, исключение возможности рецидива. Недостатком цистотомии является длительный срок наличия полости.

Цистэктомия - полное удаление кисты с оболочкой и ушиванием раны наглухо. Преимущества операции заключаются в отсутствии необходимости длительного ухода за послеоперационной раной и в возможности ускорения репаративных процессов.

Недостатками операции являются случайная травматизация сосудов и нервов, проникновение в гайморовую полость, возможность рецидива процесса, повреждение соседних зубов.

ОСТЕОГЕННЫЕ ОПУХОЛЕВИДНЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ФИБРОЗНАЯ ДИСПАЗИЯ

Впервые фиброзную остеодисплазию выделил В.Р. Брайцев в 1927 г., когда он представил четкое описание морфологической картины заболевания. До этого фиброзная дисплазия была описана под разными названиями, чаще всего, как: фиброзная остеодистрофия, односторонняя фиброзная остеодистрофия, фиброкистозная болезнь, фиброостеома и др. В 1938 г. Lichtenstein подтвердил исследование В.Р. Брайцева и, поэтому, этот процесс именуют, как опухоль Брайцева-Лихтенштейна.

В классификации А.А. Колесова фиброзная дисплазия отнесена к разряду остеогенных опухолевидных образований, а у Т.П. Виноградовой - к доброкачественным опухолям.

По данным челюстно-лицевой клиники Московского медицинского стоматологического института (А.А. Колесов, 1964), фиброзная дисплазия встречается у 7,8% больных с поражением челюстей опухолями и опухолевидными образованиями.

Патогенез окончательно не выяснен. По мнению В.Р. Брайцева (1927), Lichtenstein (1938, 1942), Jaffe (1942), в основе фиброзной остеодисплазии лежит нарушение нормального процесса костеобразования, которое заключается в том, что на определенной стадии развития мезенхима дифференцируется не в костную ткань, а в фиброзную.

Клиника. Заболевание проявляется, чаще всего, в детском и юношеском возрасте, редко, - у взрослых, протекает в течение длительного времени скрыто и только у одиночных больных встречаются болевые ощущения. Нередко заболевание обнаруживается в первые годы жизни. У детей наблюдаются случаи бурного или циклического течения. Фиброзная дисплазия встречается в 3-4 раза чаще у женщин, чем у мужчин, выявляется в виде монооссального или одностороннего полиоссального заболевания. Кроме поражения диафизарных отделов трубчатых костей, бедер, большеберцовых костей, а также, плечевых и лучевых костей, поражаются кости лица и мозгового черепа. На конечностях заболевание проявляется вздутием и деформацией или укорачиванием их, хромотой, болью. Костные разрастания в мозговом и лицевом черепе бывают односторонними и, поэтому, вызывают значительную асимметрию лица. Любимой локализации фиброзной дисплазии в челюстях нет. Сформировавшийся очаг в челюсти выглядит, как вздутие или неравномерная бугристость кости. Если "опухоль" локализуется около края орбиты, появляется симптом выпячивания глазного яблока из деформированной и суженной глазницы. Это приводит к одностороннему "львиному" искажению черепа. На нижней челюсти у детей может иметь место как диффузное поражение всей челюсти, так и изолированное вовлечение в процесс лишь одной суставной головки. При поражении нижней челюсти функция ее, как правило, не страдает, рот открывается свободно, жевание остается безболезненным.

В некоторых случаях полиоссальной фиброзной остеодисплазии имеет место (преимущественно у девочек) синдром Олбрайта, который характеризуется наличием не только костных изменений, но и преждевременным половым созреванием, пигментными пятнами на коже, которые создают впечатление географической карты. Локализуются они, главным образом, на животе, спине, ягодицах, боковой поверхности туловища, промежности и бедрах. Shira и соавт. (1975) наблюдали фиброзную дисплазию нижней челюсти с клиническими проявлениями в виде эпизодического роста опухоли, мимолетной боли, припухлости, лихорадки, ускорения СОЕ. Антибиотикотерапия давала только кратковременный эффект. Из очагов поражения были высеяны грамположительные микроорганизмы, которые, по мнению авторов, и являются флорой. Аналогичную картину мы наблюдали при фиброзной остеодисплазии ветвей челюсти, когда родители для лечения у ребенка воспаления в околоушной области долгое время применяли тепловые процедуры. В таких случаях избыток тепловых процедур может привести, даже, к абсцедованию, образованию свища, после чего больного начинают ошибочно лечить по поводу хронического остеомиелита ветви челюсти.

Рентгенологическая картина фиброзной дисплазии полиморфна. Это обусловлено тем, на какой фазе развития нормальной кости наступило нарушение остеогенеза, и какой морфологический компонент преобладает в момент обследования. Кроме того, картина поражения зависит и от того, на какой челюсти (верхней или нижней) оно локализуется. Так, на нижней челюсти, особенно у детей, чаще встречаются изменения ячеистого характера на фоне увеличения и вздутия кости. Эти изменения могут быть как одно-, так и двусторонними, симметричными. В одних случаях отмечается преимущество неравномерного уплотнения кости, в других, - достаточно четко ограниченный дефект

костной ткани овальной формы, или диффузное чередование участков поражения костной ткани с очагами уплотнения.

На верхней челюсти поражения всегда односторонние, и, чаще, достигают значительной степени плотности и облитерации верхнечелюстной пазухи, вплоть до полного ее исчезновения. Однако, могут быть, напротив, случаи увеличения верхнечелюстной пазухи и затемнения ее, на этом фоне заметна более интенсивная тень, которая вдается в полость мягкотканного образования, иногда, с запирающей костной "скорлупой" по его краю. На фоне диспластических очагов рассасывания корней зубов не наблюдается. Иногда, при диффузной форме дисплазии нижней челюсти, на рентгенограмме определяются периостальные наслоения, которые, нередко, приводят к ошибочной мысли об остеогенной саркоме или хроническом остеомиелите челюсти.

При всех формах фиброзной остеодисплазии отсутствуют любые общие биохимические изменения в организме; в частности, уровень кальция и фосфора в плазме крови, как правило, не изменяется, и, лишь у некоторых больных, отмечено увеличение кальция и уменьшение фосфора крови.

Клиническое течение заболевания хроническое, длительное, доброкачественное, но, в одиночных случаях, наблюдается злокачественное перерождение патологического очага с превращением его в веретенообразную, круглоклеточную, полиморфноклеточную саркому или фибросаркому.

Фиброзную дисплазию необходимо дифференцировать с генерализованной фиброзной остеодистрофией (болезнь Энгеля-Реклингаузена), остеобластокластомой, саркомой, кистами, хроническим остеомиелитом челюсти и др. Первые два заболевания отличаются тем, что при них имеет место большое количество остеокластов, остеокластическая резорбция кости, кровяные "озера" и "заболачивания кости" с образованием кист; всего этого нет при фиброзной остеодисплазии. Генерализованная фиброзная остеодистрофия развивается в нормально развитой кости, тогда как фиброзная дисплазия является врожденным нарушением процесса костеобразования. При болезни Энгеля-Реклингаузена имеет место гиперкальциемия.

Для остеогенной саркомы характерным является быстрое развитие и разрушение коркового вещества, а также, периостальные разрастания - появление "козырька Бредена" и спикул.

Хондросаркома, хотя и протекает более медленно, но локализуется, чаще, в переднем отделе верхней челюсти и шейках суставных отростков. Сравнительно четко и часто саркому (особенно остеогенную) можно выявить при применении радиоиндикационного метода исследования, поскольку в ней активнее фиксируется радиоактивный фосфор.

Одонтогенная киста отличается наличием яркого янтарного пунктата с примесью кристаллов холестерина и более четкими контурами дефекта на рентгенограмме.

От хронического остеомиелита челюсти фиброзную остеодисплазию отличает то, что при остеомиелите в анамнезе будет указание на острое начало заболевания, которое было раньше, а дисплазия начинается незаметно, медленно прогрессируя, обычно, незаметно для больного. Когда появляется асимметрия лица в результате диспластического увеличения челюсти (обычно, в области ветви нижней челюсти) на фоне некоторых болевых ощущений, больные (или родители больных детей) применяют тепловые процедуры, что приводит в начале к застойным, а затем, воспалительным явлениям кожи и подкожной клетчатки, провоцируя этим постановку диагноза остеомиелита челюсти. Однако, указанные особенности анамнеза о начале заболевания и типичная для дисплазии рентгенологическая картина, при отсутствии внутриротовых или наружных свищей, помогают установить диагноз фиброзной остеодисплазии. Гистологическое исследование рассеивает всякие сомнения.

Лечение фиброзной остеодисплазии хирургическое - выскабливание. Возникший дефект челюсти постепенно замещается костной тканью. Некоторые авторы при фиброзной дисплазии нижней челюсти применяют радикальную операцию, которая заключается в частичной субпериостальной резекции нижней челюсти с одновременной костной пластикой, но это допустимо лишь у взрослых и при условии выраженной деформации лица. Лучевая терапия при фиброзной дисплазии позитивного результата не дает.

ХЕРУВИЗМ

Херувизмом называют один из видов диспластического поражения нижней челюсти, который характеризуется симметричным вздутием кости в области ее обоих углов. В результате этого лицо приобретает почти квадратную и одутловато-округлую форму, подобную лицу херувима.

Патогенез заболевания изучен недостаточно, однако, большинство авторов склонно относить его за счет нарушения костеобразования под воздействием неврогенных и инкреторных факторов. Отмечается передача болезни по наследству, что дало повод для появления весьма выразительных синонимов: "семейная поликистозная болезнь", "семейная фиброзная дисплазия", "семейная двусторонняя гигантоклеточная опухоль челюсти".

Клиника. Болезнь начинается вскоре после рождения или в 1,5-3 года; развивается медленно, безболезненно, достигая четкой картины к 15-18 месяцам. Обычно, родители и окружающие не видят патологию, относят деформацию лица за счет упитанности ребенка.

В период полового созревания болезнь прогрессирует, вызывая болевые ощущения, а после окончания этого периода процесс прекращается, размеры углов челюсти постепенно уменьшаются, лицо приобретает более нормальные контуры. Процесс может приобретать обратное развитие. По данным В.В. Рогинского, в половине случаев при херувизме у детей отмечается увеличение не только нижней, но, одновременно, и верхней челюсти.

Пальпаторно в области углов нижней челюсти определяется куполообразное вздутие; внутренняя поверхность нижней челюсти при этом не изменяется.

Характерной особенностью Херувизма является или нарушение закладки зубных зачатков (что сказывается впоследствии, в той или иной степени, выраженной адентией), или нарушение сроков прорезывания, формы и локализации зубов, которые уже прорезались.

Рентгенологически определяется кистозное поражение челюсти (границы "кист" с возрастом становятся нечеткими, а количество их уменьшается). Нижнечелюстная кость вздута, утончена, а впереди углов имеет нормальную структуру.

Гистологически имеются широкие поля клеточно-волоконистой фиброзной ткани, среди которой огромное количество узелков со скоплением гигантских многоядерных клеток типа остеокластов, что приводит нередко к ошибочной постановке диагноза остеобластокластомы или гиперпаратиреоидной фиброзной остеодистрофии. Однако, в отличие от остеобластокластомы, при херувизме нет главного ее компонента - пролиферирующих остеобластов. Если гистологическое исследование проводится в стадии обратного развития херувизма, в области патологического очага наблюдается образование костных балочек, которые со временем станут более мощными и заместят диспластический дефект в кости.

Лечение консервативное: достаточно лишь наблюдать за больным, поскольку с возрастом болезнь регрессирует, лицо приобретает нормальную форму. В детском возрасте необходима ортодонтическая помощь; взрослым, по показаниям, изготавливают протезы.

Прогноз. В детском возрасте хирургическая помощь неэффективна, поскольку через 1-2 года наблюдаются рецидивы. Однако, иногда, приходится уступать настойчивым требованиям больных, которых тревожит квадратная форма лица, и устранять деформацию хирургическим путем.

ДЕФОРМИРУЮЩИЙ ОСТОЗ (БОЛЕЗНЬ ПЕДЖЕТА, ДЕФОРМИРУЮЩАЯ ОСТЕОДИСТРОФИЯ).

В 1877 г. Peget описал редкое и своеобразное заболевание скелета, которое считал хроническим воспалительным процессом и назвал его *osteitis deformans*. Начиная с работ Stenholm (1924), это заболевание, как и болезнь Ангеля-Реклингаузена, ученые начали относить не к воспалительным, а к остеодистрофическим процессам, считая их разновидностями одного и того же заболевания. Однако, в 1932 г. Schmort установил, что эти заболевания должны различаться как в этиологическом, так и патологоанатомическом аспектах: при болезни Педжета костное вещество имеет абсолютно другую структуру, чем при болезни Ангеля-Реклингаузена.

Этиология и патогенез болезни Педжета выяснены недостаточно. Попытки связать ее с сифилитической инфекцией, ревматизмом, эндокринными заболеваниями, травмой, антигенными влияниями, конституциональной неполноценностью скелета и его перегрузкой не получили общего признания. Достовернее следует признать предположение А.В. Русакова о том, что болезнь Педжета относится к диспластическим процессам, близким к опухолям, а возможно, и является своеобразной костной опухолью. В основе такой точки зрения лежат данные о непрерывной функциональной перестройке кости, в процессе которой происходит не только разрушение, но и увеличение ее, что напоминает рост опухоли.

Микроскопическая картина болезни Педжета свидетельствует об усиленной патологической перестройке кости : появляется огромное количество, так называемых, линий склеивания, где процесс рассасывания кости прекращается, а в дальнейшем происходит наслаивание нового костного вещества. Бесконечное изменение этих двух процессов, которые протекают вне физиологических законов, обуславливает характерную макро- и микроструктуру пораженных костей. Рассасывание происходит при участии остеокластов; образуются глубокие лакуны, костный мозг замещается рыхло-волоконистой тканью, которая срослась с эндоостом. Содержимое органических веществ в пораженных костях увеличено, а неорганических, - резко уменьшено. На этом фоне нередко развивается остеосаркома.

Клиника. Деформирующий остоз чаще наблюдается у мужчин в возрасте свыше 40 лет, хотя может возникать и значительно раньше, - в детском или юношеском возрасте. Schmort различает две формы болезни Педжета : монооссальную и полиоссальную. В отличие от болезни Ангеля-Реклингаузена, при полиоссальной форме болезни Педжета никогда не поражаются все кости. Нарушения обычно ограничиваются теми костями, которые

несут значительную механическую нагрузку;: бедренная, большеберцовая, позвоночник, кости мозгового и лицевого черепа. При этом, пораженные кости резко деформируются. В частности, при поражении лицевых костей возникает типичная деформация: утолщение скуловых костей, западение переносицы, утолщение подбородка. Лицо приобретает сходство с львиной мордой, что дало основание назвать это состояние, как *leontiasis ossea*. При этом, возможно развитие невралгии ветвей тройничного нерва.

При локализации процесса в мозговом черепе отмечается головная боль, увеличение окружности черепа, достигающая 70 см. Постепенно мозговой череп нависает над лицевым. Лицо кажется маленьким, иногда возникает нарушение психики, спутанность сознания.

На рентгенограмме костей, которые поражены болезнью Педжета, определяется беспорядочное чередование сравнительно плотных и рыхлых участков, что напоминает мозаику из участков, похожих на комки ваты. В иных случаях можно видеть мелкие кистозные полости, утолщения кости.

Дифференциальный диагноз необходимо проводить с болезнью Энгеля-Реклингаузена, сифилитическим поражением и акромегалией лицевых костей. В связи с этим, необходимо помнить, что нарушений общего характера при болезни Педжета не отмечается, в частности, нет изменений в количественном составе кальция и фосфора в крови, чем это заболевание отличается от болезни Энгеля-Реклингаузена.

При генерализованной остеодистрофии, как и при болезни Педжета, происходит рассасывание старой и образование новой кости; однако, гистологическая разница между ними существенна: при болезни Педжета вместе с разрастанием соединительной и остеонной тканей есть гнездовые очаги обызвествления новообразованной кости, которые обуславливают деформацию и не ровный рельеф пораженной кости. В отличие от гипертиреоидной остеодистрофии, при болезни Педжета резко активизируется остеопластическая функция периоста. Кроме того, следует иметь в виду то, что генерализованная остеодистрофия поражает чаще людей более молодых и, преимущественно, женского пола.

Сифилитическое поражение отличается тем, что оно не вызывает увеличения черепных костей, редко локализуется в эпифизах. Гуммозные очаги деструкции расположены более субпериостально: периостальная реакция при сифилисе бывает очень часто, а при болезни Педжета - отсутствует.

Акромегалия не сопровождается структурными изменениями костного вещества, как это имеет место при болезни Педжета.

Лечение деформирующей остеодистрофии является симптоматическим и паллиативным: для уменьшения головной боли, боли при невралгии тройничного нерва можно применить лучевое лечение. Назначают витаминотерапию, гидротерапию, покой, усиленное питание. Хирургические вмешательства в виде удаления резко выступающих частей лицевых костей носят сугубо косметический характер.

ПАРАТИРЕОИДНАЯ (ГЕНЕРАЛИЗОВАНА) ФИБРОЗНАЯ ОСТЕОДИСТРОФИЯ, ИЛИ БОЛЕЗНЬ ЭНГЕЛЯ - РЕКЛИНГАУЗЕНА

В 1864 г. Engel описал макроскопическую картину, а в 1891 г. Recklinhausen - микроскопическую характеристику системного заболевания скелета, которое было ими названо фиброзным оститом. Авторы считали, что в основе данного заболевания лежит воспаление кости, которое приводит к замещению костной ткани фиброзной тканью. Однако, в 1924 г. Stenholm на основании своих исследований решительно высказался против воспалительной природы заболевания, которое описали Engel и Recklinhausen, считая, что эта болезнь имеет в своей основе не воспаление, а дистрофию; поэтому, автор предложил именовать ее фиброзной остеодистрофией.

Патогенез заболевания достаточно хорошо изучен А.В. Русаковым (1925), который доказал, что болезнь Энгеля-Реклингаузена - своеобразное эндокринное заболевание, которое развивается в результате опухолевого увеличения и гиперфункции паращитовидной железы; по его мнению, под воздействием чрезмерной выработки паратиреоидина происходит бурная перестройка в костях скелета. Это дало основание А.В. Русакову предложить новое название болезни - паратиреоидная остеодистрофия, наиболее радикальный способ лечения которой - удаление опухоли паращитовидной железы. Венский хирург Mandl (1926) подтвердил на практике правильность такой патогенетической трактовки заболевания и теоретического обоснования операции, предложенной Русаковым. Однако, по его мнению, в происхождении генерализованной остеодистрофии играет роль не только гиперфункция паращитовидной железы. Это следует из того, что в эксперименте введение гормона указанной железы вызывает изменения лишь подобные, но не полностью идентичные всем признакам болезни. Очевидно, есть еще какие-то другие факторы, которые играют роль в возникновении болезни.

Патологическая анатомия. Суть микроскопических изменений при болезни Энгеля-Реклингаузена заключается в следующем: костный мозг поддается постепенному очаговому рассасыванию и замещению волокнистой соединительной тканью; костные балочки поддаются лакунарному рассасыванию. Это приводит к образованию костных пустот, утончения коркового вещества и постепенной замены его примитивными костными структурами, неполноценными в механическом отношении, но которые хранят

функциональную направленность. Костные балочки, которые образуются из них, быстро поддаются рассасыванию и замещению такими же недолговечными образованиями. В некоторых случаях пролиферация остеогенной ткани протекает настолько бурно, что твердые костные балочки не образуются и происходит разрастание лишь костеобразовательных клеток. Данный процесс приводит к возникновению серозных и кровяных кист. В отличие от процессов, которые наблюдаются при остеобластокластомах, здесь нет бластоматозного компонента опухоли. В результате быстрого и прогрессирующего декальцинирования костей во всем организме наступают характерные изменения: в почках, легких, пищеварительной системе откладываются соли кальция. Развивается картина известкового нефроза, нефрокальциноза, почечных камней, калькулезного пиелонефрита. Известь откладывается в клетках печени, в стенках артерий конечностей, что может привести к гангрене пальцев. Вследствие усиленной перестройки костей резко растет потребность организма в холекальцифероле (витамина D₃), которая не покрывается обычными количествами его в пище.

Клиника. Сначала очаги поражения костной ткани ничем себя не проявляют. Поражения челюстной кости во многом внешне напоминают проявления остеобластокластомы; однако, из-за отсутствия активного и выраженного бластоматозного процесса, кость мало увеличивается в своем объеме или даже вовсе не увеличивается.

Характерным для паратиреоидной остеодистрофии является размягчение и деформация костей без существенного увеличения их объема. Особенно незначительное место имеют внешне мало заметные изменения при наличии активной опухоли паращитовидной железы.

Постоянным симптомом болезни является гиперкальциемия - повышенное содержание кальция в плазме крови до 3,49-4,99 ммоль/л (в норме 2,25-2,74 ммоль/л) и снижение содержания неорганического фосфора до 0,48 ммоль/л (при норме 0,97-1,13 ммоль/л). При пункции можно получить кровь, а если в кости уже сформировалась серозная киста - жидкость без кристаллов холестерина. На рентгенограмме определяется разжижение и утончение не только челюстных, но и других костей.

Дифференциальная диагностика с одонтогенной кистой основывается на том, что киста на рентгенограмме имеет более четкие и ясно определяемые контуры, а при пункции ее можно получить яркую янтарную жидкость с кристаллами холестерина.

Что же касается аденомы, саркомы и миксомы челюстей, то решающим фактором в дифференциации их с болезнью Энгеля-Реклинггаузена есть наличие изменений со стороны крови и других костей при болезни Энгеля-Реклинггаузена и отсутствие этих изменений при указанных трех опухолях.

Лечение генерализованной остеодистрофии должно быть патогенетическим - оперативное удаление увеличенной паращитовидной железы. Кроме того, следует назначать поливитамины (А, В₁, В₁₂, С, D) в сочетании с общим кварцевым облучением, ионофорезом кальция хлорида в участке пораженной челюсти.

Прогноз. Течение болезни хроническое, вялое; описаны лишь редкие случаи острой паратиреоидной остеодистрофии со смертельным исходом (от интоксикации в связи с массивным поступлением в кровь большого количества паратгормона). При запоздалом лечении прогноз неблагоприятен (возможны переломы различных костей, петрификация почек с развитием нефропатии - почечного камнеобразования, пиелонефрита, петрификация легких, периферических сосудов и т. п.).

4. ПЛАН И ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА УЧЕБНОГО ЗАНЯТИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ.

№ из/п	Этапы занятия	Распределение времени	Виды контроля	Средства учебы (объекты, которые используются в учебном процессе как носители информации и инструменты деятельности преподавателя и студента)
1.	Подготовительный этап	5 мин.	Устный опрос за перечнем вопросов. Письменное	Компьютер (ноутбук). Мультимедийные
1.1	Организационные вопросы	5 мин.		

1.2	Формирование мотивации		тестирование. Практический тренинг. Решение клинических задач. Создание алгоритмов врачебных действий, профессиональный тренинг.	методические разработки. Анатомические муляжи. Видео- и фотоматериалы. Электронные справочники. Рентгенограммы, ортопантограммы, томограммы. Набор инструментария. Результаты лабораторных, цитологических и гистологических исследований.
1.3	Контроль начального уровня подготовки (стандартизированные средства контроля)	10 мин.		
2.	Основной этап (указать все виды работ, которые выполняют студенты во время этого этапа).	60 мин.		
3.	Заключительный этап	10 мин.		
3.1	Контроль конечного уровня подготовки			
3.2	Общая оценка учебной деятельности студента			
3.3	Информирование студентов о теме следующего занятия			

4.5. Виды самостоятельной работы студентов.

1. Выучить такие вопросы (=I) :

- 1.1. Дать общую характеристику одонтогенным эпителиальным опухолям.
- 1.2. Какие новообразования относят к одонтогенным эпителиальным кистам челюстей?
- 1.3. Перечислить клинические признаки разных одонтогенных эпителиальных кист челюстей.
- 1.4. Диагностика и дифференциальная диагностика одонтогенных эпителиальных кист челюстей.
- 1.5. Методы лечения одонтогенных эпителиальных кист челюстей.
- 1.6. Перечислить осложнения, которые возникают при одонтогенных эпителиальных кистах.
- 1.7. Анатомия костей лицевого скелета.
- 1.8. Эмбриогенез и гистологическое строение костей лица.
- 1.9. Теории происхождения опухолевидных поражений челюстей.
- 2.0. Гистологические и клинические классификации опухолевидных поражений челюстей.
- 2.1. Клиническая картина опухолевидных поражений челюстей.
- 2.2. Диагностика и дифференциальная диагностика опухолевидных поражений челюстей.
- 2.3. Методы лечения опухолевидных поражений челюстей.
- 2.4. Прогноз и осложнение под время и после лечения опухолевидных поражений челюстей.

2. Тестовые задания с единичным правильным ответом (a=II) :

- 2.1. Какое название имеет десневая киста в других источниках?

A" Жемчужина Эпштейна".

B. Адамантинома.

C. Периостальная киста.

D. Парадентарна киста.

E. Фолликулярная киста.

(Правильный ответ: A).

- 2.2. Когда чаще возникает парадентарная киста?

A. В преклонном возрасте.

B. В молодом возрасте.

C. На беззубой челюсти.

D. У младенцев.

E. У подростков.

(Правильный ответ: B).

- 2.3. Кисты прорезывания клинически находятся:

- A. На апикальной части зуба.
- B. Между зубами.
- C. Под зубом.
- D. В теле челюсти.
- E. В ветви челюсти.

(Правильный ответ: C).

2.4. При фиброзной дисплазии поражаются:

- A. Кости лица и мозгового черепа.
- B. Только кости лицевого черепа.
- C. Только кости мозгового черепа.
- D. Только челюсти.
- E. Зубные зачатки.

(Правильный ответ: A).

2.5. Какие основные признаки фиброзной дисплазии?

- A. Односторонние костные разрастания в области мозгового и лицевого черепа.
- B. Костные разрастания в области мозгового и лицевого черепа всегда двусторонние и симметричные.
- C. Поражаются, преимущественно, кости средней зоны лица.
- D. Чаще всего поражается угол нижней челюсти.
- E. Костные разрастания всегда сопровождаются болевым симптомом.

(Правильный ответ: B).

2.6. При болезни Педжета поражаются:

- A. Преимущественно трубчатые кости.
- B. Преимущественно плоские кости.
- C. Диафизарные отделы трубчатых костей.
- D. Только кости лицевого скелета.
- E. Только кости мозгового черепа.

(Правильный ответ: B).

3. Тестовые задания с множественным выбором:

3.1. Для радикулярной кисты характерными являются симптомы:

- A. Изменение цвета зуба.
- B. Пергаментного хруста.
- C. Вазопареза.
- D. Дрожание верхушки зуба.
- E. Венсана.

(Правильный ответ: A, B, C, D).

3.2. Назовите этапы операции цистэктомии.

- A. Разрез.
- B. Отслаивание надкостницы.
- C. Вылущивание кисты.
- D. Обработка раны.
- E. Наложение швов.

(Правильный ответ: A, B, C, D, E).

3.3. Назовите недостатки операции цитотомии.

- A. Длительный период заживления.
- B. Необходимость постоянного и тщательного ухода за послеоперационной раной.
- C. Неудобства для пациента.
- D. Невозможность нормально разговаривать.
- E. Нарушение глотания.

(Правильный ответ: A, B, C).

3.4. Для херувизма характерны следующие признаки:

- A. Безболезненное течение.
- B. Вздутие обоих углов нижней челюсти.
- C. Стабильность процесса.
- D. Риск малигнизации.
- E. Спонтанный перлом нижней челюсти.

(Правильный ответ: A, B, C).

3.5. Назовите симптомы фиброзной дисплазии.

- А. Асимметрия лица.
- В. Хромота.
- С. Сужение глазной щели.
- Д. Парез лицевого нерва.
- Е. Экзофтальм.

(Правильный ответ: А, В, С, Е).

3.6. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать болезнь Педжета?

- А. Сифилис.
- В. Генерализованная остеоидистрофия.
- С. Хронический остеомиелит.
- Д. Акромегалия.
- Е. Перелом верхней челюсти.

(Правильный ответ: А, В, D).

4. Задачи для самоконтроля:

4.1. У пациента при рентгенологическом исследовании на рентгенограмме верхней челюсти наблюдается деструкция костной ткани округлой формы с четкими контурами размером 0,7x0,7 см в проекции верхушки корня 27 зуба. Поставьте диагноз.

(Ответ: кистогранулема).

4.2. При осмотре больного выявлена деформация альвеолярного отростка верхней челюсти в области 22, 24 зубов. 23 зуб отсутствующий. Переходная складка в участке этих зубов сглажена, слизистая оболочка бледно-розового цвета, при пальпации плотной консистенции, безболезненная. На рентгенограмме 22, 24 зубов отмечается деструкция костной ткани округлой формы с четкими ровными контурами. В проекции этой деструкции находится коронка зуба. Поставьте диагноз.

(Ответ: фолликулярная киста).

4.3. Мужчина 35 лет обратился к врачу с жалобами на утолщение альвеолярного отростка верхней челюсти. Предварительный диагноз: радикулярная киста верхней челюсти. Что будет выявлено во время пункции альвеолярного отростка в области "утолщения" в пунктате?

(Ответ: желтоватая жидкость).

4.4. У больной, 22 лет, выявлено утолщение обеих скуловых костей и подбородка, западение переносицы. Внешний осмотр лица напоминает "львиную морду". Наблюдается гиперостоз, утолщение и искривление костей скелета. Какое заболевание можно заподозрить у больной?

(Ответ: болезнь Педжета).

4.5. Больной, 20 лет, обратился с жалобами на боль в зубах нижней челюсти, ее вздутие, деформацию лица. Объективно: челюсть в области вздутия безболезненна, плотная, бугристая, мягкие ткани не изменены. Открывание рта свободное, подчелюстные лимфатические узлы не пальпируются. Какое заболевание можно заподозрить у больного?

(Ответ: фиброзная остеодисплазия нижней челюсти).

4.6. У больной 18 лет выявлена следующая клиническая картина: лицо имеет квадратную форму за счет утолщения в области углов нижней челюсти, периодические боли в участке углов челюсти. На рентгенограмме – мелкопетлистая структура кости нижней челюсти в участках их углов. Деформация наблюдается с момента рождения, боли появились около 6 месяцев назад. Какой диагноз?

(Ответ: херувизм).

4.6. Перечень индивидуальных заданий (не предусмотрено рабочей учебной программой по дисциплине).

4.8. Перечень теоретических вопросов к итоговому модульному контролю.

1. Клиника и лечение радикулярной кисты нижней челюсти.
2. Фолликулярная киста челюсти: клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
3. Резидуальная киста челюстей: этиология, патогенез, дифференциальная диагностика, лечение.
4. Парадентарная киста челюстей: этиология, патогенез, дифференциальная диагностика, лечение.
5. Остеогенные опухолевидные образования: остеодисплазия, паратиреоидная остеоидистрофия, болезнь Педжета, эозинофильная гранулема: происхождение, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

4.9. Перечень практических заданий и работ к итоговому модульному контролю.

1. Уметь собрать анамнез и провести клиническое обследование больного, правильно оформить историю болезни, установить диагноз и назначить лечение.
2. Уметь выполнить любой вид местного обезболивания в челюстно-лицевой области.

3. Уметь взять материал для цитологического или гистологического исследования.
4. Подготовить набор инструментария для цистэктомии.
5. Подготовить набор инструментария для цистотомии.
6. Обследовать больного с опухолью, установить диагноз и назначить лечение.

6. ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература:

1. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. К. Вспышка, 2003.- 512 с.
2. Маланчук В.О., Копчак А.В. Доброкачественные опухоли и опухолевидные поражения челюстно-лицевого участка и шеи / Учебное пособие. - К.: Издательский дом "Асканія", 2008. - 320 с.
3. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: В 2-х темах. / Под редакцией В.М.Безрукова, Т.Г.Робустовой. - Изд. 2-ое, перераб. и доп. - М.: Медицина, 2000. - 776 с.
4. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. - К.: Красная 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.

Дополнительная литература:

1. Губайдулина Е.Я., Кирпичник Л. Н. Опухоли, опухолеподобные поражения и кисты лица, органов полости рта, челюстей и шеи // Хирургическая стоматология . - М.: Медицина, 1996. - С.512-624.
2. Корытный Д.Л. Зубные кисты: 'Казахстан, Алма-Ата, 1972. - 141 с.
3. Солнцев А.М., Колесов В.С. Кисты челюстно-лицевой области и шеи. - К., 1982. - 96 с.
4. Колесов А.А., Воробьев И.Ю. Новообразования мягких тканей. - К., Здоровья, 1991 - 312 с.
5. Савицкий В.А., Черепанов А.Н. Нейрофиброматоз Реклинггаузена Клиника, диагностика и хирургическое лечение/. - М.: Медицина, 1972. 250 с
6. Сагатбаев Д.С. Опухоли челюстно-лицевой области, 1998. - 206 с.
7. Солнцев А.М., Колесов В.С. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта. - Киев: Здоровья, 1985. - 150 с.
8. Ермолов В.Ф. Доброкачественные новообразования и опухолеподобные образования слизистой оболочки полости рта: Автореф.дис. д - ра. мед. наук - М., 1995. 46 с.

№ 17. Рак, саркома мягких тканей полости рта и лица, костей лицевого черепа. Пластическое устранение дефектов челюстей и мягких тканей челюстно - лицевой области.

Рентгенологическая диагностика злокачественных опухолей, дифференциальная диагностика, лечение.

1.КОНКРЕТНЫЕ ЦЕЛИ:

- 1.3. Анализировать заболеваемость злокачественными новообразованиями мягких тканей полости рта и лица, костей лицевого черепа.
- 1.4. Объяснять патогенез возникновения злокачественных новообразований тканей челюстно – лицевой области.
- 1.3. Предложить методы диагностики злокачественных новообразований мягких тканей полости рта и лица, костей лицевого черепа.
- 1.4. Классифицировать злокачественные новообразования мягких тканей полости рта и лица, костей лицевого черепа.
- 3.5. Трактовать патологическую анатомию злокачественных новообразований челюстно – лицевой области.
- 1.6. Рисовать схемы лечения и пластического устранения дефектов челюстей и мягких тканей челюстно - лицевой области при злокачественных новообразованиях мягких тканей полости рта и лица, костей лицевого черепа.
- 1.7. Проанализировать выводы рентгенологических и других диагностических методов исследований злокачественных новообразований челюстно – лицевой области, установить окончательный диагноз.
- 1.8. Составить план лечения злокачественных новообразований мягких тканей полости рта и лица, костей лицевого черепа в зависимости от стадии заболевания и клинической группы.

4. БАЗОВЫЙ УРОВЕНЬ ПОДГОТОВКИ.

Названия предыдущих	Полученные навыки
---------------------	-------------------

дисциплин	
8. 1. Анатомия человека.	Описание анатомического строения и особенностей кровоснабжения, иннервации, лимфатической системы головы и шеи.
2. Гистология и патологическая анатомия.	Знания гистологического строения и патологических изменений в мягких тканях полости рта и лица, костей лицевого черепа при злокачественных новообразованиях.
3. Общая хирургия.	Определение и обоснование плана хирургического лечения при злокачественных новообразованиях челюстно – лицевой области, предложения методов восстановительных операций.
4. Внутренние болезни.	Осмотр и обследование пациента, назначения клинических исследований, установление диагноза, описание истории болезни.
5. Топографическая анатомия и оперативная хирургия.	Схематическое изображение операций при злокачественных новообразованиях мягких тканей полости рта и лица, костей лицевого черепа.
6. Пропедевтика хирургической стоматологии.	Владение методами забора материала для цитологического и гистологического исследований.

5. ОРГАНИЗАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА.

Злокачественные новообразования губ.

Рак губы возникает в области красной каймы губ, в 90-95 % поражает нижнюю губу и встречается, преимущественно, у людей 40-60 лет. Мужчины болеют в 3,4 раза чаще, чем женщины.

Этиология. Рак нижней губы чаще возникает у лиц, которые испытывают хроническое влияние атмосферных факторов: длительная инсоляция, обветривание, изменение влажности, температуры. Значительную роль играют хроническая травматизация губ кариозными зубами и неправильно изготовленными протезами, хроническая травма в результате курения табака (микроожоги), вирусная инфекция и др.

Патогенез. В результате дегенеративно-пролиферативных изменений клеток мальпигиевого слоя эпителия губ нарушаются процессы ороговения, что приводит к возникновению предракового состояния. Согласно классификации А.Л.Машкиллейсона облигатными предраками губы являются: преинвазивный хейлит Манганотти, очаговый гиперкератоз красной каймы губ, бородавчатый предрак красной каймы губ и болезнь Боуэна. Среди факультативных предраков с высокой степенью малигнизации выделяют: папиллому, эрозивную и бородавчатую формы лейкоплакии, кожный рог, кератоакантому и др. Такие заболевания, как хронический хейлит, эрозивная и гиперкератотическая формы красной волчанки и плоского лишая, хронические язвы и трещины губ при длительном существовании и отсутствии адекватного лечения, также, могут стать причиной возникновения рака.

Патологическая анатомия. Рак нижней губы развивается из многослойного плоского эпителия красной каймы и, в дальнейшем, может распространяться на слизистую оболочку и кожу. Подавляющее большинство опухолей губы (80-95%) - это плоскоклеточный ороговевающий рак, около 4-18% наблюдений приходится на неороговевающие формы, очень редко - базальноклеточный и недифференцированный рак. Наиболее агрессивное злокачественное течение болезни наблюдается у недифференцированных форм плоскоклеточного рака без ороговения.

Для рака губ характерным является лимфогенное метастазирование, отдаленные метастазы наблюдаются редко. Первым этапом метастазирования рака губы являются подподбородочные и поднижнечелюстные лимфатические узлы, вторым этапом - глубокие лимфатические узлы шеи (позадичелюстные, вдоль внутренней яремной вены и сонной артерий), третий этап - надключичные.

Классификация рака губы. В зависимости от распространенности опухолевого процесса отечественная классификация предусматривает распределение рака губы на четыре стадии:

I. Опухоль или язва размером до 1,5 см, которая ограничена слизистой оболочкой или подслизистым слоем красной каймы, без метастазов;

II_a. Опухоль или язва, которая ограничена слизистой оболочкой или подслизистым слоем красной каймы размером от 1,5 см, но не более половины губы, без метастазов;

II_в. Опухоль или язва таких же или меньших размеров, но при наличии метастазов в 1-2 подвижных регионарных лимфатических узлах;

III_а. Опухоль или язва, которая занимает большую часть губы, с прорастанием в ее толщину или распространением на угол рта, щеку, мягкие ткани подбородка, без метастазов;

III_в. Опухоль или язва таких же размеров или меньшего распространения, однако, с наличием ограниченно подвижных регионарных метастазов;

IV. Опухоль занимает большую часть губы с прорастанием всей толщины и распространением на костную ткань челюсти, с метастазами в неподвижных регионарных лимфатических узлах, или любых размеров опухоль с отдаленными метастазами.

**Классификация раков губы, слизистой оболочки полости рта, языка.
(коды МКБ - 10: C00; C02 - 06) по системе TNM (6-ое издание, 2002 год).**

Анатомические разделы и подразделы.

Губа.

5. Наружная поверхность верхней губы (красная кайма) - C00.0.
6. Наружная поверхность нижней губы (красная кайма) - C00.1.
7. Комиссуры губы - C00.6.

Полость рта.

7. Слизистые оболочки щек :
 - Слизистая поверхность верхней и нижней губ (C00.3, C00.4).
 - Слизистая оболочка щеки (C06.0).
 - Ретромолярная область (C06.2).
 - Щечно-губная борозда, верхняя и нижняя - преддверие полости рта (C06.1).
8. Альвеолярная поверхность (отросток) слизистой оболочки десен верхней челюсти (C03.0).
9. Альвеолярная поверхность (отросток) слизистой оболочки десен нижней челюсти (C03.1).
10. Твердое небо (C05.0).
11. Язык:
 - Дорсальная поверхность передних двух третей языка (C02.0) и боковая поверхность (C02.1).
 - Вентральная (нижняя) поверхность передних двух третей языка (C02.2).
12. Передняя часть дна ротовой полости (C04.0).

TNM клиническая классификация.

T - первичная опухоль;

T_x - недостаточно данных для оценки первичной опухоли;

T₀ - первичная опухоль не определяется;

T_{is} - прединвазивная карцинома (carcinoma in situ);

T₁ - опухоль до 2 см в наибольшем измерении;

T₂ - опухоль свыше 2 см, но не больше чем до 4 см в наибольшем измерении;

T₃ - опухоль больше 4 см в наибольшем измерении;

T₄ - губа: опухоль распространяется на соседние структуры (например, кортикальный слой нижней челюсти, нижний альвеолярный нерв, дно ротовой полости, кожу лица);

T_{4a} - полость рта (резектабельные): опухоль распространяется на соседние структуры (например, кортикальный слой кости, глубокие мышцы языка, верхнечелюстную пазуху, кожу лица);

T_{4b} - полость рта (резектабельные) : опухоль распространяется на жевательные мышцы, крыловидный отросток или основание черепа и (или) охватывает внутреннюю сонную артерию;

N - регионарные лимфатические узлы;

N_x - недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов;

N₀ - нет признаков поражения регионарных лимфатических узлов;

N₁ - метастазы в одном гомолатеральном лимфатическом узле до 3 см в наибольшем измерении;

N₂ - метастазы в одном гомолатеральном лимфатическом узле до 6 см в наибольшем измерении, или множественные метастазы в гомолатеральных лимфатических узлах, ни один из которых не превышает 6 см в наибольшем измерении, или билатеральные, или контрлатеральные метастатические узлы размером до 6 см в наибольшем измерении;

N_{2a} - метастаз в гомолатеральном лимфатическом узле до 6 см в наибольшем измерении;

N_{2b} - множественные метастазы в гомолатеральных лимфатических узлах, ни один из которых не превышает 6 см в наибольшем измерении;

N_{2c} - билатеральные или контрлатеральные метастатические лимфатические узлы размером до 6 см в наибольшем измерении;

N₃ - метастазы в лимфатических узлах свыше 6 см в наибольшем измерении.

Примечание: лимфатические узлы по средней линии тела считаются гомо-латеральными.

M - метастазы в отдаленные органы;

M_x - недостаточно данных для определения отдаленных метастазов;

M₀ - нет признаков отдаленных метастазов;

M₁ - есть отдаленные метастазы.

рTNM Патоморфологическая классификация.

Категории **pT**, **pN**, **pM** отвечают категориям **T**, **N** и **M**.

pN₀ - материал для гистологического исследования после селективной шейной регионарной лимфаденектомии должен включать не менее чем 6 лимфатических узлов; после радикальной или модифицированной радикальной шейной лимфаденектомии не менее чем 10 лимфатических узлов.

G - гистологическая градация.

G_x - степень дифференциации опухоли не может быть определена;

G₁ - высокая степень дифференциации;

G₂ - средняя степень дифференциации;

G₃ - низкая степень дифференциации;

G₄ - не дифференцированная опухоль.

Группирование по стадиям.

Стадия 0	T _{is}	N ₀	M ₀
Стадия I	T ₁	N ₀	M ₀
Стадия II	T ₂	N ₀	M ₀
Стадия 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
Стадия IV _a	T ₀ , T ₁ , T ₂ , T ₃ , N ₂ , M ₀	N ₀ , N ₁	M ₀
	T _{4a}	N ₂	M ₀
	любое T	N ₂	M ₀
Стадия IV _b	T _{4b}	любое N	M ₀
Стадия IV _c	любое T	любое N	M ₁

Клиника. Клинические проявления рака губы достаточно разнообразны. Различают экзофитные и эндофитные виды роста опухоли.

К экзофитным - принадлежат папиллярная и бородавчатая формы, которые возникают на фоне папиллом, ограниченного очагового гиперкератоза.

К эндофитным формам принадлежат язвенная и язвенно-инфильтративная, которые возникают на фоне хейлита Манганотти и деструктивного дискератоза. Течение эндофитных форм рака более агрессивное. Язвенная форма характеризуется постепенным углублением язвенной поверхности, дно язвы становится неровным, форма - неправильной, края приподнятые, инфильтрированные, благодаря чему язва имеет кратерообразный вид. Сначала язва безболезненна, но, в результате присоединения воспалительных явлений, появляется боль.

При язвенно-инфильтративных формах рака губы зона инфильтрации значительно превышает зону деструкции и имеет плотную консистенцию.

Следует подчеркнуть, что ранние симптомы рака губы мало заметны, и они, обычно, теряются на фоне существующего предракового процесса. Признаком малигнизации может быть усиление деструктивного процесса и появление инфильтрата. Обычно, на границе красной каймы и кожи появляется жесткое уплотнение, которое напоминает струп. После снятия роговых масс обнаживается розовая поверхность с мелкими сосочками, которые покрыты капельками крови и лимфы. Струп может отпадать самостоятельно, но, со временем, он возобновляется. Темп роста опухоли - от медленного к быстрому распространению на всю губу, более интенсивный при эндофитных формах рака. В более поздних периодах, как экзофитные, так и эндофитные формы рака губы, прогрессируя, непременно приводят к возникновению инфильтративно-язвенных форм, которые сопровождаются образованием больших дефектов губы, угла рта, подбородка с переходом на нижнюю челюсть. На этой стадии развития болезни присоединяются значительные воспалительные явления. Состояние больных резко ухудшается, и они погибают от истощения, присоединения пневмонии или от кровотечения из распадающейся опухоли.

Диагностика. Диагноз рака нижней губы основывается на данных осмотра, как невооруженным глазом, так и с применением стоматоскопии (хейлоскопии). Эти методы дают возможность выявить

характер и глубину язвы, увидеть валик инфильтрации вокруг язвы при язвенной форме рака, определить состояние окружающих слизистых оболочек, на которых возник очаг новообразования. Применение прижизненного окрашивания 1% водным раствором толуидинового синего дает возможность увидеть зоны, подозрительные на малигнизацию (зоны предопухолевых образований остаются неокрашенными, а клетки рака фиксируют синий цвет).

Пальпация губы через всю толщу осуществляется большими и указательными пальцами, что дает возможность определить истинные размеры опухоли. Пальпацию регионарных лимфатических узлов следует проводить одновременно с обеих сторон. При подозрении на рак губы обязательно следует проводить цитологическое исследование (мазков-отпечатков или др.) из опухолевой язвы (патологический участок очищают от корок, некротического налета, после чего берут материал для цитологического исследования); исследуют, также, пунктат из регионарных лимфатических узлов. Биопсию желателно выполнять в условиях онкологического диспансера.

Рак губы на начальных стадиях развития необходимо дифференцировать с преканцерозами, туберкулезом и сифилисом. Туберкулезная язва очень болезненна, плоская, имеет вокруг себя венчик гиперемии. У сифилитической язвы подрывтые края и "сальное" дно. Однако, окончательное значение имеют морфологические и бактериологические данные, для сифилиса - серологические реакции.

Методы лечения. Перед началом лечения больных следует убедить в необходимости прекратить курение табака и провести санацию полости рта. Для выбора метода лечения учитывают стадию процесса, клиническую и морфологическую формы опухоли.

Лечение при I стадии, преимущественно, лучевое: близкофокусная рентгенотерапия суммарной очаговой дозой до 70 Гр. В случае радиорезистентных раков применяют хирургическое лечение - широкое прямоугольное или трапециевидное электроиссечение опухоли с пластическим закрытием дефекта. Применяют, также, криохирургию. Лимфатические узлы при I стадии заболевания не удаляют.

При II стадии заболевания для лечения первичного очага применяют близкофокусную рентгенотерапию суммарной очаговой дозой до 70 Гр. При одиночных смещаемых регионарных метастазах (IIб стадия) - выполняют операцию Ванаха или ее модификации (верхнюю шейную лимфаденэктомию).

При III стадии рака губы для лечения первичной опухоли применяют лучевые или комбинированные методы. Дистанционную гамма - терапию, как самостоятельный метод, проводят суммарной очаговой дозой 60 Гр. В отдельных случаях дистанционная гамма-терапия после достижения 40-45 Гр может быть дополнена близкофокусной рентгенотерапией или внутритканевой гамма - терапией до общей суммарной очаговой дозы 60-65 Гр. При IIIа стадии выполняют операцию Ванаха по I или II вариантам с профилактической целью.

Лечение регионарных метастазов при IIIб стадии комбинированное. Дистанционную гамма - терапию суммарной очаговой дозой 40 Гр на зоны регионарного метастазирования выполняют одновременно с проведением лучевой терапии на первичный очаг. Непосредственно после вылечивания первичной опухоли выполняют фасциально-футлярное иссечение шейной клетчатки или операцию Крайля.

При IV стадии процесса при отсутствии отдаленных или множественных несмещающихся регионарных метастазов, полностью оправдана попытка комбинированного лечения: проведение предоперационного курса дистанционной гамма - терапии в сочетании с расширенными и комбинированными операциями с широким иссечением нижней губы, фронтального отдела нижней челюсти, тканей дна полости рта, а также, двустороннее удаление клетчатки с лимфатическими узлами зон метастазирования.

С паллиативной целью возможно проведение телегамматерапии до 40 Гр. При кровотечении показана перевязка наружных сонных артерий. Иногда, значительной регрессии опухоли удается достичь после проведения внутриартериальной регионарной химиотерапии (метотрексат, блеомицин).

При рецидивах рака губы после лучевой терапии показано широкое (отступа не менее 2-3 см от опухоли) электрохирургическое удаление опухоли или ее криодеструкция.

Прогноз зависит от стадии заболевания, особенностей гистологического строения опухоли, своевременности и адекватности лечения. Стойкое излечение при всех стадиях заболевания составляет 50-70%. При I-II стадиях - пятилетняя выживаемость наблюдается у 90% больных. Менее благоприятное течение наблюдается при неороговевающих формах рака и, особенно, при недифференцированных раках.

Злокачественные новообразования языка и слизистых оболочек полости рта.

Этиология. Начало заболевания раком слизистых оболочек полости рта и языка можно объяснить с позиций полиэтиологической теории происхождения рака. Механические раздражения,

температурные, химические, биологические факторы, не будучи специфическими раздражителями, при неудовлетворительном гигиеническом состоянии полости рта инициируют развитие, как предраковых состояний, так и самого рака. К факторам, которые способствуют возникновению рака относятся и такие, как наличие кариозных зубов и не правильно подогнанных ортопедических конструкций в полости рта, закладывание под язык НАСа, жевание листьев бетеля, хронические ожоги от приема алкоголя и т.д.

Предраковые заболевания. Согласно классификации А.Л.Машкиллейсона к предраковым заболеваниям, которые предшествуют развитию рака слизистых оболочек полости рта относят болезнь Боуэна (облигатный предрак) и группа факультативных предраков с большей потенциальной злокачественностью: лейкоплакия эрозивная и веррукозная, папиллома и папилломатоз неба; с меньшей потенциальной злокачественностью: лейкоплакия плоская, хронические язвы слизистых оболочек полости рта, эрозивные и гиперкератотические формы красного плоского лишая и красной волчанки, пострентгеновский стоматит и др.

Патологическая анатомия. Макроскопически рак слизистых оболочек полости рта встречается в виде как экзофитных форм, к которым принадлежат папиллярные и бородавчатые (веррукозные) опухоли, так и эндофитных форм, среди которых следует различать язвенные, инфильтративные и язвенно-инфильтративные опухоли.

Экзофитные формы рака встречаются у 20-30% больных и имеют вид сосочковых, бородавчатых или грибовидных образований на широком основании.

Среди эндофитных форм чаще встречаются язвенные (30-40 %), для которых характерно наличие язвы с валикоподобными приподнятыми краями, инфильтрированными стенками и основанием. Инфильтративные формы чаще всего встречаются в области задней трети языка (около 5 %) и характеризуются наличием плотного инфильтрата под неизменной слизистой оболочкой. В результате дальнейшего развития процесса начальные формы рака приобретают характер язвенно-инфильтративных.

Гистологически 90 % злокачественных эпителиальных опухолей слизистых оболочек полости рта являются плоскоклеточные ороговевающие раки, иногда встречаются неороговевающие и недифференцированные. По гистологическому строению рак передних отделов языка преимущественно является плоскоклеточным ороговевающим, то есть высоко дифференцированным. Ближе к корню языка встречается рак плоскоклеточный неороговевающий, который является менее дифференцированным, и, так же, переходные формы. Низко дифференцированный рак (главным образом, корня языка) составляет около 2-3 %. В области корня языка и неба встречаются, так же, железистый рак, мукоэпидермоидный рак и аденокистозные карциномы (цилиндры), которые развиваются, в основном, в малых слюнных железах.

Метастазирование почти всегда носит лимфогенный характер. Метастазами поражаются преимущественно регионарные лимфатические узлы. Гематогенные метастазы в отдаленные органы наблюдаются редко. Регионарными для слизистых оболочек полости рта и языка являются подподбородочные, поднижнечелюстные, заглоточные и верхние глубокие шейные лимфатические узлы. Самой постоянной и многочисленной группой первичных лимфатических узлов является цепочка глубоких шейных лимфатических узлов. Особенно часто наблюдается поражение этих регионарных лимфатических узлов у больных раком корня языка (до 70%).

Для рака переднего отдела полости рта и языка первым этапом метастазирования является поднижнечелюстные и подподочные лимфатические узлы, для рака задних отделов полости рта и задней трети языка, кроме того, являются глубокие шейные лимфатические узлы (верхние, средние и окологлоточные). Вторым этапом метастазирования являются шейные лимфатические узлы и третьим - надключичные. У больных раком языка и слизистых оболочек дна полости рта наблюдается значительно раньше и часто двустороннее или перекрестное метастазирование и агрессивное течение.

Классификация рака языка по стадиям развития.

А. Отечественная:

I стадия - опухоль до 1 см в наибольшем измерении, которое распространяется лишь на глубину слизистой оболочки и подслизистого слоя. Метастазов нет.

II_а стадия - опухоль или язва большего размера, которые врастают в толщу подлежащей мышечной ткани, но не выходят за среднюю линию языка.

II_б стадия - опухоль такого же размера или меньшего с наличием односторонних одиночных подвижных регионарных метастазов.

III_a стадия - опухоль или язва, которая распространяется за среднюю линию языка или на дно полости рта.

III_b стадия - опухоль того же размера или меньшая, но при наличии множественных подвижных регионарных метастазов или ограниченно подвижных одиночных метастазов.

IV стадия - опухоль, которая поражает большую часть языка и распространяется не только на соседние мягкие ткани, но и на кости лицевого скелета. Опухоли меньших размеров с неподвижными регионарными метастазами или отдаленными метастазами.

Клиническая картина рака слизистой оболочки полости рта и языка в значительной степени определяется, как локализацией процесса, так и характером роста новообразования и стадией его развития. Выделяют три клинических периода развития рака полости рта:

I - начальный (бедный симптомами): на слизистой оболочке появляются безболезненные узелки, трещины, язвы, белые пятна. Вскоре появляются боль, гиперсаливация, неприятный запах изо рта;

II - развитой период: в результате вторичных сопутствующих воспалительных явлений у больных возникают сильные боли с иррадиацией, язык уплотняется, движения его ограничены; больные отказываются от еды, нарушается сон, усиливается ихорозный запах изо рта;

III - период запущенности заболевания: рак быстро распространяется, процесс является исключительно агрессивным. Опухолевый инфильтрат изъязвляется, появляется язва, распад инфильтрата, что еще больше увеличивает страдания больного. Появляется постоянная кровоточивость из опухолевой ткани. В результате роста опухоли уменьшается подвижность языка; прорастание опухоли в область жевательных мышц приводит к их контрактуре. Постоянно прогрессируют явления некроза. В результате ограничения подвижности языка возможна аспирация инфицированной слюны и пищевых масс, что содействует развитию сопутствующих заболеваний со стороны органов дыхания. Достаточно быстро нарастает истощение больного.

В ближайшие 2-3 месяца после первых признаков заболевания у больного возникают увеличенные регионарные лимфатические узлы, отдаленные метастазы наблюдаются достаточно редко. Наиболее неблагоприятной локализацией в полости рта считается рак языка, слизистых оболочек дна полости рта и ретромолярной области. Для этих локализаций характерным является более раннее, часто двустороннее или перекрестное метастазирование и более злокачественное течение заболевания.

Диагностика. Проведение квалифицированных профилактических осмотров врачами-стоматологами, тщательное обследование, диспансеризация и лечение больных с предопухолевыми заболеваниями способствует профилактике и ранней диагностике рака слизистых оболочек полости рта.

К обязательным методам обследования относятся: осмотр, пальпация опухоли и регионарных лимфатических узлов, рентгенография легких для определения отдаленных метастазов в них, морфологическая верификация процесса.

Правильный ранний диагноз рака слизистых оболочек полости рта можно установить на основании анализа анамнестических данных, тщательного осмотра. Осмотр области поражения следует проводить с помощью зеркал, шпателя, крючка Фарабэфа. Применение стоматоскопии улучшает качество обследования.

Для уточнения характера патологического очага на слизистой оболочке целесообразно применять прижизненное окрашивание толлуидиновым синим. Зона злокачественной опухоли окрашивается ярко-синий цвет, не измененные ткани и зона лейкоплакии не окрашиваются.

Во время осмотра и пальпации ретромолярной области, дна полости рта, языка необходимо язык осторожно захватить марлевой салфеткой за кончик и максимально вытянуть его в сторону, противоположную расположению опухоли. Пальпацию дна полости рта, щек, языка всегда следует проводить бимануально. Если опухоль локализуется в корне языка, необходимо применить ларингоскопию, во время которой можно установить характер распространения процесса на ротоглотку и надгортанник. При подозрении на прорастание злокачественной опухоли на прилегающие костные ткани необходимо рентгенологическое исследование.

Решающая роль в установлении диагноза рака принадлежит морфологическим исследованиям - цитологическому (исследование мазков, отпечатков, пунктатов лимфатических узлов) и биопсии.

Дифференциальная диагностика проводится с неспецифическими воспалительными процессами и хроническими язвами, сифилисом, туберкулезом, актиномикозом, аберрантным зубом корня языка, доброкачественными опухолями.

Лечение. Перед началом специального лечения следует провести санацию полости рта. Метод лечения рака слизистых оболочек полости рта и языка определяется локализацией, степенью распространенности, морфологической формой опухоли и общим состоянием больного. Наилучшие результаты получают при применении комбинированных методов, которые заключаются в

использовании предоперационного курса лучевой терапии (I этап), с последующим электрохирургическим удалением облученной опухоли (II этап) и широким удалением в едином блоке регионарных лимфатических узлов, окружающей их клетчатки и фасций поднижнечелюстной, подподбородочной и шейной областей.

При лечении рака передних двух третей языка I и II стадии сначала проводят дистанционную гамма-терапию с двух щечно-поднижнечелюстных полей суммарной очаговой дозой 40-45 Гр в сочетании с близкофокусной рентгентерапией суммарной дозой 40-60 Гр. Через 3-4 недели после стихания явлений лучевого эпителиита и полной реализации эффекта лучевой терапии, выполняют половинную электрорезекцию языка (при II стадии). При наличии регионарных метастазов выполняют операцию Ванаха (у больных раком передней трети языка) или фасциально-футлярное иссечение клетчатки шеи по Пачесу.

У больных III стадией рака языка проводится дистанционная гамма-терапия суммарной очаговой дозой 40-45 Гр, которая может сочетаться с близкофокусной рентгентерапией (передние отделы языка) или внутритканевой терапией. После стихания лучевых реакций, а также, при достаточной регрессии опухоли проводится расширенная операция с рассечением тканей щеки и электрорезекцией всех пораженных тканей. Таким вмешательствам должна предшествовать перевязка язычных или наружных сонных артерий, одновременно проводится операция Крайля.

Для цитостатического химиотерапевтического лечения применяют метотрексат, блеомицин, комплексные соединения платины, адриабластин. Лучше всего применять регионарную внутриартериальную химиотерапию.

Больным раком языка IV стадии показано паллиативное лучевое лечение, в ряде случаев - регионарная внутриартериальная химиотерапия.

При лечении рака корня языка в результате сложного анатомического расположения опухоли главным образом применяют дистанционную гамма-терапию с вовлечением зон метастазирования суммарной очаговой дозой до 70 Гр.

Принцип лечения рака слизистых оболочек других отделов полости рта практически такой же, как и у больных раком языка, однако, в зависимости от анатомического расположения, имеет некоторые особенности. В отличие от хирургии рака языка, которая совершенствовалась благодаря совершенствованию оперативной техники многими выдающимися онкологами, оперативное лечение рака слизистых оболочек других отделов полости рта считается мало перспективным.

Для лечения рецидивов рака языка и слизистых оболочек полости рта в последнее время все чаще применяется метод криодеструкции.

Прогноз. Особенности прогноза зависят от стадии заболевания, анатомической формы и гистологической структуры опухоли, вида и своевременности лечения. Наиболее неблагоприятный прогноз у больных раком задней половины полости рта и языка при наличии инфильтративных форм распространенных новообразований. В I-II стадиях при локализации опухоли в передних отделах языка вылечивается 75-50% больных. Лучшие результаты дает комбинированный метод лечения.

Реабилитация. Радикальное лечение рака слизистых оболочек полости рта и языка сопровождается значительной травматизацией, что приводит к нарушению процесса глотания и артикуляции (речи). Поэтому, очень актуальным является вопрос восстановительного лечения, адекватной пластики дефектов тканей. После комбинированного лечения с проведением операции Крайля наблюдается стойкая потеря работоспособности, больные подлежат экспертизе в МСЭК с установлением II группы инвалидности.

Дифференциальная диагностика язвенных поражений слизистых оболочек полости рта.

Травматическая	Сифилитическая	Туберкулезная	Актиномикотическая	Раковая
Резко ограниченная. Неправильной формы. Края инфильтрированные, плотные, болезненные. Язва неглубокая с гладким дном, покрытым эпителием розового цвета. Около	Имеет "сальное" дно. Края язвы обрублены, гладкие, умеренной плотности, мало болезненные. Около основания язвы - безболезненный	Язва неглубокая; дно серовато-желтого цвета. Края мелкие, подрытые, фестончатые с мелкими грануляциями, которые легко кровоточат.	Язва - на месте актиномикотического узла; дно бухтоподобное, местами покрыто желтоватыми точками. При их исследовании находят друзы актиномицетов. Около основания	Язва имеет кратерообразный вид. Края очень плотные, валикоподобные, которые постепенно спускаются к дну язвы. Дно желтоватого цвета. Около

основания язвы может быть болезненный инфильтрат.	инфильтрат.	Вокруг язвы широкий воспалительный ободок. Язва очень болезненна. Около основания язвы-болезненный инфильтрат.	язвы - плотный, мало болезненный, "деревянистый" инфильтрат.	основания язвы - плотный инфильтрат, безболезненный.
---	-------------	--	--	--

**Дифференциальная диагностика язвенных поражений челюстно-лицевой области
(по Д.Л. Корытному)**

Виды	Декубитальная	Трофическая	Туберкулезная	Сифилитическая	Раковая
Локализация	На участках действия травмирующего фактора	Дно полости рта, ретромолярное пространство, язык	Чаще в среднем отделении полости рта	В любом участке полости рта и красной каймы губ	Чаще губа, язык
Количество элементов	Одиночные, мелкие, разной величины	Одиночные, значительной величины, глубокие	1-3 поверхностные, небольшие, подвержены периферическому росту	Одиночные, размером от чечевицы до копеечной монеты, круглой или овальной формы	Одиночные, разной величины
Характеристика: а) краев б) дна в) налета г) болезненность и консистенция д) окружающих тканей	Неровные, фистончатые Бугристое Серо-грязный в небольшом количестве Слабая болезненность, умеренно-плотная Гиперемированные, отекающие, инфильтрированные на	Ровные Относительно ровное Обширный некротический Безболезненная, мягкая Мало измененные, бледные	Подрытые, нависающие, изъеденные Покрыто кровотоками ранами, иногда остатками серовато-желтого распада Серовато-желтый Очень болезненная, мягкая Отекающие,	Ровные, плотные, возвышаются над окружающими тканями Ровное Сальный Безболезненная, плотная Воспаленные	Неровные, изъеденные, вывернутые, возвышаются Подрытое, легко кровоточит Кровянисто-гнойный или корки Болезненная, значительно плотности Плотный инфильтрат, увеличивает

е) состояние регионарных лимфатических узлов	небольшом расстоянии Увеличенная, болезненная	Обычно не измененные	гиперемированы, могут быть серовато-желтые "тельца Треля" туберкулезные бугорки При увеличении образуют "пакеты", болезненно	е отсутствие, незначительно инфильтрированы Увеличения, плотные, безболезненные	размеры язвы Вначале не изменены, затем - увеличены, плотные безболезненные
Данные цитологического исследования	Без особенностей	Значительный распад тканей	Гигантские клетки Ланганса, туберкулезные палочки	В соскобе находят бледные трепонемы	Атипичные или раковые клетки
Серологические реакции	Негативные	Негативные	Позитивные реакции Перке и Манту	Позитивная реакция Вассермана и др.	Негативные
Общее положение больного	Затрудненный прием пищи, субфебрилитет, головные боли, общая слабость	Имеющиеся некомпенсированные нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы	Легочные формы туберкулеза	Удовлетворительное	В терминальной стадии - кахексия

Злокачественные опухоли челюстей.

Злокачественные опухоли челюстей могут быть как эпителиального происхождения (плоскоклеточный рак, аденокистозная карцинома, аденокарцинома), так и соединительнотканной природы - саркомы (остеосаркомы, хондросаркомы, фибросаркомы и др.).

Среди опухолей челюстей следует различать:

- первичные;
- вторичные;
- метастатические.

Первичный плоскоклеточный рак челюстей встречается очень редко и происходит из эпителиальных островков Малассе, эпителиальных остатков гертвигиевской мембраны.

Вторичные раки прорисходят из слизистых оболочек полости рта или гайморовой пазухи. В связи с тем, что площадь эпителия, который покрывает разные анатомические отделы верхней челюсти, значительно больше, по сравнению с эпителиальным покровом нижней челюсти, чаще всего, встречается рак, именно, верхней челюсти. Малигнизация различной патологии слизистых оболочек, покрывающих альвеолярные отростки и небо, происходит под воздействием канцерогенных факторов, которые уже описаны при рассмотрении рака слизистых оболочек полости рта. Метоплазия цилиндрического мерцательного эпителия слизистых оболочек гайморовых пазух развивается в результате длительного хронического воспалительного процесса с периодическими обострениями.

А. Злокачественные опухоли верхней челюсти.

В последние годы наблюдается рост заболеваемости злокачественными опухолями верхней челюсти. Опухоли этой локализации составляют около 1% - 2% всех злокачественных опухолей. Мужчины и женщины болеют с одинаковой частотой, преимущественно, в возрасте 40 - 60 лет.

Классификации рака верхнечелюстной пазухи.

Отечественная клиническая классификация по стадиям:

I стадия - опухоль ограничена подслизистым слоем одной стенки верхнечелюстной пазухи. Регионарные метастазы не определяются.

II_a стадия - опухоль с очаговой деструкцией костных стенок, которая не выходит за пределы верхнечелюстной пазухи. Регионарные метастазы не определяются.

II_б стадия - опухоль такого же, или меньшего размера, с одиночным подвижным регионарным метастазом на стороне поражения.

III_a стадия - опухоль с разрушением костных стенок, которая распространяется в одну или несколько смежных анатомических областей (орбиту, полость носа, полость рта и др.). Регионарные метастазы не определяются.

III_б стадия - опухоль такого же, или меньшего размера, с одиночными, ограниченно подвижными, или множественными подвижными регионарными одно-, двусторонними или контрлатеральными метастазами.

IV_a стадия - опухоль, которая прорастает в одну или несколько соседних анатомических областей (кожу лица, вторую половину верхнечелюстной кости, скуловую кость, основание черепа), без регионарных метастазов.

IV_б стадия - опухоль той же степени местного распространения с неподвижными регионарными метастазами, или опухоль любого местного распространения с клиническими признаками отдаленных метастазов.

Классификация раков параназальных синусов

(коды МКБ - О С31.0, 1) по системе TNM (6-ое издание, 2002 год).

Анатомические отделы и подразделы :

Верхнечелюстной синус - С31.0.

Решетчатый синус - С31.1.

Регионарные лимфатические узлы:

Регионарными лимфатическими узлами являются шейные лимфатические узлы.

TNM клиническая классификация:

T_x - недостаточно данных для оценки первичной опухоли.

T₀ - первичная опухоль не определяется.

T_{is} - преинвазивная карцинома (carcinoma in situ).

Верхнечелюстной синус:

T₁ - опухоль ограничена слизистой оболочкой полости без эрозии или деструкции кости.

T₂ - опухоль в стадии эрозии, или вызывает деструкцию кости, за исключением задней стенки полости, но включая распространение на твердое небо и/или средний носовой ход.

T₃ - опухоль распространяется на любую из таких структур : заднюю стенку максиллярного синуса, подкожные ткани, кожу щеки, нижнюю или медиальную стенку орбиты, подвисочную ямку, крыловидную ямку, решетчатый синус.

T₄ - опухоль распространяется на орбиту за пределы нижней или медиальной стенок, основание черепа, носоглотку, основной синус, лобный синус.

Носовая полость и решетчатый синус :

T₁ - опухоль ограничена любым одним подразделом и/или без деструкции кости.

T₂ - опухоль проникает в носовую полость.

T₃ - опухоль распространяется на переднюю часть орбиты и/или верхнечелюстной синус.

T₄ - опухоль с интракраниальным распространением; распространением на орбиту, включая верхушку, с вовлечением основного и/или лобного синуса и/или кожи носа.

N_x - недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов.

N₀ - нет признаков поражения регионарных лимфатических узлов.

N₁ - метастазы в одном гомолатеральном лимфатическом узле до 3 см в наибольшем измерении.

N₂ - метастазы в одном гомолатеральном лимфатическом узле до 6 см в наибольшем измерении, или множественные метастазы в гомолатеральных лимфатических узлах, ни один из которых не превышает 6 см в наибольшем измерении, или билатеральные, или контрлатеральные метастатические лимфатические узлы размером до 6 см в наибольшем измерении.

N_{2a} - метастаз в гомолатеральном лимфатическом узле до 6 см в наибольшем измерении.

N_{2b} - множественные метастазы в гомолатеральных лимфатических узлах, ни один из которых не превышает 6 см в наибольшем измерении.

N_{2c} - билатеральные или контралатеральные метастазы в лимфатические узлы размером до 6 см в наибольшем измерении.

N₃ - метастазы в лимфатических узлах свыше 6 см в наибольшем измерении.

Примечание: Лимфатические узлы по средней линии тела считаются гомолатеральными.

M_x - недостаточно данных для определения отдаленных метастазов.

M₀ - нет признаков отдаленных метастазов.

M₁ - имеются отдаленные метастазы.

pTNM - Патоморфологическая классификация.

Категории **pT**, **pN** и **pM** отвечают категориям **T**, **N** и **M**.

pN₀ - Материал для гистологического исследования после селективной шейной регионарной лимфаденэктомии должен включать не менее 6 лимфатических узлов. Материал для гистологического исследования после радикальной или модифицированной радикальной шейной лимфаденэктомии должен включать не менее 10 лимфатических узлов.

G - Гистопатологическая градация.

G_x - Степень дифференциации не может быть определена.

G₁ - Высокая степень дифференциации.

G₂ - Средняя степень дифференциации.

G₃ - Низкая степень дифференциации.

G₄ - Недифференцированная опухоль.

Группирование по стадиям.

Стадия 0	T _{is}	N ₀	M ₀
Стадия I	T ₁	N ₀	M ₀
Стадия II	T ₂	N ₀	M ₀
Стадия III	T ₁	N ₁	M ₀
	T ₂	N ₁	M ₀
	T ₃	N ₀ , N ₁	M ₀
Стадия IV _a	T ₄	N ₀ , N ₁	M ₀
Стадия IV _b	T _{4b}	любое N	M ₀
	любое T	N ₃	M ₀
Стадия IV _c	любое T	любое N	M ₁

Клиника. Клинические признаки начальных стадий рака верхнечелюстной пазухи настолько незначительны, что больные, обычно, не обращают на них внимания и своевременно не обращаются за медицинской помощью. Поэтому, большинство больных попадают в онкологические заведения в запущенных стадиях. Задержке своевременного попадания больных в специализированную клинику способствует ошибочное распознавание заболевания и, в результате, неадекватное длительное лечение больных по поводу других заболеваний. По данным Г.П. Иоанидиса, 35% больных раком верхнечелюстной пазухи в результате ошибочного диагноза были прооперированы по поводу гайморита, полипа носа, периостита верхней челюсти и др.

Симптомы рака верхнечелюстной пазухи в значительной степени зависят от локализации опухоли в том или другом отделе гайморовой пазухи и направления роста опухоли за пределы пазухи. Для систематизации этих симптомов их целесообразно разделить на ринологические, офтальмологические, стоматологические, неврологические:

Ринологические:

- гнойно-кровянистые выделения из носа;
- одностороннее затруднение или полное отсутствие носового дыхания;
- деформация наружного носа, смещения носа в здоровую сторону;
- anosmia.

Стоматологические:

- зубная боль (преимущественно в области моляров);
- подвижность зубов;
- дистопия зубов (латеральная девиация);
- деформация, утолщение альвеолярного отростка верхней челюсти, неба;
- тенденция к образованию ороантральных свищей после экстракции зубов;
- контрактура жевательных мышц (инвазия в область крыловидных мышц).

Офтальмологические:

- экзофтальм;
- диплопия;
- слезотечение (обструкция носо – слезного протока);
- отек век;
- снижение остроты зрения.

Неврологические:

- прозопалгии (боль в области лица);
- симптоматические тригеминальные невралгии;
- парестезии в зоне иннервации суборбитального нерва;
- изнурительная головная боль.

Признавая тесную взаимосвязь между локализацией злокачественной опухоли верхнечелюстной пазухи и ее клиническим течением, шведский отоларинголог Ohngren (1933г.) предложил делить верхнюю челюсть на 4 отдела (секторы или сегменты). Такое деление выполняется в результате проведения двух пересекающихся плоскостей: первая плоскость фронтальная, которая проходит через медиальный угол глаза и угол нижней челюсти и делит верхнюю челюсть и гайморову пазуху на две приблизительно одинаковые части: передне-нижнюю и задне-верхнюю; вторая плоскость сагитальная, она проходит через зрачок глаза и делит гайморову пазуху, соответственно, на внутреннюю (медиальную) и наружную(латеральную) половины.

Вследствие этого образуются 4 сектора:

- ниже-передне-внутренний;
- ниже-передне-наружный;
- выше-задне-внутренний;
- выше-задне-наружный.

Опухоль, которая возникает в каждом из указанных секторов, имеет свою собственную клиническую картину и направление роста опухоли.

Плоскость, которая разделяет верхнюю челюсть на выше-задний и передне-нижний отделы, некоторые авторы называют плоскостью или линией злокачественности. Дело в том, что опухоли задне-верхних отделов диагностируются значительно позже, а опухолевый процесс намного раньше распространяется на жизненно важные органы и, поэтому, прогноз при опухолях этих локализаций значительно хуже.

Для опухолей ниже-передне-внутреннего сектора характерными является наличие слизистых, слизисто-гнойных или гнойно-кровянистых выделений из носа. Прорастание опухоли в полость носа приводит к нарушению дыхания пораженной половиной носа и становится видимой и доступной для биопсии при риноскопии. В более поздних стадиях наблюдается деформация лицевого скелета в результате разрушения передней стенки гайморовой пазухи, переднего отдела неба, альвеолярного отростка верхней челюсти. Опухоль может распространяться на мягкие ткани. Носогубная складка сглаживается, появляется асимметрия лица.

Опухоли ниже-передне-наружного сектора вызывают боль, подвижность зубов, деформацию альвеолярного отростка и верхней челюсти в задних отделах. В результате разрушения задней стенки и прорастания опухоли в подвисочную и крылонебную ямки возникают явления контрактуры жевательных мышц.

Опухоли задне-верхне-внутреннего сектора часто диагностируют в более поздних стадиях заболевания, так как они трудно доступны для осмотра и обследования. Если опухоль сначала прорастает в носовые ходы, то, в первую очередь, появляются характерные симптомы (нарушение носового дыхания, кровянистые выделения из носа), а при риноскопии в верхних отделах носа можно увидеть опухоль. Прорастая в орбиту, опухоль приводит к смещению глазного яблока вперед и латерально. В результате сдавливания опухолью слезного канала возникает слезотечение.

Опухоли задне-верхне-наружного сектора, также, приводят к возникновению экзофтальма со смещением глазного яблока медиально, что сопровождается диплопией. Наблюдаются застойные явления, отек век. При дальнейшем увеличении опухоли появляется асимметрия лица, а затем и значительная его деформация. Развитие опухолей сопровождается интенсивными, изнурительными болями в области ветвей тройничного нерва, головной болью, явлениями контрактуры жевательных мышц.

Диагностика. Для установления диагноза злокачественной опухоли верхнечелюстной пазухи тщательным образом знакомятся с анамнезом заболевания, в котором возможно проследить постоянный рост симптомов заболевания и отсутствие эффекта от лечебных мероприятий.

Во время наружного осмотра больного в поздних стадиях заболевания можно определить наличие асимметрии и деформации лицевого скелета, и смещение глазного яблока.

Передняя риноскопия дает возможность выявить опухоль в полости носа, удалить кусочек опухоли для гистологического исследования. Если опухоль не выходит за пределы пазухи, выполняют ее пункцию и проводят цитологическое исследование пунктата. При задней риноскопии можно установить наличие или отсутствие прорастания опухоли в носоглотку. При этом необходимо отличать "провисание" опухоли через хоаны в просвет носоглотки от опухолевой инфильтрации ее стенок, так как это является одним из критериев операбельности больного.

Осмотр полости рта дает возможность определить деформацию альвеолярного отростка и неба; наличие дистопии, подвижности и выпадения зубов, язвы или бугристой опухоли.

С помощью пальпации можно определить наличие инфильтрации мягких тканей в области клыковой ямки и нижнеорбитального края, деформацию склона носа и скуловой кости. Пальпацию мягких тканей и костей выполняют бимануально, сравнивая симметрично расположенные участки. Если находят опухоль, пальпаторно определяют ее границы, консистенцию (плотная, хрящеподобная, эластичная, мягкая), поверхность (бугристая, гладкая), спаянность с мягкими тканями щеки.

Пальпаторное обследование регионарных (поднижнечелюстных, околоушных, шейных и надключичных) лимфатических узлов имеет большое диагностическое значение. При наличии метастазов опухоли в подчелюстную область и область шеи определяются плотные, чаще безболезненные, лимфатические узлы, которые в дальнейшем становятся неподвижными и спаиваются в сплошные конгломераты.

Рентгенологическое исследование лицевого скелета играет значительную роль в уточнении клинического диагноза злокачественных опухолей верхней челюсти. Используется как обзорная, так и прицельная рентгенография. Особенно информативными являются рентгенограммы в носоподбородочной (окципитоментальной) проекции и панорамная рентгенография верхней челюсти (В.Д. Сидора и соавт.). Большими диагностическими возможностями обладает метод рентгенологического исследования дополнительных пазух носа с помощью их искусственного контрастирования. Важное значение имеет томография (послойное рентгенографическое исследование). При выполнении томограмм во фронтальной проекции первый срез проходит на расстоянии 1 см от переносицы. Выполняют 4-5 срезов с томографичным шагом в 1 см. Можно выполнять срезы и в сагитальных плоскостях. Значительную диагностическую ценность в уточнении степени распространенности злокачественных опухолей верхней челюсти имеет компьютерная томография, которая намного информативнее, чем обычное рентгенологическое исследование.

При локализации опухоли в задне-верне-медиальном секторе необходимо определить состояние орбиты, в частности целостность ее стенок, и подвижность глазного яблока, потому, обязательной является консультация окулиста.

Степень распространенности опухоли на задние отделы носовых ходов и носоглотку можно выявить при помощи фиброскопии.

Клинический диагноз обязательно должен быть подтвержден результатами морфологического исследования (биоптата опухоли из полости носа или рта, если опухоль прорастает в эти анатомические отделы) или цитологическим исследованием пунктата или промывных вод из гайморовой пазухи.

Лечение. Сложные топографо-анатомические особенности верхней челюсти, близость передней черепной ямки, орбиты, носоглотки, крылочелюстной и подвисочной ямок значительно снижают возможность выполнения онкологически адекватных оперативных вмешательств, которые бы удовлетворяли требованиям абластики и антиблаستيки. Эти обстоятельства, а также, поздняя диагностика опухолей верхнечелюстной пазухи определяют необходимость комбинированного лечения. Во всех случаях, когда можно выполнить операцию, преимущество оказывают именно комбинированному методу лечения. Он состоит из 2 этапов: первый этап - предоперационный курс дистанционной гамма - терапии суммарной очаговой дозой 40-45 Гр, и второй этап - электрохирургическое удаление верхней челюсти. Лучевая терапия, как компонент комбинированного лечения, играет важную роль в обеспечении радикализма лечения, повышению абластичности операций. С помощью предоперационной лучевой терапии удается достичь уменьшения размеров опухоли, отграничивание ее, снижения потенциала злокачественности. Послеоперационная лучевая терапия показана лишь тогда, когда нет уверенности в радикальности выполненной операции.

Резекцию верхней челюсти выполняют через 3 - 4 недели после окончания предоперационного курса лучевой терапии. Трудности локализации опухоли определяют проведение

электрохирургических операций широкими внеротовыми доступами, которые позволяют точнее определить границы новообразования и радикально его удалить. Чаще всего применяют рассечение мягких тканей по Веберу.

При распространении опухоли на решетчатый лабиринт и область орбиты показаны расширенные операции, часто, с экзентерацией орбиты. При этом, следует проводить перевязку наружной сонной артерии на стороне поражения для уменьшения интраоперационной кровопотери.

При подозрении или наличии метастазов в области шеи одновременно с резекцией челюсти, если позволяет состояние больного, выполняют фасциально-футлярное удаление клетчатки шеи по Пачесу или операцию Крайля, соответственно.

В.С. Проциком разработан комбинированный метод лечения рака верхней челюсти, который заключается в проведении внутриартериальной химиотерапии с применением препарата "метотрексат", с последующей телегамматерапией по интенсивной методике (при ежедневном фракционировании по 5 Гр суммарной очаговой дозой до 20 Гр). Через 1-2 дня выполняют электрорезекцию верхней челюсти с закладыванием в послеоперационную полость стенсового аппликатора с препаратами Co^{60} и подведением дистанционной лучевой терапии на послеоперационную рану дозой до 35-40 Гр. После лечения таким больным показана II группа инвалидности.

Реабилитация. Больные, которым проведены оперативные вмешательства по поводу злокачественных опухолей верхней челюсти, требуют сложного челюстно-лицевого протезирования. Чаще всего, применяют трех этапную методику протезирования: 1) перед операцией изготавливают непосредственный протез - защитную пластинку; 2) на 10-15 суток после операции изготавливают формирующий протез; 3) через месяц изготавливают окончательный протез. Дефекты орбиты и мягких тканей лица восстанавливают с помощью эктопротезов.

Кроме сложного протезирования, такие больные требуют восстановительных операций, обучения у логопеда, оздоровления в домах отдыха и санаториях общего профиля.

Прогноз. Прогноз, в целом, неблагоприятный: уже в течение 1 года после комбинированного лечения наблюдается от 30% до 60% рецидивов. Химиотерапия и лучевая терапия, как правило, дают кратковременный эффект.

Б. Злокачественные опухоли нижней челюсти.

В нижней челюсти встречаются первичные, вторичные и метастатические злокачественные опухоли.

Первичный плоскоклеточный рак нижней челюсти встречается очень редко и развивается из эпителиальных остатков гертвигиевой мембраны.

Вторичный рак нижней челюсти, чаще всего, развивается в результате перехода злокачественного процесса со слизистых оболочек альвеолярного отростка нижней челюсти, дна полости рта, ретромолярных областей, щек.

Метастатический рак нижней челюсти встречается при метастазировании в нижнюю челюсть злокачественных новообразований внутренних органов, щитовидной и молочной желез.

Патологическая анатомия. В нижней челюсти чаще встречается плоскоклеточный ороговевающий рак, и реже - неороговевающий. Опухоль может быть представлена эндофитной или экзофитной формами. Метастазы рака нижней челюсти наблюдаются значительно чаще, чем при раке верхней челюсти. Метастазирование - преимущественно лимфогенным путем в подчелюстные и шейные лимфатические узлы.

Клиника. Начальные проявления рака нижней челюсти могут быть достаточно разнообразными. Ранними симптомами являются возникновение резкой боли с иррадиацией по ходу нижнего альвеолярного нерва. Постепенно увеличивается вздутие кости. В результате деструкции стенок альвеол, тканей пародонта, что, иногда, имеет скрытое течение, появляются патологическая подвижность, а затем, и выпадение зубов. Опухоль прорастает слизистую оболочку альвеолярного гребня, покрывается язвами и распространяется на ткани дна полости рта. На этом этапе развития рак нижней челюсти трудно отличить от рака слизистой оболочки полости рта, который распространяется на нижнюю челюсть.

Рак нижней челюсти может быть представлен в виде, как опухолевого инфильтрата, так и опухолевой язвы. При распространении опухоли на прилегающие к челюсти органы и ткани возникает асимметрия лица. Значительное разрушение нижней челюсти опухолевым процессом может привести к спонтанному патологическому перелому, который может стать первой причиной обращения больного к врачу. В случае присоединения к опухолевому процессу воспалительных явлений, особенно, в участках прикрепления жевательных мышц, или при нарушении непрерывности нижней челюсти, возникают ограничения ее подвижности, нарушается функция жевания. При подавляющем

росте опухоли вглубь костной ткани кроме быстрого разрушения кости с образованием патологической костной полости происходит, также, резорбция корней прилегающих зубов; прорастание опухоли в нижнечелюстной канал сопровождается появлением симптома Венсана. Поражение регионарных лимфатических узлов значительно ухудшает клиническую картину заболевания.

Диагностика. Для своевременной диагностики важное значение имеют:

- правильно собранные и тщательно проанализированные анамнезы заболевания и жизни;
- тщательно проведенное объективное обследование больного;
- рентгенологические, цитологические и морфологические методы исследования являются обязательными для диагностики злокачественных новообразований челюстей.

При поражении нижней челюсти раком на рентгенограмме определяются:

- деструкция костной ткани с нечеткими контурами;
- расширение периодонтальных щелей;
- деструкция кортикальной пластинки стенок альвеолы и губчатого вещества кости;
- расширение нижнечелюстного канала и др.

Наиболее достоверной верификацией диагноза являются морфологические и цитологические исследования.

При наличии язвы или опухоли на слизистых оболочках альвеолярного отростка, дна полости рта, ретромолярных областей и др. выполняют биопсию опухоли; в ранних стадиях рака нижней челюсти, по возможности, проводят пункционное цитологическое исследование. Обязательно и цитологическое исследование пунктата увеличенных регионарных лимфатических узлов.

Дифференциальную диагностику проводят для уточнения диагноза. С этой целью необходимо исключить: травматических повреждений; острых, хронических и специфических воспалительных процессов; врожденной патологии; доброкачественных одонтогенных и остеогенных опухолей, опухолей сосудов и мягких тканей; злокачественных и метастатических новообразований челюстно - лицевой области.

Лечение. Как и при других локализациях рака полости рта лечение опухолей нижней челюсти следует начинать с санации. Противопоказанием является лишь удаление разрушенных и подвижных зубов из зоны роста злокачественной опухоли. Наилучшие результаты при лечении рака нижней челюсти наблюдают при применении комбинированных методов:

I этап - дистанционная гамма-терапия на очаг и регионарные подчелюстные лимфатические узлы суммарной очаговой дозой 45 - 60 Гр.

II этап - хирургическое лечение через 3 - 4 недели после окончания лучевой терапии - резекция или экзартикуляция половины нижней челюсти с профилактической фасциально - футлярной лимфаденэктомией или, при наличии регионарных метастазов, операцией Крайля.

Больным с запущенными стадиями назначают:

- а) паллиативную лучевую терапию (до 70 Гр);
- б) регионарную внутриартериальную химиотерапию цитостатиками (метотрексат, блеомицин, цисплатин и др.).

Удалению опухоли нижней челюсти должен предшествовать комплекс мероприятий, направленных на изготовление ортопедических конструкций, которые используются для удерживания в правильном положении остатков нижней челюсти (шина Ванкевич). Иногда, с этой же целью, применяют назубные проволочные шины с межчелюстной эластической тягой. От комплекса ортопедических мероприятий, в значительной степени, зависит быстрота заживления раны и эстетический аспект послеоперационных рубцов. После лечения таким больным показана II группа инвалидности.

Реабилитация. В послеоперационном периоде, особенно после резекции значительной части нижней челюсти и жевательных мышц, кормление больного в течение нескольких недель осуществляют через носопищеводный зонд. Реконструктивные операции с целью замещения дефектов нижней челюсти - костную пластику, особенно после лучевой терапии, целесообразно выполнять через 10-12 месяцев.

Прогноз при злокачественных заболеваниях нижней челюсти очень неблагоприятен - пятилетнее выживание после лечения всех злокачественных опухолей этой локализации наблюдается у 18% - 30% больных.

В. Саркома челюстно-лицевой области.

Саркома - злокачественная опухоль мезенхимального происхождения чаще поражает челюсти, реже локализуется в окружающих мягких тканях. Чаще всего наблюдаются такие формы сарком: остеогенные, хондросаркомы, фибросаркомы, ангиосаркомы и др. В сравнении с раком - саркомы

челюстно-лицевой области встречаются в относительно молодом возрасте. Метастазирование осуществляется, преимущественно, гематогенным путем. Клинические проявления определяются, главным образом, локализацией опухоли.

Топографически различают, так называемые, центральные и периферические саркомы челюстей.

При центральных саркомах, которые образуются из соединительнотканых элементов костного мозга и костной ткани, ранними симптомами являются: ноющие боли, вначале, в основном, ночные, а затем, приобретают постоянный характер; подвижность зубов и деформация челюсти в виде ее вздутия; снижение электровозбудимости зубов, верхушки которых расположены в зоне роста опухоли; сукровичные выделения из носа, затруднение носового дыхания могут наблюдаться при поражении верхней челюсти; парестезия в участке кожи подбородка и половины нижней губы (симптом Венсана) - при поражении нижней челюсти.

У больных с центральными саркомами во время рентгенологического обследования определяются очаги деструкции костной ткани округлой формы с нечеткими неровными контурами, периостальными козырьками.

При периферических саркомах челюстей одним из первых симптомов являются: деформация челюсти - утолщение определенного ее отдела; язвы слизистой оболочки - периферические опухоли альвеолярных отростков часто травмируются во время жевания, что вызывает возникновение язв на слизистой оболочке, покрывающей опухоль, и присоединение вторичной инфекции; патологическая подвижность зубов возникает в результате деструкции костной ткани и тканей пародонта; достижение за короткое время значительных размеров новообразования ведет к нарушению носового дыхания, смыкания зубных рядов, ограничения подвижности нижней челюсти, затруднения речи и приема пищи.

Рентгенологическая картина при периферических саркомах челюстей характеризуется отслаиванием надкостницы и формированием новообразованной костной ткани в виде периостальных наслоений и отдельных шипов (спикул).

Для сарком присуща экспансивная форма роста, при этом увеличение массы опухоли происходит значительно быстрее, чем у больных раком. До появления метастазов и опухолевых язв с присоединением инфекции, общее состояние больных остается удовлетворительным.

Прогноз и выбор рационального метода лечения, в значительной степени, определяются гистологической структурой опухоли, и зависят от морфологической верификации опухолевого процесса. Следует иметь в виду, что фибросаркома, миксосаркома, хондросаркома и остеосаркома являются опухолями, резистентными к лучевой терапии и, поэтому, основным методом их лечения является хирургический. У неоперабельных больных применяют химиотерапию в сочетании с лучевой терапией.

Учебный процесс. Дополнение ответов студентов с демонстрацией больных, стендов, таблиц, рентгенограмм. Нужно выяснить, чем отличаются рентгенограммы при воспалительных процессах, доброкачественных и злокачественных опухолях. На схемах продемонстрировать виды разрезов при оперативных вмешательствах. Прием, курация тематических больных проводится в поликлинике и стационаре ПКОД. При наличии нескольких больных по теме студенты делятся на подгруппы по 2 – 3 человека, самостоятельно обследуют больных, изучают результаты дополнительных методов обследования, в случае необходимости выполняют пункцию под руководством преподавателя.

Составляется план обследования и лечения больного, заполняется медицинская документация, выписываются необходимые рецепты. Занятие можно продолжить в перевязочной, изучив состояние больного после операции, научить студентов вести послеоперационный период у больных.

10. ПЛАН И ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА УЧЕБНОГО ЗАНЯТИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ.

№ из/п	Этапы занятия	Распределение времени	Виды контроля	Средства обучения
1.	Подготовительный этап.	15 мин.	Устный опрос по перечню вопросов. Письменное тестирование.	Компьютер (ноутбук). Мультимедийные методические разработки. Анатомические муляжи. Видео- и
1.1.	Организационные вопросы.			
1.2.	Формирование мотивации.			
1.3.	Контроль начального уровня подготовки (стандартизированные средства контроля).			

2.	Основной этап (указать все виды работ, которые выполняют студенты во время этого этапа).	60 мин.	Практический тренинг. Решение клинических задач. Создание алгоритмов врачебных действий, профессиональный тренинг.	фотоматериалы. Электронные справочники. Рентгенограммы, ортопантограммы, томограммы. Набор инструментария. Результаты лабораторных, цитологических и гистологических исследований.
3.	Заключительный этап.	15 мин.	Тестирование. Практические задания. Ситуационные и нетипичные задачи. Устный опрос.	
3.1.	Контроль конечного уровня подготовки.			
3.2.	Общая оценка учебной деятельности студента.			
3.3.	Информирование студентов о теме следующего занятия.			

4.5. Виды самостоятельной работы студентов.

1. Выучить такие вопросы (а= I) :

- 1.1. Описание анатомического строения и особенностей кровоснабжения, иннервации, лимфатической системы головы и шеи.
- 1.2. Знание гистологического строения мягких тканей полости рта и лица, костей лицевого черепа.
- 1.3. Знание патологических изменений в гистологическом строении мягких тканей полости рта и лица, костей лицевого черепа при злокачественных новообразованиях.
- 1.4. Описание истории болезни, сравнения клинических обследований.

2. Тестовые задания с единичным правильным ответом (а= II) :

2.1. Во время обследования больного 64 лет установлено, что опухоль на языке занимает большую его часть, подвижность языка ограничена, определяются увеличенные одиночные регионарные лимфатические узлы на стороне поражения. После цитологического исследования установлен диагноз: рак языка T2N1M0. Какой вид лечения необходимо применить этому больному?

- A. Комбинированный метод.
- B. Лучевая терапия.
- C. Хирургическое удаление новообразования.
- D. Химиотерапия.
- E. Комплексное лечение.

(Правильный ответ: A).

2.2. У больного 66 лет в области подбородка имеется плотная безболезненная опухоль размером 2,5 x 0,8 см, в центре которой расположена язва; дно язвы покрыто активными грануляциями. В подподбородочной области при пальпации выявлен увеличенный, безболезненный лимфатический узел. Болеет в течение 3-х месяцев. Установите предварительный диагноз.

- A. Актиномикоз области подбородка.
- B. Базальноклеточный рак области подбородка.
- C. Кератоакантома области подбородка.
- D. Плоскоклеточный рак области подбородка.
- E. Трофическая язва области подбородка.

(Правильный ответ: D).

2.3. Больной 62 лет поступил в онкологический диспансер по поводу злокачественной опухоли верхней челюсти (IV клиническая группа). Какой вид лечения необходимо применить?

- A. Комбинированное.
- B. Паллиативное.
- C. Химиотерапия.
- D. Лучевая терапия.
- E. Хирургическое.

(Правильный ответ: B).

3. Тестовые задания с множественным выбором:

3.1. Лучевая терапия при лечении рака слизистой оболочки полости рта может быть применена:

- A. Как самостоятельный радикальный метод.
- B. Как паллиативный метод.
- C. Как этап комбинированного лечения.
- D. Правильные ответы B и E.
- E. Все ответы правильны.

(Правильный ответ: B, C).

3.2. К факторам, которые способствуют возникновению рака нижней губы, относят:

- A. Курение.
- B. Хроническая травма.
- C. Контакт с соединениями мышьяка.
- D. Лучевая энергия.
- E. Климатические условия.

(Правильный ответ: A, B, D, E).

3.3. Какие методы исследования необходимо провести для верификации диагноза - рак слизистой оболочки дна полости рта.

- A. Цитологический.
- B. Гистологический.
- C. Общий и биохимический анализ крови.
- D. Контрастная рентгенография.
- E. Компьютерная рентгенография.

(Правильный ответ: A, B).

4. Задачи для самоконтроля:

4.1. У больного Ш. 55 лет в центре нижней губы имеется язва 2 см в диаметре, с валикоподобными краями, инфильтрация окружающих тканей.

Поставьте предварительный диагноз? В какие лимфатические узлы возможны метастазы? Определите метод лечения больного.

(Ответ: рак нижней губы. Возможны метастазы в подчелюстные лимфатические узлы. Лечение комбинированное).

4.2. Больная И. 60 лет обратилась с жалобами на боль в горле во время глотания, которая появилась около 3 недель тому назад и постепенно усиливается. Во время осмотра на левой боковой поверхности языка обнаружена язва до 2 см в диаметре с распространением на слизистую оболочку дна полости рта, болезненная при пальпации, с кровоточащим дном; наблюдается ограничение подвижности языка. Окружающие ткани инфильтрированы.

Поставьте предварительный диагноз и укажите, какие дополнительные методы исследования нужно провести для уточнения диагноза.

(Ответ: рак левой боковой поверхности языка. Необходимо провести гистологическое (биопсию) и цитологическое исследование язвы).

4.3. Врач-стоматолог поликлиники обнаружила у больного поражение нижней губы, подозрительное на рак.

К какой клинической группе относится больной? Какая дальнейшая тактика врача-стоматолога?

(Ответ: клиническая группа 1-А. Необходимо провести биопсию или цитологическое исследование, направить больного в онкологический диспансер).

4.6. Перечень индивидуальных заданий - не предусмотрено рабочей учебной программой по дисциплине.

4.8. Перечень теоретических вопросов к итоговому модульному контролю (из типичной учебной программы).

1. Какие факторы влияют на возникновение злокачественных новообразований мягких тканей полости рта и лица, костей лицевого черепа.
2. Как классифицируют злокачественные новообразования мягких тканей полости рта и лица, костей лицевого черепа (отечественная классификация)?
3. Как классифицируют злокачественные новообразования мягких тканей полости рта и лица, костей лицевого черепа по классификации TNM (международной классификации ВОЗ)?
4. Какие принципы диагностики злокачественных новообразований мягких тканей полости рта и лица, костей лицевого черепа?
5. Что такое цитологический метод исследования? Какие методы забора материала при злокачественных новообразованиях губ, языка, слизистой оболочки полости рта Вы знаете? Методики выполнения.

6. Что такое биопсия? Какие методы биопсии Вы знаете? Методики выполнения различных методов биопсии.
7. Каких правил следует придерживаться во время взятия биопсии?
8. Какие принципы лечения злокачественных новообразований мягких тканей полости рта и лица, костей лицевого черепа?
9. Что такое комбинированное лечение?
10. Что такое комплексное лечение?
11. Что такое паллиативное лечение?
12. Как выполняют диспансеризацию больных со злокачественными новообразованиями мягких тканей полости рта и лица, костей лицевого черепа?

4.9. Перечень практических заданий и работ к итоговому модульному контролю (из типичной учебной программы).

1. Обследовать больного со злокачественным новообразованием мягких тканей полости рта и лица или костей лицевого черепа.
2. Заполнить медицинскую документацию на больного со злокачественным новообразованием мягких тканей полости рта и лица, костей лицевого черепа.
3. Составить план обследования больного со злокачественным новообразованием мягких тканей полости рта и лица, костей лицевого черепа.
4. Взять материал для цитологического исследования опухоли.
5. Провести забор материала для цитологического исследования лимфатических узлов.
6. Провести забор материала для гистологического исследования (выполнить биопсию).
7. Поставить и обосновать клинический диагноз.
8. Составить и обосновать план лечения.
9. Назначить больному диспансерное наблюдение.

8. ЛИТЕРАТУРА.

Основная литература:

1. Онкология. При редакторше Б.Т. Білінського, Ю.М. Шпарика. - Киев: "Здоровье", 2004. - 527 с.
2. Онкология /За редакторшей В.П.Баштана, А.Л. Одабашьяна, П. В. Шелешка. - Тернополь; Укрмедкнига, 2003. - 316 с.
3. Черенков В.Г. Клиническая онкология: Руководство для студентов и врачей. М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 1999. - 384 с.

Дополнительная литература:

1. Онкология. За редакторшу І.Б. Щепотіна. - Киев: "Книга плюс", 2006. - 496 с.
2. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. М.: Медицина, 1983. - 416 с.
3. Соловьев М. М. Онкологические аспекты в стоматологии. М.: Медицина, 1983. - 160 с.
4. Гистологическая классификация опухолей слюнных желез. Всемирная организация здравоохранения. Женева, 1976.
5. Справочник по онкологии. Под редакторши С.А. Гриневича, Д.В. Мясоедова. - Киев. "Здоровье", 2009. - 576 с.
6. Выбранные лекции по клинической онкологии. За редакторшу проф. Г.В. Бондаря и проф. С.В. Антіпової. Луганск, 2009. - 560 с.
7. Стандарты диагностики и лечения онкологических больных. Утверждено приказом Министерства здравоохранения Украины "Об утверждении протоколов предоставления медицинской помощи за специальностью "Онкология" от 17.09.2007 № 554. - 199 с.
8. Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний. Под редакторши Н.И. Переводчиковой. - Москва: Практическая медицина, 2005. - 704 с.

№ 18. Огнестрельные и неогнестрельные повреждения мягких тканей ЧЛЮ. Ожоги и комбинированные повреждения. Пластика мягких тканей. Физиотерапия в комплексном лечении травм.

1. КОНКРЕТНЫЕ ЦЕЛИ:

- 1.1. Анализировать результаты клинических обследований больных с повреждениями мягких тканей челюстно-лицевого участка.
- 1.2. Предложить план лечения больные с повреждениями мягких тканей челюстно-лицевого участка разной локализации.
- 1.3. Классифицировать разные виды повреждений мягких тканей челюстно-лицевого участка.

- 1.4. Уметь выделять основные клинические проявления при повреждениях мягких тканей челюстно-лицевого участка в зависимости от локализации и повреждающего агента.
- 1.5. Осуществить временную и постоянную остановку кровотечения и провести хирургическую обработку ран мягких тканей лица.
- 1.6. Знать клинические признаки огнестрельных повреждений мягких тканей челюстно-лицевого участка.
- 1.7. Овладеть навыками диагностики огнестрельных ранений мягких тканей челюстно-лицевого участка.
- 1.8. Уметь организовать лечения раненные с огнестрельными повреждениями мягких тканей челюстно-лицевого участка и их осложнениями на этапах медицинской эвакуации.
- 1.9. Развивать творческие способности в процессе клинического и теоретического исследования проблемных вопросов травматологии челюстно-лицевого участка военного времени и в условиях чрезвычайных ситуаций.

2. БАЗОВЫЙ УРОВЕНЬ ПОДГОТОВКИ.

Названия предыдущих дисциплин	Получены навыки
Топографическая анатомия.	Определить участок повреждения челюстно-лицевой локализации.
Пропедевтика хирургической стоматологии.	Владеть методами общего и местного обезболивания при проведении хирургической обработки ран.
Общая хирургия	Осуществить временную остановку кровотечения. Навести основные типы мягких повязок.
Пропедевтика внутренних болезней.	Применять схему обследования больного, описывать историю болезни.
Внутренние болезни	Оказать неотложную помощь
Специальная военная подготовка	Оформлять первичную медицинскую карточку раненого и больного.
Медицина катастроф	Организовать предоставление первой медицинской, доврачебной и первой врачебной помощи пораненным на этапах медицинской эвакуации.
Военно-полевая хирургия	Определить характер огнестрельного ранения мягких тканей, осмотреть и обследовать раненого, определить очередь и порядок предоставления медицинской помощи раненому, порядок и очередь эвакуации раненого.

6. ОРГАНИЗАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА.

Классификация повреждений мягких тканей.

Травмы мягких тканей:

- Изолированные с повреждением:
 - языка;
 - слюнных желез;
 - крупных нервов;
 - крупных сосудов.
- Сочетанные.

Неогнестрельные повреждения мягких тканей

Ссадина – поверхностное повреждение кожи без нарушения ее целостности и прилегающих тканей. Лечение ссадин: антисептическая обработка 0,12% р-ном хлоргексидина, 2-4% р-ром йода, р-ром «Вокадина» но др.

Забои – закрытое механическое повреждение мягких тканей без видимого нарушения их анатомической целостности.

Кровоподтек – кровоизлияние в толщу кожи или слизистой оболочки

Гематома – ограниченное скопление крови в тканях с образованием в них полости, которая содержит жидкую или свернутую кровь

Классификация гематом:

По расположению: подкожные, подслизистые, поднадкостничные, межмышечные, подфасциальные

За локализацией: щечный участок, подглазный участок, периорбитальный участок, поднижнечелюстной и др. участки

По состоянию вылитой крови: инфицированная гематома, инкапсулированная гематома

За отношением к просвету кровеносного сосуда: не пульсирующая, пульсирующая, респираторная.

Синдром позиционного сжатия – закрытые повреждения мягких тканей без значительного их раздавливания, которое возникает при долговременном сжатии тканей массой собственного тела
Лечение: первые 24-28 часов холод, с 3-х суток тепловые процедуры, троксевазин гель, гепариновая мазь и др.

Рана – нарушение целостности кожи или слизистой оболочки на всю их толщину, что вызвано механическим действием: забитые, рваные, резаные, колотые, рубленые, укушенные, раздавленные, скальпированные

Забитые раны: неровные края, точечное кровоизлияние, кровоподтеки, зона краевого некроза, зияния краев раны

Рваные раны: неправильная форма краев, отслаивания или отрыв тканей, кровоизлияние, часто сквозное

Резаные раны: линейная или веретенообразная форма, практически ровные края, зияния раны, кровотечение

Колотие раны: узкий и длинный раневый канал, незначительное расхождение краев раны, образования гематом и карманов

Рубленые раны: значительные повреждения, щелеобразная форма, большая глубина. сопровождаются переломами костей

Укушенные раны: неровные раздавленные края, травматическая ампутация, инфицирование микрофлорой полости рта

Особенности ранений мягких тканей лица

8. Большое количество рыхлой клетчатки, наличие густой капиллярной сетки, эластичность кожи → значительный отек тканей, что быстро развивается

9. Густая капиллярно венозная сетка, проток слюнной железы, мускульная масса языка → профузное кровотечение, нарушение дыхания

10. Паралич или парез мимических мышц → искажения лица

11. Потеря закрывающей функции круговой мышце рта или глазного яблока → постоянное слюнотечение и мацерация кожи, конъюнктивит, блефарит и др.

12. Наличие железистых структур → стойкие слюнные свищи

13. Повреждение магистральных сосудов (сонные, язычные, нижнечелюстные артерии, внутренние и внешние яремные, лицевые вены → острая кровопотеря, воздушная эмболия, гематома, стенотическая асфиксия

14. В период заживления ран рубцовые изменения могут вызывать выворот век, крыльев носа, губы с развитием слюно- слезотечения → искажения лица.

Фазы заживления ран мягких тканей:

6. Начальный период микробного загрязнения и очистки раны (0-48 часов)

7. Период дегенеративно воспалительных изменений (формирование грануляционной ткани, уменьшения лимфоидной инфильтрации, увеличения количества фибробластов, образования сполучнотканного матрикса) – (3-5-сутки)

8. Период активного роста фиброзной, эпителиальной ткани, ретракция раны, первичный рубец (5-12-ые сутки)

9. Завершение формирования первичного рубца, исчезновения отека, инфильтрации окружающих тканей – дегидратация, быстрое нарастание фиброзных и коллагеновых волокон (12-18-ые сутки)

10. Период окончательного формирования рубца (до 0,5 – 1 года).

Экстренная помощь при повреждениях мягких тканей лица и шеи

Экстренная помощь пациентам с повреждением мягких тканей лица и шеи направленная на остановку кровотечения, предупреждения асфиксии и шока. Раневую поверхность покрывают асептической повязкой, вводят противостолбнячную сыворотку и анатоксин. Для уменьшения отека мягких тканей рекомендуется применение холода на участок повреждения.

Первичная хирургическая обработка (ПХО) раны

– это первое хирургическое вмешательство, что проводят с целью профилактики раневой инфекции.

Компоненты ПХО:

- рассечение раны для ревизии, ликвидации карманов, разрывов
- высечка нежизнеспособных некротизированных тканей
- наложение швов

Методика:

- механическая обработка кожи в участке ранения

- механическая очистка раны
- остановка кровотечения
- осмотр и ревизия раны и раневого канала
- удаление посторонних тел;
- наложение швов

Обработка раны начинается с тщательного ее промывания изотоническим раствором хлорида натрия или слабым антисептическим раствором и очистка окружающей кожи от сохлой крови и грязи. Применение для промывания ран, особенно тех, которые кровоточат, растворов перекиси водорода или перманганата калия не рекомендуется через их глубокое влияние на раневую поверхность. Тщательная обработка кожи и бритье обязательны, но контакта с раной при этом следует избегать. Промытую рану высушивают да еще раз обрабатывают антисептиком.

При загрязнении ран и саден кожи мелкими посторонними телами (песком, кусочками гравия, асфальта, шлака, древесины, стекла) необходимо их тщательное удаление путем обильного промывания, мойки ран с применением щетки. При промывании ран в полости рта можно использовать зубную щетку. Если посторонние тела внедряются в толщу тканей, то их необходимо удалить с применением хирургического инструмента. В другом случае, после заживления ран и саден, могут возникнуть свищи, которые длительное время не заживают, с гнойным отделяемым. Или, если посторонние тела имеют темную расцветку, они создают «татуировку» рубцов и кожи вокруг них. После механической очистки раны можно начинать ее хирургическую обработку.

Показание к удалению посторонних тел:

- поверхностное их расположение
- локализация в щели перелома или вблизи крупных сосудов
- ограничение движений нижней челюсти
- нарушение функций дыхания и употребления еды
- возникновение и поддержка воспалительного процесса
- локализация в полости носа или в верхнечелюстном синусе

Виды швов:

- **первичный глухой шов** – накладывается в первые 24-36 часов при отсутствии воспалительных явлений в ране и проведении антибактериальной терапии
- **первичный отсроченный шов** – накладывается в первые 36-72 часа при незначительных воспалительно-инфильтративных процессах
- **вторичный ранний шов** – накладывается на 5-12-ые сутки при отсутствии воспалительного процесса в ране
- **вторичный поздний шов** – накладывается на 12-20-ые сутки после высечки грануляций

– пластинчатые швы:

- сближающие (обычные и кистетные) для постоянного сближения краев раны с дефектом тканей
- направляющие для уменьшения натягивания
- разгружающие для временного содержания кожно-мышечных лоскутов
- удерживающие
- швы для глухого закрытия гранулирующих ран

«обшивание» краев раны – в случаях значительных повреждений мягких тканей, которые совмещаются с одновременным повреждением челюстей. Швами соединяются края кожи со слизистой оболочкой полости рта → предупреждения инфицирования раны и развития рубцовой контрактуры

Первичная пластика при обработке ран лица

Тяжесть искажения лица определяется величиной потери тканей и наличием повреждений век, губ, периферической части носа. Именно эти повреждения могут привести к развитию тяжелых функциональных и эстетических нарушений у пострадавшего.

Для ран лица характерно значительное их зияние, обусловленное сокращением мимических мышц в толще мягких тканей, которая создает впечатление изъяна и в тех случаях, когда нет потери тканей.

В этих условиях необходимо определить, является ли такой изъян настоящим. Это достигается сближением краев раны в необходимом направлении без натягивания. Если такой прием не достигает цели, то изъян является настоящим. Наличие настоящего изъяна нуждается в применении первичной пластики для закрытия всех раневых поверхностей и сохранения нормальной формы и функции поврежденного участка. Выбор способа пластики зависит от величины, глубины и локализации изъяна. Чаще всего применяют лоскуты на питательной ножке из окружающих тканей.

Рекомендуется при высечке нежизнеспособных тканей предоставить определенную геометрическую форму (ромбовидную, четырехугольную, треугольную) и в зависимости от этого осуществлять местно пластичную операцию.

При невозможности использовать местные ткани раневые поверхности, в зависимости от механизма повреждения, закрывают свободными, расщепленными или полнослоевыми кожными лоскутами. Расщепленные кожные трансплантаты следует преимущественно заимствовать из внешней поверхности бедра, полнослоевые, – из внутренней поверхности плеча, заушного пространства. Кожный трансплантат за формой и размером всегда должен отвечать раневой поверхности, которая закрывается. Для обеспечения приживления кожного трансплантата необходимо тщательным образом пришить его к краям раны и прижать на 6-7 дней до дна раны давящей повязкой из мелких кусочков марли, которая пропитана антисептиком.

При образовании лоскутной раны наличие достаточно широкой питательной ножки дает возможность после удаления всех нежизнеспособных участков на лоскуте использовать его для закрытия раневой поверхности. Если питательная ножка узкая и не обеспечивает жизнеспособность лоскута, то его можно превратить в свободный трансплантат. Лоскут смазывают 2% раствором йода с обеих сторон. Острым скальпелем высекают все нежизнеспособные и сильно загрязненные участки и всю жировую клетчатку к дерме. Кожные трансплантаты промывают в теплом изотоническом растворе хлорида натрия, который вмещает антибиотики, протирают салфеткой, которая пропитана изотоническим раствором хлорида натрия с этиловым спиртом в соотношении 1:1, и делают несколько сквозных насечек. После этого лоскут укладывают на место, тщательным образом подшивают его к краям раны и прижимают его к дну повязкой. Рекомендуется в участок дна и краев раны ввести раствор антибиотиков. За такой же методикой можно использовать для закрытия раневой поверхности полностью отторгнутую кожу, если она не размята и не загрязнена. После приживления такие лоскуты значительно отличаются от окружающей по цвету, тургором, эластичности. Этому их использование на лице целесообразно лишь в качестве временных мероприятий.

Особенной тщательности следует придерживаться при первичной обработке и заживлении ран век, губ и крыльев носа, потому что эти участки лица имеют важное функциональное и эстетичное значение. Раны век, носа и губ должны быть обработаны и полностью эпителизированы простым сшиванием или использованием приемов первичной пластики в любые сроки госпитализации пациента (при необходимости после предыдущей подготовки раны). Если эти раны оставить для вторичного заживления, то возникает рубцовая деформация, которая вызывает нарушение формы и функции поврежденного органа.

Огнестрельные ранения

Виды снарядов: пули, осколки мин и бомб, шарики, стреловидные элементы, вторичные снаряды (зубы, осколки костей и др.).

Огнестрельная рана имеет три зоны:

I. Зона раневого канала – являет собой дефект тканей, который может содержать сгустки крови, некротизированные ткани, посторонние тела. Направление раневого канала зависит от положения головы раненого и плотности тканей.

II. Зона первичного раневого некроза – стенка раневого канала, ткани этого участка нежизнеспособные и подлежат удалению во время ПХО.

III. Зона молекулярного сотрясения – имеет обратные или необратимые (невротизация) изменения тканей. Изменения в этом участке происходят медленно и постепенно, часто возникают ячейки вторичного некроза. Определение этой зоны почти нерешенное задание.

Действие ударной волны (за Г.М.Ивашенком)

6. Гиперемия кожи, сыпи, точечное кровоизлияние.
7. Появление волдырей на коже за счет отслаивания эпидермиса.
8. Экскориации, нарушения целостности эпителия, нарушение рогового слоя.
9. Разрывы кожи и подлежащей тканей: клетчатки, мышц, развитие подкожной эмфиземы.
10. Разрушение лицевого скелета.

Особенности огнестрельных ран лица:

15. Близость головного мозга и частые его повреждения разного характера и степени в сочетании с повреждениями ЧЛЮ.

16. Сосредоточение на лице практически всех (кроме тактильного) видов и органов чувств (зрение, слух, обоняние, вкус) и частое их совмещение повреждений.

17. Непосредственная близость к тканям и органам ЧЛЮ больших сосудистых и нервных стволов, повреждение которых может привести к тяжелым осложнениям (кровотечение, паралич, контрактуры, потеря чувствительности и др.)

18. Начальные отделы дыхательной (гортань, трахея) и пищеварительной (глотка, верхняя треть пищевода) систем, повреждения которых так же вызывают осложнение разной степени.

19. Большое количество сосудистых сеток → массивное кровотечение.

20. Наличие мимических мышц → зияния раны.

21. Наличие зубов → вторичные снаряды, содействие возникновению осложнений воспалительного характера, позитивное → опора для фиксирующих и иммобилизирующих нижнюю челюсть конструкций.

22. Наличие хорошо выраженной клетчатки, широкая венозная сетка, анастомозы ее с сосудами глазниц и синусами мозга → развитие менингитов, энцефалитов, тромбозу синусов и др.

23. Ранение боковых отделов лица → паралич мимической мускулатуры, стойкие слюнные свищи.

24. Этико-социальная функция лица.

25. Ткани лица имеют высокую регенераторную способность, стойкость к «местной» инфекции, заживление с образованием рубцов, которые содержат небольшое количество грубоволокнистых элементов → богатая иннервация, значительное кровоснабжение, высокая напряженность клеточного иммунитета.

26. Специальное питание, особенный уход.

27. Необходимость особенной конструкции противогаза.

28. Повреждение органов слуха, зрения, полости рта → затруднения в общении с окружающими и ориентации в пространстве.

При составлении **плана лечения** следует учитывать:

9. Вид, характер и количество снарядов.

10. Локализация, направление, характер ранового канала.

11. Вид ранения: слепое, сквозное, касательное и др.

12. Объем и вид повреждения отдельных тканей и органов ЧЛЮ.

13. Соотношение раны с прилегающими органами и тканями лицевой и мозговой частей головы.

14. Наличие или отсутствие комбинированных или совмещенных повреждений.

15. Функциональное состояние жизненно важных систем.

16. Психологическое состояние больного.

Особенности ПХО огнестрельной раны:

– Обработывая раны при ротового участка → возобновления формы губ и круговой мышцы рта → первым швом возобновить непрерывность красной каймы → петлеобразным швом соединить круговую мышцу рта → швы на кожу и слизистую оболочку;

– При значительных дефектах угла рта и прилегающих тканей щеки → обшить ее края по периферии, соединяя кожу и слизистую оболочку;

– При сквозных повреждениях, которые проникают в полость рта, разрывах щеки → начинают с вшивания слизистой оболочки со стороны полости рта (помнить о слюнном протоке);

- При повреждении паренхимы железы → послойно вшивают железистую ткань, капсулу железы, клетчатку и кожу остроконечным скальпелем протыкают слизистую щеки → выводят резиновый выпускник или трубчатый дренаж → профилактика слюнных свищей.

- При ранении периферических ветвей тройничного нерва → обработка раны в условиях специализированного центра.

Касательные ранения принадлежат к легким, для них характерно повреждение лишь мягких тканей, зияние раны. Диагностика не вызывает трудности.

Слепые ранения имеют лишь входное отверстие, в раневом канале есть постороннее тело, которое составляет опасность повреждения больших сосудов, нервов, головного мозга, гортани → основа возникновения гнойных осложнений в отдаленные сроки. Диагностика проводится на основе жалоб, данных анамнеза, объективного исследования, рентгенологического исследования (как правило в 2-х проекциях, при не рентгенконтрастных посторонних телах → контрастирования раневого канала или с зондом в канале).

Сквозные ранения имеют входное и исходное отверстие, которое больше входного. За направлением раневого канала ранения могут быть поперечные, сагитальные и вертикальные.

Комбинированными называют поражения, которые вызываются (двумя или больше) разными за своим происхождением повреждающими факторами. Комбинированные поражения могут возникать в результате прямого действия одного или нескольких видов боевого оружия на организм, вторичных

повреждающих факторов (например, очагов пожаров) и развития чрезвычайных ситуаций, которые связаны с экстремальным влиянием факторов внешней среды.

Патологический процесс, который возникает при комбинированном поражении, представляет собой не простую сумму двух или несколько поражений, а сложную реакцию организма, которая характеризуется рядом качественных особенностей, среди которых наиболее ощутимо выступает взаимное влияние компонентов комбинированного поражения.

Важно условие правильной организации предоставления медицинской помощи массовому контингенту пораженных – использование единственной терминологии. Термин “комбинированное поражение” можно применять только к таким, при которых каждый из повреждающих факторов приводит к выходу из строя, нарушает работоспособность. При разном у времени действия нескольких факторов комбинированными повреждениями считают те, в которых время между их действием не преувеличивает длительность хода первого поражения, в другом случае это будут независимы друг от друга последовательные повреждения. Рассматривая этиопатогенез комбинированных повреждений, следует выделять ведущие и сопутствующие факторы. Ведущим фактором комбинированного повреждения является тот, степень влияния которого на развитие нарушений функций органов и систем организма наибольшая. Сопутствующие факторы вносят дополнительные расстройства в функцию органов и систем, изменяя прогноз травмы. Сопутствующих факторов может быть несколько.

В настоящий момент нет единственной общепринятой классификации комбинированных поражений. Условно их можно распределить на две группы: с преимуществом хирургической или терапевтической патологии в зависимости от ведущего повреждающего фактора. Предусмотреть все возможные комбинации повреждающих факторов весьма сложно, и сомнительно, чтобы подобная классификация имела серьезное практическое значение. Обычно рассматривают двофакторные модели комбинированных поражений хирургического профиля: механо-термические, механо-радиационные, механо-химические, механо-физические, механо-надзвучайнофакторные, механо-инфекционные.

Общие черты комбинированных повреждений:

- синдром взаимного обременения;
- осложнение предоставления медицинской помощи;
- неудовлетворительные функциональные последствия лечения.

КОМБИНИРОВАННЫЕ МЕХАНО-РАДИАЦИОННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ

Комбинированные поражения такого рода вызываются одновременным или последовательным влиянием ионизирующего излучения и механических повреждающих факторов.

Лучевые поражения могут возникать при внешнем или внутреннем облучении, они возможны при взрывах ядерных боеприпасов разного рода, а также при авариях и катастрофах на атомных субмаринах и надводных кораблях, атомных электростанциях. Кроме того, внешнему облучению могут подлежать военные при работе на ядерных энергетических установках и на оборудовании, которое имеет в своем составе источники радиоактивного излучения. Это, как правило, γ -частицы и нейтроны.

Общими повреждающими факторами ядерного взрыва является:

- ударная волна;
- проникающая радиация;
- световое излучение;
- радиоактивное заражение местности и воздуха;
- электромагнитный импульс.

Ударная волна. В ЗАВИСИМОСТИ ОТ среды, в которой распространяется ударная волна, ее называют, соответственно, воздушной ударной волной, ударной волной в воде и сейсмозврывной волной в почве.

Воздушная ударная волна представляет из себя резкое сжатие воздуха, который распространяется от эпицентра взрыва со сверхзвуковой скоростью. ОНА вызывает акустическую травму, баротравму, механические повреждения. Наиболее часто возникают переломы конечностей, позвоночника и черепа, сотрясения и контузии головного мозга, раздавливания.

Проникающая радиация возникает в момент взрыва боеприпасов (γ -волны и быстрые нейтроны) или при распаде радиоактивных веществ и в результате приведенной радиоактивности разных элементов воды, воздуха и земли.

При ингаляции паров радиоактивных веществ и при поступлении их с грязной водой и едой развивается внутреннее облучение организма. Общими путями поступления радиоактивных веществ являются дыхательный и майский тракты. Радиоактивные вещества попадают к легким при дыхании воздуха, в котором есть пылевые частицы из сорбированными на них радиоактивными изотопами. ПЫЛЕВЫЕ частицы, проходя через дыхательные пути, частично остаются в полости рта, поступают к майскому тракту, попадают к легким и там задерживаются. Степень задержания веществ легкими зависит от дисперсности вещества: большие пылевые доли задерживаются в верхних дыхательных путях, более малые попадают к легким. Радиоактивные вещества быстро всасываются в кровь и распространяются по всему организму. При радиоактивном загрязнении местности радионуклиды вместе с едой и водой поступают к пищеварительному тракту и потом в кровь. Растворимые соединения всасываются лучше, чем нерастворимые. Существенно радиоактивные вещества проникающее в кожу, однако при высокой степени загрязнения кожи и особенно в присутствии органических растворителей (эфир, бензол, тазол) проницаемость кожи увеличивается, и радиоактивные вещества проникают в кровь в большом количестве.

Многие из радиоактивных веществ, кроме того, что является источниками ионизирующего излучения, имеют непосредственно токсичный эффект, таким образом владеют не одним, а двумя повреждающими факторами. Токсичные вещества особенно ощутимо проявляются, когда к организму рядом с радиоактивным изотопом поступает стойкий изотоп.

Конкретная клиническая картина поражения зависит от состава радиоактивных изотопов, от распределения их по органам и тканям. Они приводят к долговременному внутреннему облучению, которое ведет к развитию хронической лучевой болезни или содействует развитию опухолей.

Световое излучение ядерного взрыва поступает от области ядерного взрыва, который светится и являет собой электромагнитное излучение в ультрафиолетовой, видимой и инфракрасной частях спектра. В первой – кратковременная, фазе преобладает излучение в ультрафиолетовой части спектра, позже – видимой и инфракрасной. Повреждающее действие светового излучения определяется мощностью и продолжительностью светового импульса и зависит от вида боеприпасов. Излучение в ультрафиолетовой части спектра не имеет выраженный теплотворный эффект, но вызывает интенсивную пигментацию кожи, которая может сохраняться на протяжении длительного времени. Излучение в виде инфракрасных частях спектра вызывает ожоги, что в какой-то мере напоминают ожоги вспышкой вольтовой дуги. Ожоги могут появляться даже на покрытых одеждой участках кожи. Поражение кожной световым излучением ядерного взрыва имеют профильный характер. В ряду случаев могут сопровождаться ожогами пламенем от одежды и окружающих предметов. Для дистантных ожогов световым излучением в результате краткосрочной мощности действия лучевой энергии характерное наличие четкого предела поражения как по периметру ожоговой раны, да и в глубину. В некоторых случаях может иметь место отслаивание поверхностных слоев ожогового струпу от незначительно измененных подчиненных тканей.

При взрыве ядерных и нейтронных боеприпасов малой и сверх малой мощности в структуре санитарных потерь будут преобладать радиационные потери. При взрыве ядерных боеприпасов мощностью 10 кт и больше радиусы действия ударной волны, светового излучения, проникающей радиации почти совпадают, потому в очаге поражения преобладают комбинированные радиационно механические поражения. При увеличении мощности боеприпасов в структуре поражений будет расти частица потерпевших с механической и термической травмой. При взрыве боеприпасов мощность больше 100 кт будет преобладать термическая травма.

Комбинированные радиационно механические поражения челюстно-лицевой области представляют комбинацию ран и ожогов этой локализации с действием на организм проникающей радиации или с загрязнением раневой поверхности и лица радиоактивной пылью.

Влияние лучевого повреждения на ход огнестрельной раны:

- замедляются и нарушаются репаративные процессы в ране;
- увеличивается развитие инфекционных осложнений местного (нагноение раны) и общего (сепсис) характера;
- сокращается длительность скрытого периода лучевой болезни;
- увеличивается тяжесть лучевого повреждения;
- снижается порог развития лучевой болезни на фоне тяжелого огнестрельного ранения.

Действие проникающей радиации на организм характеризуется комплексом патологических изменений в нем, которые получили название лучевой болезни. Соединение ее с механической травмой или с огнестрельным ранением придает особенность патологии и клинике комбинированного радиационного поражения челюстно-лицевой области. Механическая травма

обуславливает более тяжелое течение лучевой болезни. В свою очередь лучевая болезнь осложняет ход раневого процесса. Своеобразие в ходе раневого процесса и заживлении ран на фоне лучевой болезни имеет название – синдром взаимного обременения. Главными проявлениями этого синдрома является: развитие травматического шока, склонность к кровоизлиянию и кровотечению, развитие некроза поврежденных тканей, лейкопения, снижение резистентности организма к разным вредным на него действиям, более частое развитие инфекционных осложнений ран, а также возникновение гнойных процессов в очагах одонтогенной инфекции.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОГО УЧАСТКА В РАЗНЫЕ ПЕРИОДЫ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ

По тяжести радиационного поражения лучевую болезнь принято распределять на четыре степени:

I степень (легкий)	– развивается при общем облучении дозой 150-200 Р
II степень (средней тяжести)	– развивается при общем облучении дозой 200-400Р
III степень (тяжелый)	– развивается при общем облучении дозой 400-600 Р
IV степень (очень тяжелый)	– развивается при общем однократном облучении дозой больше 600 Р

В развитии лучевой болезни различают четыре периода:

- первый, или период первичных реакций;
- второй, или скрыт период;
- третий, или период развития лучевой болезни;
- четвертый период реконвалесценции или период выздоровления.

В зависимости от тяжести радиационного поражения клиническая характеристика и длительность каждого из этих периодов могут быть разными. Да, при легкой степени лучевой болезни первичные реакции клинически не оказываются, второй период продолжается очень долго, а третий протекает при удовлетворительном состоянии пораженных и заканчивается полным выздоровлением потерпевших. В то же время, при тяжелой или очень тяжелой форме первичные реакции проявляются очень бурно. Слизистая оболочка полости рта и особенно десен подлежат запальчиво некротическим изменениям, которые проявляются гиперемией и отеком слизистой оболочки полости рта, включая зев с его лимфатическим аппаратом и глотку. Образуются болезненные кровоточивые трещины, афты и язвы, на губах и языке трещины, которые покрываются густой, с неприятным запахом слизью. Присутствие геморрагических и некротических изменений в полости рта часто бывают плохими прогностическими признаками.

В период выздоровления – в IV периоде острой лучевой болезни, исчезают геморрагические проявления, отторгаются некротические ткани, наступает постепенное заживление эрозий и язв.

Такие повреждения характеризуются не только тяжелым и длинным ходом раневого процесса, но и более тяжелой клиникой лучевой болезни с сокращением I и II периодов и продолжением III и IV периодов. Это необходимо учитывать при выборе времени и методов лечения ран оперативным путем.

При высоких дозах заражения раневой (ожоговой) поверхности в ране наступают выраженные дегенеративно некротические изменения, а способность клеток к размножению снижается или полностью останавливается. На этом фоне часто возникают гнойные процессы и сильные вторичные кровотечения в результате узурации стенок даже больших сосудов.

Такой усложненный раневой процесс может наблюдаться при радиоактивном заражении в дозе, которая превышает 4-5 миллирентген на час.

Для переломов костей лицевого скелету при комбинированных радиационных поражениях характерны задержка начала консолидации, медленное и несовершенное образование костного мозоля, склонность к образованию ненастоящих суставов, рассасывания уже сформированного костного мозоля. Увеличивается возможность возникновения остеомиелита, анаэробной инфекции, флегмон, сепсиса. Особенностью хода комбинированных радиационных поражений является то, что они проявляются на общем фоне лучевой болезни с чем, в основном, и связана тяжесть этих поражений.

В результате массового радиационного влияния (иногда за счет контактного загрязнения открытых частей тела) возникает лучевой ожог, который нередко повреждает и глубже размещенные ткани, подкожную клетчатку, мышцы.

В ходе радиационных ожогов различают четыре периода, длительность их зависит от дозы влияния: Первый период – начальная реакция на облучение оказывается в виде покраснения разной интенсивности (облучение в дозе 800-1000 советов) в первые часы после травмы. Резкое покраснение сопровождается развитием отека, который появляется до конца первых суток после облучения и сохраняется в течение 2-6 суток.

Вслед за исчезновением начальной эритемы и отека наступает II период – скрытый. Длительность его от одних суток до 2 месяцев.

III период – период разгара: поражение кожи (или острого воспаления) характеризуется возникновением вторичной эритемы, после чего появляются волдыри. В последующем на месте поврежденных волдырей возникают эрозии и язвы с подрытыми краями и дном грязно-серого цвета. При дозе 800-1500 советов на коже после вторичной эритемы развивается сухая десквамация, которая заканчивается пигментацией и затвердением кожи, закупоркой сальных желез. При дозе 1800-2500 рад скрытый период длится 8-15 суток. В дальнейшем появляется вторичная эритема, возникают волдыри, а затем и язвы. В течение 2-3 месяцев процесс заканчивается эпителизацией. В более поздние сроки на пораженных местах возникают трофические язвы. При дозе больше 2500 рад скрытый период длится 4-7 суток. Отмечаются значительные некротические процессы и длинный обновительный период.

Особенности хода раневого процесса в разгар лучевой болезни: профузные кровотечения, развитие раневого и одонтогенного сепсиса, воспалительные и язвенно-некротические поражения слизистой оболочки полости рта и ротоглотки, миндалин.

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ КОМБИНИРОВАННЫХ РАДИАЦИОННО МЕХАНИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОГО УЧАСТКА НА ПОЛЕ БОЯ И ЭТАПАХ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ

Очень важное значение имеет предоставление первой медицинской помощи в очаге поражения, которое предусматривает временную остановку кровотечения, предупреждения остановки дыхания, борьбу с шоком, предупреждения вторичного микробного загрязнения ран и ожоговой поверхности, применения радиопротекторов. Осуществляется:

- введение обезболивающих средств (1 мл 2 % раствору промедола) с помощью шприца;
- освобождение полости рта и носовых ходов от грязи, пыли и других посторонних тел;
- дача антибиотиков, радиопротекторов, етаперазину, которые есть в аптечке индивидуальной (АИ);
- наложение асептической или удерживающей обломки челюстей повязки;
- надевание шлема для пораненных в голову;
- вынос и вывоз потерпевших за пределы загрязненной зоны.

В случае радиоактивного загрязнения одежды и кожного покрова после выхода из зоны заражения проводят их частичную санитарную обработку.

Доврачебная помощь дополняет первую медицинскую. На МПБ осуществляется контроль или исправление неправильно наложенной повязки, проверяется время наложения жгута, вводятся повторно обезболивающее средство, сердечные (1 мл 10 % раствору кофеина), дыхательные (1 мл 0,1 % раствору лобелина) средства.

После предоставления первой и доврачебной помощи фельдшер МПБ осуществляет медицинскую сортировку и организует эвакуацию потерпевших на МПП, где им предоставляется первая врачебная помощь.

Первая врачебная помощь (МПП) предусматривает проведение следующих мероприятий: радиометрический контроль за радиоактивным заражением кожи, обмундирования. Осуществляется дезактивация – удаление радиоактивных веществ из поверхности или из объема зараженных объектов с целью предупреждения радиационного повреждения. Проводят частичную санитарную обработку и беззондовое промывание желудка. Осуществляется временная остановка кровотечения, предупреждения развития шока, транспортная иммобилизация при переломах челюстей, профилактика инфекционных осложнений ран, замена повязок при загрязнении раны (ожоговой поверхности) радиоактивными веществами (РР). Заполняется первичная медицинская карточка. Потерпевшие готовятся к эвакуации.

Квалифицированная медицинская помощь (Омедб, ОМЗ) предусматривает дезактивацию, медицинскую сортировку пораненных на сортировальном посту. Кто требует, направляется на специальную обработку. Направление к перевязочной проводится в зависимости от тяжести повреждения: в первую очередь, вторую, третью и четвертую очередь. В первую очередь проводится

борьба с шоком и асфиксией, кровотечениями. У всех потерпевших стоматолог осматривает раны, выясняет объем помощи и пункт последующего назначения.

Осуществляется окончательная остановка кровотечения, удаления из раны свободно размещенных инородных тел, осколков, вторичных повреждающих снарядов, промывание и многократное орошение раны (при радиационном загрязнении ее), наложения асептической повязки, иммобилизация обломков стандартными шинами.

У всех потерпевших угоняется жажда и проводится кормление.

Специализированная медицинская помощь предоставляется в челюстно-лицевых отделениях специализированных госпиталей для лечения пораненных в голову, шью и позвоночник, в госпиталях для лечения легкораненных, а также в стоматологических отделениях вторых госпиталей. Здесь проводится радикальная хирургическая обработка ран и лечение в полном объеме к выздоровлению, за исключением тех, которые нуждаются в длительном (что превышает 2-3 месяца) многоэтапном лечении. Эти потерпевшие сразу же после проведения хирургической обработки направляются в госпиталь внутреннего района страны.

Основной принцип лечения комбинированных радиационных повреждений – необходимость использования скрытого периода (до первых проявлений развития лучевой болезни) для ПХО, костной пластики и реконструктивных вмешательств.

Принципы хирургической обработки ран, загрязненных радиоактивными веществами (по В.В. Фиалковскому, в 1966 г.):

12. ПХО осуществляют в ранние сроки – 24-48 часов после повреждения (ранняя ПХО раны);

13. ПХО должна быть одномоментной, исчерпывающей и заканчиваться осуществлением постоянной иммобилизации костных обломков, наложением первичных швов на рану мягких тканей, местным и общим (внутримышечным) введением антибиотиков;

14. Должна проводиться тщательная ревизия раны;

15. Окончательная остановка кровотечения в ране осуществляется прошивкой сосудов вместе с мягкими тканями;

16. Обязательное удаление всех инородных тел, особенно металлических;

17. Использование оперативных методов иммобилизации отломков, ограничения использования назубных металлических шин;

18. При наличии глубоких слепых карманов и ходов, последние должны быть рассекаемые для удаления инородных тел, отломков зубов и костей, для промывания и аэрации раны;

19. Для предупреждения некротических язв и повреждений слизистой оболочки и кожи в разгар лучевой болезни, во всех случаях рану закрывают сближением ее краев, или с помощью выкраивания и перемещения лоскутов соседних тканей;

20. При вшивании ран с дефектами тканей края раны сближают, а промежутки рыхло тампонируют марлей и закрывают асептической повязкой;

21. Обязательный ежедневный уход за раной;

22. В период реконвалесценции применяют вторичные швы.

В период разгара лучевой болезни допускается оперативное вмешательство при возникновении самих безотлагательных показателей к этому. В этот период развивается геморрагический синдром, который характеризуется ухудшением свертывания крови. Поэтому во время оперативных вмешательств по жизненным показателям необходимо одновременно проводить интенсивную общую терапию с целью повышения свертывания крови (гемотрансфузии, внутривенное введение тромбоцитарной массы и консервированной плазмы, местное применение гемостатической губки и др.).

При проведении первичной хирургической обработки ран, зараженных РР, необходимо более полно удалять некротические ткани и инородные тела, так как при этом удаляется значительная часть Гг. Этому же способствует и промывание ран 0,1 % раствором натрия хлорида, растворами антисептиков, применения адсорбирующих веществ для усиления дренирования раны.

Радиационные раны после первичной хирургической обработки подлежат повторному дозиметрическому контролю и, при наличии высокого уровня заражения, опять обрабатываются. Если после обработки оказывается заражение РР, тогда рана не зашивается, а рыхло тампонируется.

КОМБИНИРОВАННЫЕ МЕХАНО-ХИМИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОГО УЧАСТКА

При применении химического оружия могут возникнуть такие варианты комбинированных химически механических поражений (КХУ):

- поражения, при которых рана заражена ОР (в этом случае ОР всасывается в кровь значительно быстрее, чем при их попадании на невредимую кожу);
- поражение, при каких ОР попали на кожу, одел, но не проникли в рану;
- поражения, при которых кроме раны и ожоговой поверхности, заражены кожные покровы, органы дыхания, органы пищеварения, глаза и проч.

ОР могут попадать на поверхность ран и ожогов в виде капель, аэрозолей и газообразных веществ.

Раны челюстно-лицевого участка могут быть поражены ОР:

3. что имеют местное действие;

4. что осуществляют общее резорбтивное действие.

Местное действие ОР: язвенно-некротический воспалительный процесс, замедление процессов очистки раны и репаративных процессов, развитие инфекционных осложнений.

Проявления общего резорбтивного действия ОР обусловлены более скорым всасыванием ОР через рану и снижением минимальной смертельной дозы ОР.

При КХУ изменяется не только ход раневого процесса, но и общее состояние пострадавшего (реактивность и регенеративные и компенсаторные возможности организма). КХУ сопровождается синдромом взаимного обременения. Да, поражение ОР ухудшает ход ранения, ожога, закрытой травмы, а те, в свою очередь, осложняют ход отравления организма химическими веществами.

В случае заражения ран (ожогов) фосфор-органическими веществами (ФОР) местная реакция организма не возникает, но очень быстро развиваются и нарастают симптомы общетоксического действия. Характерным признаком заражения ран ФОР является фибрилярное просочевание мускульных волокон в ране и вокруг нее, а также усиленное потовыделение из кожного покрова, что ее окружает. Фибрилярное просочевание мышц может переходить в общие, клонико-тонические судороги. Быстро развиваются бронхоспазм, миоз и другие симптомы общерезорбтивного действия ОР. ФОР очень быстро всасывается через рану. Уже через 30-40 секунд после заражения в содержании раны определяются лишь следы ФОР, а сама рана не содержит ядовитых веществ. При ожогах 4 степеней тяжести всасывания ФОР может значительно замедляться до 40-60 мин.

Признаки заражения ФОР:

Местные – запах чеснока из раны или от раненого, кожа в зоне действия ФОР обожжена, наличие сухого струпа и дымление раны, может быть горение повязки или одежды, из раны обильный серозно-гнойный экссудат.

Общие – развиваются через 2-3 сутки, наблюдается желтуха, кровотечение в ЖКТ и мочевыводящих путях, кровоизлияние в кожу и слизистые оболочки, развитие печеночной недостаточности.

Раневой процесс, который происходит под действием кожно-резорбтивных веществ, характеризуется развитием глубоких дегенеративно некротических явлений. Пораженные ткани приобретают вид вареного мяса, нарушается сократительность мышц, они легко рвутся. Могут образовываться межмышечные флегмоны, гнойные метастазы. При поражении костей наблюдается развитие некротического остита с возникновением долговременного остеомиелитического процесса и секвестров, которые выделяются из раны.

Попадание на стенку кровеносного сосуда иприта приводит к ее некрозу и тромбозу. Могут наблюдаться гнойное расплавление тромба и кровотечение.

Раны, которые заражены ипритом, имеют такие клинические признаки:

Местные – запах горелой резины или горчицы, на поверхности ран иногда образуются темно бурые жирные пятна, которые имеют запах горчицы, паленой резины, поверхность раны быстро приобретает буро коричневую расцветку, быстро развивается отек краев раны, через 3-4 часа после заражения наблюдается покраснение и отекающие края раны, через 18-24 часа на коже образуются волдырьки, наполненные серозной жидкостью и покрыты некротической пленкой, прогресс некроза и развитие инфекции в ране, замедляет очистку и заживление раны.

При попадании в рану большого количества иприту появляются признаки общего резорбтивного действия – отмечаются головная боль, апатия, снижение артериального давления, повышения температуры тела к 39-40°C, тошнота и рвота, энтероколит, судороги, коматозное состояние, в моче определяется белок, эритроциты, гиалиновые и зернистые цилиндры.

Раны заживают очень медленно. На их месте образуются большие шрамы.

При заражении ран (ожогов) люизитом местное сразу возникает жгучая боль, не адекватная травме. Из раны распространяется характерный запах – цветов герани. В первые минуты прилегающие к ране ткани приобретают серую расцветку, потом – желто бурого. Быстро развивается воспаление в ране, повышается ее кровоточивость. Через 15-20 минут после поражения вокруг раны появляются

гиперемия, отек кожи, образуются волдырьки. Через 6-8 часов возникает петехиальное кровоизлияние в кожу. До 24 часов волдырьки постепенно сливаются в большой волдырь. При большом повреждении края раны приобретают бледный желтый цвет. Через 2-3 суток развивается сухая некротическая пленка и развивается инфекция. Значительно быстрее, чем при заражении ран ипритом развиваются явления общей интоксикации – слабость, духота, отек легких, коллапс. Рана заживает с образованием грубых спаянных с тканями болезненных, часто покрытых язвами, рубцов.

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ КОМБИНИРОВАННЫХ МЕХАНО-ХИМИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОГО УЧАСТКА НА ПОЛЕ БОЯ И ЭТАПАХ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ

Своевременное предоставление первой медицинской помощи в условиях применения противником ОР имеет исключительно важное значение. Первая медицинская помощь включает следующий комплекс мероприятий:

- надевание шлема для пораненных в голову (только после обработки кожи лица дегазирующим раствором);
- применение антидотов специфического действия;
- проведение частичной санитарной обработки участков кожи и одежды по следам ОР;
- введение обезболивающих средств из шприца;
- наложение защитной повязки на рану или ожоговую поверхность;
- вынос (вывоз) пострадавшего из очагов поражения.

Доврачебная медицинская помощь на МПБ включает следующие мероприятия:

- повторное введение антидотов;
- подбинтование очень промокших повязок, иммобилизация обломков костей лицевого скелета;
- введение обезболивающих средств;
- дача таблетированных антибиотиков (при снятом противогазе).

Первая врачебная помощь (на МПП) сводится к введению антидотов при поражении ФОР, сердечно-сосудистых и противосудорожных средств. Осуществляется ингаляция кислорода и заполнения первичной медицинской карточки. Кроме этого, при поражении ран (ожогов) ОР в перевязочной МПП проводится их дегазация:

- при поражении ФОР проводится обработка пораженной поверхности тела смесью 8 % раствора бикарбоната натрия и 5 % раствора перекиси водорода, которые берутся в равных дозах, смесь готовится непосредственно перед использованием;
- при поражении ипритом кожа вокруг раны протирается 10 % раствором хлорамина, а саму рану обрабатывают 5 % водным раствором хлорамина;
- при поражении люизитом проводят смазывание ран 5 % настойкой йода, раны промывают раствором Люголя или 5% раствором перекиси водорода.

При массовом поступлении пораненных на МПП обработка загрязненных ран проводится только по жизненным показателям.

Квалифицирована помощь (Омедб, ОМЗ). Основным мероприятием при поражении ран стойкими ОР кожно-резорбтивного действия (иприт, люизит) является хирургической обработкой их, которая проводится в как можно ранние сроки. Первичная хирургическая обработка ран осуществляется только после медикаментозного купирования действия ОР – введения антидотов и проведения дегазации.

Особенности проведения ПХО ран при загрязнении ОР:

- обязательное удаление инородных тел и костных обломков;
- тщательный гемостаз;
- в ходе вмешательства периодическая обработка ее дегазантами;
- тампонирование раны марлевыми салфетками, которые увлажнены растворами дегазантов;
- проводится широкое обсекание краев раны на полную ее глубину, что желательно проводить в первые 3-6 часов после поражения;
- наложение первичных отложенных швов или вторичных ранних швов.

Попадание в рану ОР общетоксического действия типа ФОР очень рискованное для жизни больной в результате быстрого их всасывания. По этой причине первичная хирургическая обработка должна проводиться только после снятия действия ФОР. Лечение ран, которые загрязнены ФОР, осуществляется в соответствии с принципами лечения обычных огнестрельных ран.

Специализированная медицинская помощь предоставляется в челюстно-лицевых отделениях специализированных госпиталей для лечения пораненных в голову, шью и позвоночник, в госпиталях для лечения легкораненных, а также в стоматологических отделениях вторых госпиталей.

Хирургическая обработка ран, загрязненных (отравленных) ипритом или люизитом, должна проводиться в наиболее ранние сроки.

Для проведения хирургической обработки таких ран выделяются отдельные столы, хирургический инструментарий, дегазируя растворы, персонал работает в резиновых перчатках, передниках, нарукавниках. Перчатки во время операции периодически обрабатывают 5-10 % спиртным раствором хлорамина.

С целью предотвращения заноса ОР в раны во время операции проводят частое изменение инструментария с последующей его дегазацией.

Удаленные патологически измененные ткани, заражен перевязочный материал во время проведения оперативного вмешательства выбрасывают в закрытые банки с дегазаторами, а затем уничтожают.

Хирургическая обработка ран, зараженных ОР, может проводиться под местной или общей анестезией с учетом общего состояния пострадавшего.

Основным элементом хирургической обработки является обсекание и исключение раздробленных, нежизнеспособных зараженных тканей, а также удаление заметных капель ОР.

Если имеются повреждения костей – удаляются все костные обломки и обломки, связанные с надкостницей и вокруг размещенными мягкими тканями. Концы костей отпиливаются в пределах здоровых тканей. Кровеносные сосуды перевязываются за пределами действия ОР, на рану налагают первичные швы.

Влияние высокой температуры, химических веществ и лучевой энергии приводит к патологическим изменениям в тканях – к **ожогам**. В мирное время ожоги встречаются в результате нарушений правил техники безопасности на предприятии или в быту. Ожоги лица и председателя составляют от 12,4 % до 24,5 % (по данным В.Д. Братика, О.В. Шумова). В годы Великой Отечественной войны термические ожоговые поражения чаще всего наблюдались у летчиков, танкистов, при взрывах горючих материалов на складах. По данным Г.М. Иващенко, термические ожоги у летчиков и танкистов составляли около 35 % всех повреждений челюстно-лицевого участка. По статистическим данным военно-медицинского управления Корейской народной армии опеки напалмом составляли 1-1,5 % всех видов боевых повреждений.

Ожоги, в зависимости от происхождения, распределяют на 4 группы: термические; химические; электрические; лучевые.

За характером повреждения кожи и глубже расположенных тканей рассматривают четыре степени ожогов:

I степень	– характеризуется интенсивным покраснением кожи и незначительным отеком;
II степень	– отличается созданием на коже волдырей разного размера с прозрачной серозной жидкостью;
III степень	– III А степень: часть дермы с эпителиальными образованиями – потовыми, сальными железами и волосными фолликулами, не поврежденная; – III Б степень: тотальный некроз кожи.
IV степень	– некроз всех тканей (обугливание тканей)

За клинической картиной и тяжестью повреждения опеки распределяют на: легкие и тяжелые.

К тяжелым ожогам относят ожоги III Б и IV степени, что оставляют искажающие рубцы на лице и шее, глубокие дефекты и деформации бровей, век, ушных раковин, носа, губ, подбородка и других частей лица.

Характеристика термических ожогов

Послеожоговые изменения тканей лица, как правило, ведут к серьезным нарушениям зрения, функции нижней челюсти и другие функциональные и косметические дефекты. Более за все повреждаются выступающие части лица – нос, ушные раковины, губы, брови, скуловая часть, подбородок. Термические ожоги всех степеней вызывают у больного чувства нестерпимого пеку и резкой боли, которое усиливается при прикосновении к поврежденной поверхности.

После ожогов лица II степени кожа мало изменяется, иногда остается пигментация. Ожоги лица III степени с асептическим течением завершаются в конце второй недели лечения эпителизацией кожи, которая очень чувствительная при доторкании и легко травмируется. В случаях инфицирования волдырей или травмированной поверхности при ожогах лица II степени на месте грануляции всегда остаются гипертрофические рубцы. Ожоги III А и III Б степеней сопровождаются инфекцией.

Процесс заживления сопровождается образованием послеожоговых рубцов, которые часто превращаются в келоидных. На них, как правило, образуются язвы, трещины. При поражении век возможны осложнения в виде конъюнктивитов. При ожоговых травмах лица одновременно с повреждениями вторых частей тела, которые сопровождаются изменениями в организме, необходимы наблюдения соответствующих специалистов.

Размеры поверхности ожога определяют в процентах по отношению ко всей поверхности тела с помощью "правила девятки" и "правила ладони". "Правило девятки" целесообразно использовать при значительных повреждениях поверхности тела. Расчет для определения следующий: поверхность председателя и шеи – 9 %, нижние конечности – по 18 %, верхние конечности – по 9 %, передняя поверхность туловища – 18 %, задняя поверхность туловища – 18 %, промежуточность и половые органы – 1 % от общей площади тела. Более точные результаты получают при использовании методики Постникова. Площадь ожога измеряют прикладывая к поверхности ожога стерильную прозрачную пленку, на которой обводят контуры поврежденной поверхности. Потом пленку кладут на миллиметровую бумагу и подсчитывают площадь ожога в квадратных сантиметрах. Процентное соотношение определяют, учитывая общую площадь тела, которая равняется 16000 см².

В характеристике ожога (запись в медицинских документах) указывают площадь и степень повреждения в виде отношения: в числителе приводят процент поврежденной поверхности, в знаменателе – степень ожога.

Площадь ожогового повреждения можно измерять ладонью – площадь ладони равняется 1 % поверхности тела.

Тяжесть ожогов определяют с помощью индексов, например, индекса Франка: 1% площади поверхностного ожога равняется 1 ОД, 1% площади глубокого ожога – 3 ОД, поражение дыхательных путей составляет 30-45 ОД. Значение индекса Франка до 30 ОД отвечает легкой степени ожога, 31-60 ОД средней степени, 61-90 ОД – тяжелой степени, более 90 ОД – крайне тяжелой степени.

При поверхностных ожогах до 10-12 % поверхности тела человека или при глубоких ожогах 5-6 % поверхности тела у взрослых опеки перебегают как местные повреждения, у детей и лиц преклонных лет – 7-8 % но 3-4 % соответственно. При более тяжелых и распространенных повреждениях оказываются нарушения органов и систем организма человека – развивается ожоговая болезнь. В клинике ожоговой болезни выделяют 4 периода:

I. Ожоговый шок;

II. Острая ожоговая токсемия;

III. Септикотоксемия;

IV. Период реконвалесценции.

I период – ожоговый шок – патологическое состояние, возникающее в ответ на термическую (химическую, электрические, лучевую) травму, в основе которой существует нервно болевой фактор. При ожоговом шоке выделяют две фазы: эректильную (кратковременную) и торпидную (долговременную). В первой фазе возбуждения ЦНС достигает очень высокого уровня. Больные плаксивы, жалуются на боль в зоне ожога, определяется тахикардия – пульс до 100 за хв., артериальное давление в пределах нормы.

В торпидной фазе пострадавший заторможенный, не реагирует на окружающие обстоятельства, апатичный, кожные покровы бледны, черты лица заостренные, слизистые оболочки синюшные, определяется тахикардия, артериальное давление снижено.

II период – острая опекотоксемия, начинается через несколько часов после ожогового шока. Пульс частый, слабого наполнения, артериальное давление снижено. Температура кожи снижена, определяется заторможенность больного, вялость, иногда коматозное состояние. Наблюдается цианоз слизистых оболочек и периферических кожных покровов (нос, уха, губ, щек). Констатируется згущения крови.

III период – септикотоксемия, характеризуется всеми признаками сепсиса: резкие температурные колебания, кахексия, нарушение нервного статуса, заторможенность, снижение уровня гемоглобина, токсичные вещества в крови и моче, замедлена эпителизация ожоговой поверхности, пролежни, пневмония. Больные умирают от истощения и инфекционных осложнений. У больных с тяжелыми ожогами (Шб-ив степени) может наблюдаться полная ареактивность состояния.

IV период – реконвалесценции, при благоприятном ходе отмечается активной эпителизацией грануляционной ткани, которая заполняет раневую поверхность после отторжения некротизированных участков. При значительных ожогах возможны язвы, которые приобретают хронический ход.

Характеристика химических ожогов

Химические ожоги вызываются действием неорганических кислот (серная, соляная, азотная), луг (негашеная известь, едкий калий и натрий), солями тяжелых металлов (нитрат серебра) на открытые участки тела или слизистой оболочки полости рта, ротоглотки, пищевода. Глубина ожога зависит от концентрации и температуры вещества, длительности влияния. Механизм ожога кислотой заключается в том, что кислоты изменяют биологические жидкости коллоиды клеток, происходит дегидратация и коагуляция тканей, развивается сухой некроз. Механизм ожога лугами заключается в том, что луги образуют с тканями щелочные альбуминаты, развивается влажный некроз.

Химические ожоги классифицируют также по четырем степенной классификации. При химических ожогах не образуются волдыри. Ожоговая болезнь развивается редко, но происходит всасывание в кровь химических веществ и интоксикация организма ими и их метаболитами. Особенности химических ожогов: ожоги ограничены по площади, с четкими пределами, имеются следы растекания (подтеки) химического вещества, на слизистой оболочке резкая гиперемия, потом формируются участки некроза, пропитанные экссудатом и покрыты плотной пленкой фибрина, под пленкой заживает рана, отторжение пленки медленно.

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ЛЕЧЕНИЕ ОЖОГОВ ЛИЦА НА ЭТАПАХ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ

Первая медицинская помощь раненым с ожогами на поле боя состоит из самопомощи, взаимопомощи, помощи санитаров и санинструкторов. Первая дежурная задача при предоставлении помощи пораненным прекращения действия поражающего фактора. Для этого необходимо быстро сбросить пылающую одежду (шинель, плащ-палатку, бушлат др.). Если не успели сбросить одел, то пылающий участок покрывают плотной тканью, а иногда используют сырую землю, песок и глину. Бежать при пылающей одежде нельзя. Обливание водой только увеличивает площадь повреждения. Погасить пылающую одежду возможно, если окунуть пострадавшего в воду (пруд, бассейн и проч.). Важнейший элемент первой помощи – устранение боли, которая является противошоковым мероприятием. Вводят наркотические анальгетики из аптечки индивидуальной. Это должно быть сделано перед всевозможными манипуляциями на поверхности ожога. Пострадавший сам или с помощью товарища вводит себе содержание шприца-тюбика. Потерпевшим с тяжелыми ожогами это должен сделать санитар или санинструктор.

Чтобы защитить отопленные поверхности от загрязнения и дополнительного повреждения, следует наложить асептическую повязку (применяют индивидуальный перевязочный пакет), при этом одел из отопленного участка не снимают, а разрезают над участком повреждения. Перед наложением повязки не следует освобождать отопленную поверхность от остатков одежды, пытаться удалить или проколоть волдыри. Однако остатки зажигательной смеси, которые не успели сгореть, должны быть осторожно удалены, в связи с возможностью их повторного воспламенения.

Значительному количеству пораненных с ожогами лица и временным ослеплением через отек век или действующим светового излучения ядерного взрыва нужно сопровождение из поля боя.

На МПБ продолжается борьба с кровотечением и шоком, вводятся обезболивающие препараты, антибиотики, и раненого готовят к эвакуации на МПП.

При одновременном поступлении большого количества пораненных с ожогами лица особенно важной является медицинская сортировка. В первую очередь выделяют раненых, которые нуждаются в неотложной медицинской помощи (врачебной). К этой группе относятся потерпевшие с многофакторными впечатлениями и резко выраженными признаками нарушения дыхания, с отравлением токсичными продуктами горения и проявлениями сосудистого коллапса, а также отопленные в шоковом состоянии. Безотлагательным мероприятием является замена повязки у потерпевших, в которых поверхность ожога и повязка загрязнены радиоактивными веществами выше допустимой дозы. Относительно потерпевших с легким ожоговым шоком ограничиваются комплексом таких мероприятий: вводят внутримышечно или в вену анальгетики (1 мл 2 % раствору пантопона или 1 мл 2 % раствору промедола) в сочетании с антигистаминными препаратами (1 мл 2 % раствору дипразина или пипольфена), назначают соответственно показаниям сердечные и дыхательные аналептики (1мл 10 % раствора кофеина подкожно, 1-2 мл кордиамина подкожно, 1 мл 0,06 % раствора коргликона в 20 мл 40 % глюкозы в вену), спазмолитики (10 мл 2,4 % раствору еуфилина в вену или 1 мл 12 % раствору в мышцы), дают выпить: соляно-щелочной раствор, белковый морс (разведен водой белковый гидролизат с добавкой 10 % раствору глюкозы, аскорбиновой или лимонной кислоты), горячий чай или кофе. Все эти мероприятия проводят в сортировально эвакуационном отделении.

Потерпевших с ожогами, которые нуждаются в неотложной помощи направляют в перевязочную, где

они получают необходимый комплекс лечебных мероприятий. Всем ожоженным вводят столбняковый анатоксин. На МПП также проводят мероприятия, которые способствуют безопасности последующей эвакуации.

Полный объем квалифицированной медицинской помощи в Омедб или ОМЗ предусматривает: медицинская сортировка и осуществление мероприятий, которые обеспечивают возможность самой скорой эвакуации легко ожоженных и потерпевших с ожогами средней степени; комплексную противошоковую терапию в ожоженных, которые поступили в состоянии ожогового шока и неотложную реанимационную помощь потерпевшим с повреждением дыхательных путей, отравлением продуктами горения огневых смесей, общим перегревом; лечение к выздоровлению легко ожоженных, подлежащих задержке в команде выздоравливающих или возвращение их в части.

Все потерпевшие с ожогами лица, которые поступили из районов ядерного взрыва, подлежат дозиметрическому контролю.

В Омедб проводят комплексную противошоковую терапию в полном объеме к окончательному выведению пострадавшего из состояния ожогового шока. В противошоковой палате главные лечебно-диагностические мероприятия осуществляются в такой последовательности: оценивают общее состояние пострадавшего (притомность, пульс, дыхание, АО, прямокишечно-кожный градиент температуры), уточняют, по возможности, площадь, глубину и локализацию ожога; вводят обезболивающие, седативные и сердечные средства; осуществляют внутривенное вливание жидкостей и медицинских средств, применяя венопункцию, венесекцию или катетеризацию центральных вен, берут кровь для лабораторных исследований; вводят постоянный катетер в мочевого пузыря для наблюдения за динамикой диуреза в течение всего периода шока; налагают повязки (при их отсутствии) на ожоженную поверхность. При циркулярных ожогах конечностей, которые приводят к грубому нарушению и расстройству местного кровообращения или кровообращения туловищу, которое в свою очередь нарушает дыхание, предварительно проводят декомпрессионную некротомию; наносят продольные разрезы через всю толщину некротизированных тканей от проксимального или дистального края струпа для послабления натяга тканей.

Температура воздуха в палатах на уровне носилок должна поддерживаться $+23\text{--}+25^{\circ}\text{C}$. При отсутствии рвоты дают теплый чай, соляно-щелочной раствор, белковый морс. Поить ожоженного следует небольшими порциями (50-100 мл).

Для предупреждения и лечения острой почечной недостаточности назначают осмотические диуретики (манитол, мочевины, тиосульфат натрия), еуфилин (5-10 мл 2,4 %), фуросемид (2 мл 1 % раствору внутривенное и внутримышечное). Коррекцию метаболического ацидоза достигают введением 150-200 мл 3-5 % раствора гидрокарбоната натрия.

Психомоторное возбуждение у потерпевших с тяжелыми ожогами снимают инъекцией оксибутирату натрия (10-20 мл 20 % раствору внутривенное, дроперидолу (10-20 мл 0,25 % раствору внутривенное). При гипертермии вводят 1 мл 50 % раствору анальгина внутримышечно или 5 мл реопирину и одновременно 5000 ОТ гепарина, внутривенные струйно переливают 700-800 мл изотонического раствора натрия хлорида или плазмы крови.

Туалет ожоженной поверхности на этапе квалифицированной помощи не проводят, за исключением случаев загрязнения ожоговых ран радиоактивными веществами, а также при необходимости замены повязок в легко ожоженных, оставленных для лечения на данном этапе (в команде выздоравливающих). Особенно недопустимы какие бы то не были манипуляции (за исключением некротомии) на ожоженной поверхности у потерпевших, которые находятся в состоянии шока.

На этом этапе медицинской эвакуации при ожогах верхних дыхательных путей осуществляют трахеостомию, а также назначают ирригации ротовой полости щелочными и дезинфекционными растворами, смазывают пораженные участки слизистой оболочки растворами анестетиков. Питание потерпевших организуют с учетом изменений в полости рта и глотки.

Особенное внимание нужно уделять ожоженным крыльям носа, ушным раковинам, векам. Обнажены хрящи следует особенно тщательным образом изолировать эмульсией от окружающей среды, так как их загрязнение приведет к перихондриту и гибели хряща.

Ожоженным, не нуждающимся в квалифицированной помощи по безотлагательным показателям и подлежащим эвакуации в специализированный госпиталь, в сортировочно-эвакуационном отделении вводят анальгетики, антибиотики и симптоматические средства, контролируют состояние повязок, исправляют их и дают пить.

Для лечения на месте оставляют раненых, которые могут самостоятельно двигаться и обслуживать себя с небольшими ожогами II-II степени (2-3 % поверхности тела) и сроком лечения до 10 дней.

Потерпевших с более распространенными (до 40 % поверхности тела) поверхностными ожогами (I, II, IIIA степеней) направляют в ВПШЛП, а раненых со средними и тяжелыми ожогами (после предоставления им необходимой помощи в полном объеме) будут эвакуировать в специализированные госпитали.

Специализированную медицинскую помощь оказывают после тщательного осмотра, уточнения характера и тяжести поражения. Лечение ожогов I и II степеней осуществляется в госпитале для легко раненых или у дерматологов, так как в хирургическом лечении они не нуждаются. При глубоких ожогах на небольших, функционально пассивных участках лица показаны ранние пластические операции, в связи с чем эта категория обожженных должна быть госпитализированная или в госпитале для обожженных, или в специализированные госпитали для пораненных в голову, шью и позвоночник, где находятся специалисты, которые владеют приемами первичной пластики.

В лечебных учреждениях госпитальных баз проводят первую замену повязок и радикальную первичную хирургическую обработку ран. Для этого предварительно вводят наркотические анальгетики. В начале спиртом, бензином, 0,25 % раствором аммиака очищают кожу вокруг ожога. Потом из ожоговой раны изымают частицы видимого загрязнения, отслоен эпидермис, опоражнивают и раскрывают большие волдыри. Наиболее загрязнены участки обожженной поверхности очищают марлевыми шариками, смоченными в 3 % растворе перекиси водорода и обмывают раствором фурацилина или новокаину. Дальше ожоговую рану осушают и закрывают повязкой.

Последующее лечение обожженных поверхностей осуществляется открытым или закрытым методом. В специализированном военном полевом хирургическом госпитале проводятся ранние обновительные операции с использованием местных тканей методом свободной пересадки тканей, а также используют метод лоскутка на ножке. Проводится физиотерапевтическое, ортопедическое лечение и профилактика ранних и поздних осложнений.

Важным заданием специализированной помощи является оперативное лечение потерпевших с ограниченными (до 5-7 % поверхности тела) глубокими ожогами, которые могут вернуться в строй. Для этого необходимо возобновление кожного покрытия путем аутодермопластики.

Гранулирование ран губ и век, как правило, вызывает выворот губ, крыльев носа. Учитывая то, что пересажены свободные кожные трансплантаты будут сокращаться, что увеличит выворот, перед пересадкой нужно обсекать грануляции к нормальным тканям, мобилизовать края раны и пораздвинуть их, что увеличит раневую поверхность – трансплантат должен значительно превышать недостаток кожи. При этом с целью сохранения функции век и губ нужно хотеть сохранить мимические мышцы. Там, где эти мышцы повреждены в результате ожога или при недостаточно квалифицированной некрэктомии, возобновить их функцию практически невозможно. Потеря функции мимических мышц вызывает деформацию лица, которое нуждается в долговременном лечении. Эти потерпевшие, а также те, которые имеют ожоги IIIБ-IV степеней направляются в госпитале тыла страны.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ

Основными средствами лечебной физкультуры являются физические упражнения, характер применения которых определяется двигательным режимом больного и особенностями течения заболевания. При лечении челюстно-лицевых пораненных применяют **общеукрепляющие, дыхательные и специальные упражнения**. Основным условием является регулярное и длительное их приложение при достаточной интенсивности общего и местного влияния. Одним из важных компонентов комплексного лечения больных есть правильная организация двигательного режима – соотношение между отдыхом и движениями. Дифференцирован двигательный режим, назначенный в зависимости от стадии развития болезни, клинического состояния больного и метода лечения, позволяет индивидуализировать применение средств лечебной физкультуры и обеспечить максимальную эффективность лечебных мероприятий.

Для больных, которые находятся в стационаре, различают такие **двигательные режимы: суровый постельный, постельный, палатный (полупостельный), свободный (общий)**.

Суровый постельный режим назначают в острый период травмы, а также в стадии декомпенсации деятельности основных систем жизнеобеспечения. Цель режима - создание максимального физического и психического отдыха больному для мобилизации механизмов саногенеза. При этом режиме больной постоянно находится в положении, лежа на спине или полусидя. Исключаются элементы самообслуживания, больной требует индивидуального специализированного ухода. Для облегчения деятельности сердечно-сосудистой системы, профилактики развития застойной пневмонии, атонии кишечника и тромбозов сосудов нижних конечностей осторожно применяют

упражнения для мелких мышечных групп конечностей и дыхательной гимнастики, особенно диафрагмальное дыхание. Больным показан легкий массаж и пассивные упражнения. Этот режим назначают пораненным с тяжелыми соединенными и комбинированными травмами, политравмой.

Постельный режим также предусматривает состояние отдыха. Больному запрещается подвигаться и ходить, но можно садиться и возвращаться. **Палатный режим** является переходным к свободному двигательному режиму. Уравнивается соотношение отдыха и двигательной активности. Больным разрешается подвигаться, ходить (сначала в палате), выполнять элементы самообслуживания, но половину дневного времени они должны проводить в постели. Физические упражнения выполняют в постели, лежа, сидя и в положении стоя для всех мышечных групп с уменьшенным дозированием для постепенной адаптации больного к переходу в вертикальное положение и подготовку к нагрузкам.

Свободный режим назначают в период выздоровления для ликвидации остаточных явлений и функциональных нарушений, связанных с перенесенными заболеваниями. Общий объем физической нагрузки высок, что обеспечивает подготовку больного к выписке из стационара. Основная задача режима – обеспечить полную физическую реабилитацию больного.

Больше всего рациональным методом проведения лечебной физкультуры с челюстно-лицевыми ранениями являются индивидуальные занятия. Это позволяет избежать негативных эмоций у раненых при выполнении специальных упражнений групповым методом. Необходимо дежурить специальные упражнения. Поэтому, кроме ежедневных занятий с инструктором ЛФК, больной повинен не менее 10-12 раз в день самостоятельно выполнять специальные, индивидуально подобранные упражнения.

Сроки назначения ЛФК зависят от характера и степени повреждения. Противопоказания к назначению ЛФК носят временный характер, к ним относятся: общее тяжелое состояние больного; высокая температура тела - выше 37,0С; наличие острого воспалительного процесса в области повреждения, увеличенная ШОЕ, септическое состояние; болезненный синдром при физических упражнениях; опасность повторного кровотечения через наличие постороннего тела вблизи сосудов; недостаточная иммобилизация отломков поврежденной кости.

Назначает больному ЛФК врач, который залечивает, после определения показаний он делает запись в истории болезни с указанием двигательного режима, периода лечения и что рекомендуются формы ЛФК. Методика лечебной гимнастики при переломах челюстей строится с учетом периодов заживления кости, метода иммобилизации и клинического состояния больного. В период формирования первичной костной мозоли - I период применения ЛФК, которое длится 12-14 суток, повинны строго придерживаться условия иммобилизации. Задача лечебной физкультуры в этот период - улучшение общего состояния, стимуляция консолидации отломков и заживление раны, профилактика осложнений, связанных из гиподинамией височно-нижнечелюстного сустава, содействия координированной работы мышц, которые принимают участие в глотании, жевании и речи.

В течение первых 3-4 дней назначают палатный режим, потом свободный двигательный режим. Занятия начинают из 2-3 дня после иммобилизации обломков. Исключаются резкие следования, повороты туловища и головы, прыжки. Не применяют упражнения для жевательной мускулатуры через опасность сдвига отломков. Способствуют расслаблению мимической мускулатуры - применяют упражнения для мимических мышц, языка, шеи, сидя перед зеркалом. Начинают занятия с длительностью 10-15 мин, до конца I периода - 20-25 мин.

Во время окончания I срастаются костные обломки. Последующее развитие процесса регенерации костной ткани связано с пропиткой солями фосфора, калия и кальция первичного костного мозолю и превращением его в кость. До конца 3-й недели ослабляют межчелюстную фиксацию или налагают съемную шину, что позволяет использовать активные упражнения для жевательной мускулатуры с целью приготовления к работе мышц, которые принимают участие в движениях нижней челюсти. В это время переходят к II периоду лечения – вводят упражнения для жевательной мускулатуры в медленном темпе, с незначительной амплитудой, не вызывая болезненных ощущений. Механотерапию и пассивные движения нижней челюстью в II периоде не применяют. Длительность занятий увеличивается до 30 минут за счет введения большого числа общеукрепляющих упражнений, увеличивается количество повторений, темп и амплитуда движений, часто изменяются исходные положения.

Задача ЛФК в II периоде – борьба с развитием тугоухомости и контрактуры височно-нижнечелюстного сустава.

После снятия иммобилизации переходят к III периоду лечения больные с переломами челюстей. Это восстановительный период, в течение которого происходит полная медицинская реабилитация больного. К этому периоду больные выписываются из стационара для лечения в поликлинике. В III период широко применяют специальные упражнения для жевательной мускулатуры. Упражнения выполняются в среднем темпе, с максимальной амплитудой и акцентом на открывание рта, боковые следования нижней челюстью. Применяют массаж и механотерапию для ликвидации остаточных явлений – постиммобилизационной контрактуры, фиброзного анкилоза, морщениия суставных капсул, ригидности суставов, рубцов, которые взывают, парезов нервов. Применяют резиновые распорки, пробки, деревянные клинья и причепки, аппараты – подвижные ложки Лимберга, эспандер Балона л.Р., жомовые аппараты, дощечки Ядерной, аппарат Дарсиссака, аппарат ММСИ. Длительность выполнения упражнений на механотерапевтических аппаратах – 5-10 мин., повтор 6-10 раз в день. Контролируется эффективность механотерапии по показателям степени открывания рта и силы жевательной мускулатуры. Степень открывания рта определяют с помощью линейки, окклюзионного измерителя, или введением пальцев больного между центральными резцами челюстей. «Рабочее» открывание рта - 2-2,5 см, максимальное - около 4 см. Силу жевательной мускулатуры определяют гнатодинамометром или миотонометром, с помощью жевательных проб по И.С. Рубинову.

11. ПЛАН И ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА УЧЕБНОГО ЗАНЯТИЯ ИЗ ДИСЦИПЛИНЫ.

№ з/п	Этапы занятия	Распределение времени	Виды контроля	Средства учебы
1.	Подготовительный этап	15 хв.	Устный опрос за перечнем вопросов. Письменное тестирование.	Компьютер (ноутбук). Мультимедийные методические разработки. Анатомические муляжи. Видео- и фотоматериалы. Электронные справочники. Рентгенограммы, ортопантомограммы, томограммы. Набор инструментария. Результаты лабораторных, цитологических и гистологических исследований.
1.1	Организационные вопросы			
1.2	Формирование мотивации			
1.3	Контроль начального уровня подготовки (стандартизованы средства контроля)			
2.	Основной этап (указать все виды работ, которые выполняют студенты во время этого этапа).	60 хв.	Практический тренинг. Решение клинических задач. Создание алгоритмов врачебных действий, профессиональный тренинг.	
3.	Заключительный этап	15 хв.	Тестирование. Практические задания. Ситуационные и нетипичные задачи. Устный опрос.	
3.1	Контроль конечного уровня подготовки			
3.2	Общая оценка учебной деятельности студента			
3.3	Информирование студентов о теме следующего занятия			

4.5. Виды самостоятельной работы студентов.

1. Выучить такие вопросы (d=I):

- 1.1. Классификации огнестрельных и неогнестрельных повреждений мягких тканей ЧЛО.
- 1.2. Клиническая картина неогнестрельных ранений мягких тканей ЧЛО.
- 1.3. Особенности огнестрельных повреждений мягких тканей ЧЛО. Общую характеристику огнестрельной раны.
- 1.4. Клиническая картина слепых, касательных, сквозных ранений мягких тканей ЧЛО.
- 1.5. Определение понятия “первичная хирургическая обработка раны”.
- 1.6. Особенности проведения первичной хирургической обработки ран лица.
- 1.7. Виды хирургической обработки ран лица. Виды швов.

1.8. Объем и порядок предоставления медицинской помощи раненому с повреждением мягких тканей ЧЛО на этапах первой медицинской помощи, доврачебной помощи, первой врачебной помощи, квалифицированной и специализированной медицинской помощи.

2. Тесту задания с единичным правильным ответом (d=II):

2.1. Какое повреждение называют раной:

- A. нарушение кожи, которое сопровождается кровотечением
- B. с нарушением целостности кожи
- C. с нарушением целостности кожи и слизистой оболочки
- D. с нарушением непрерывности кости
- E. с нарушением слизистой оболочки

(Правильный ответ: C)

2.2. Огнестрельные ранения челюстно-лицевого участка за характером повреждения делятся на:

- A. сквозные, слепые, касательные, проникая в полости рта, носа, придаточные пазухи
- B. забитые, раздавленные, колотые, резаные, рубленые, укушенные
- C. ранение нижней челюсти, верхней челюсти, скуловых костей, костей носа, несколько костей
- D. пулевые, осколочные, мино взрывные, ранение шаровидными и стреловидными элементами
- E. изолированные травмы мягких тканей, травмы костей челюстно-лицевого участка, соединены травмы

(Правильный ответ: A)

2.3. Огнестрельные ранения челюстно-лицевого участка за видом оружия разделяются на:

- A. сквозные, слепые, касательные, проникая в полости рта, носа, придаточных пазух
- B. забитые, раздавленные, колотые, резаные, рубленые, укушенные
- C. ранение нижней челюсти, верхней челюсти, скуловых костей, костей носа, несколько костей
- D. пулевые, осколочные, мино взрывные, ранение шаровидными и стреловидными элементами
- E. изолированные травмы мягких тканей, травмы костей челюстно-лицевого участка, соединены травмы

(Правильный ответ: D)

3. Тесты с множественным выбором (d=III):

3.1. Для диагностики слепых ранений челюстно-лицевого участка используют следующие методы диагностики:

- A. сбор анамнеза и изучение медицинской документации
- B. пальпацию, зондирование, рентгенографическое исследование, фистулография
- C. бимануальную пальпацию, контрастную рентгенографию
- D. сиалографию, цитологическое исследование
- E. рентгеноскопию с введенным в рану зондом, общий анализ крови и мочи

(Правильные ответы: A, B)

3.2. Перечислите главные клинические признаки касательной огнестрельной раны лица:

- A. всегда в глубине раны есть инородное тело, лоскуты мягких тканей, кармана в тканях
- B. рана загрязнена, с мелкими разрывами, лоскутами мягких тканей, имеет инородные тела
- C. рана загрязнена, есть мелкие разрывы, раздавливания и забой краев раны
- D. рана имеет раневой канал, входной и выходной отверстия, сопровождается искажением лица
- E. рана линейной формы, напоминает резаную или рубленую рану

(Правильные ответы: C, E)

3.3. Перечислите главные клинические признаки сквозной огнестрельной раны лица:

- A. рана линейной формы, напоминает резаную или рубленую рану, загрязненная, есть мелкие разрывы, раздавливания и забой краев раны
- B. всегда в глубине раны есть инородное тело, лоскуты мягких тканей, кармана в тканях
- C. рана имеет раздавливание и забой краев, раневой канал с девиациями, имеет инородные тела
- D. рана имеет раневой канал, входной и выходной отверстия, сопровождается искажением лица
- E. рана имеет раневой канал со входным и выходным отверстиями, около отверстий кровоизлияние в подкожную клетчатку

(Правильные ответы: D, E)

4. Задачи для самоконтроля:

4.1. Военнослужащему с проникающим повреждением щечного участка вмешательства проведено через 18 часов после ранения, а швы на рану наложены на второй день после вмешательства. Какой вид первичной хирургической обработки имел место в этом случае и который за сроком вид швов был наложен? (Ответ: ранняя первичная хирургическая обработка, первичный отсроченный шов)

4.2. В ОМедБ (ОМО) доставленный ранен через два часа после травмы из очага напалмового поражения. Повязки на лице, шее, кистях рук. Сознание запутано. Голос сиплый, тихий. Дыхание частое, громкое. Какие первоочередные меры требует пострадавший?

(Ответ:протишоковые мероприятия)

4.3. У солдата, обожженного пламя огня, на фоне гиперемированной и отекающей кожи лица обнаружено разной величины волдыри, заполненные прозрачной жидкостью. Какая степень ожога кожи лица?

(Ответ:II степень.)

4.6. Перечень индивидуальных заданий.

. Провести пальпацию челюстно-лицевого участка у больного с подозрением на поражений мягких тканей.

4.8. Перечень теоретических вопросов к итоговому модульному контролю.

1.Перечислить факторы, которые способствуют винекненню огнестрельных и неогнестрельных поражений мягких тканей.

2.Описать клиническую картину огнестрельных и неогнестрельных поражений мягких тканей.

3. Описать клиническую картину ожогов.

4. Описать клиническую картину комбинированных поражений.

6. Методы диагностики и дополнительные методы исследования больные.

7.Основные методы обследования пострадавшего в амбулаторных условиях.

8.Дополнительные методы обследования пострадавшие.

9. Методы профилактики и лечения больные.

4.9. Перечень практических заданий и работ к итоговому модульному контролю.

1. Провести пальпацию пострадали с поражением мягких тканей.

2. Провести дифференциальную диагностику и назначить план лечения больным с термическими поражениями.

3. Провести дифференциальную диагностику и назначить план лечения больным с комбинированными поражениями.

7. ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература:

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.

Дополнительная литература:

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.

№ 19. Огнестрельные, неогнестрельные повреждения костей лицевого скелета.

Рентгендиагностика повреждений лицевого скелета. Комплексное лечение повреждений челюстей. Регенерация тканей ЩЛД. Сочетанные и комбинированные травматические повреждения челюстно-лицевой области. Травматическая болезнь: особенности клинических проявлений, диагностика, лечение.

1. КОНКРЕТНЫЕ ЦЕЛИ:

- 1.1 Методы диагностики и немедленной помощи при огнестрельных, неогнестрельных повреждениях костей лицевого скелету.
 - 1.2. Особенности хирургической обработки ран лица, полости рта.
 - 1.3. Методы диагностики при повреждениях костей лицевого скелету.
 - 1.4. Немедленная помощь при повреждениях костей лицевого скелету.
 - 1.5. Рентгенодиагностика при повреждениях костей лицевого скелету.
 - 1.6. Лечение повреждений костей лицевого скелету.
 - 1.7. Регенерация тканей ЦЛД.
 - 1.8. Травматическая болезнь.
- 2. БАЗОВЫЙ УРОВЕНЬ ПОДГОТОВКИ.**

Названия предыдущих дисциплин	Приобретённые навыки
1. Этика и деонтология.	Установить психологический контакт с больным .
2. Организация здравоохранения.	Применять знание из принципов организации помощи при повреждениях костей лицевого скелету. Оформить необходимую документацию.
3. Патоморфология.	Описывать характер патологических изменений при повреждениях костей лицевого скелету .
4. Патологическая физиология.	Определять этиологию и патогенез травматических состояний.
5. Пропедевтика внутренних болезней.	Написать схему общего обследования больного. Провести курацию больного.
6. Общая хирургия.	Описывать принципы диагностики и лечения повреждений костей лицевого скелету Назначить схему обследования пациента.

3. ОРГАНИЗАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА.

При огнестрельных ранениях могут повреждаться в разных вариантах 1-2 и больше костей лицевого скелету, который в значительной степени определяет тяжесть травмы. Если учесть особенность строения верхней челюсти, наличие в ней ЛОР-органов и органов зрения, близость головного мозга, участие в акте дыхания, языка, приема еды и жевания, то можно спрогнозировать крайне тяжелые осложнения при подобных травмах.

Главными отличительными чертами огнестрельных переломов является наличие раны, повреждения костей на месте действия ранящего снаряда не в зависимости от "мест слабости", оскольчатый характер перелома, быстрое изменение клинических признаков с момента ранения к поступлению травмированному в специализированное лечебное учреждение. Всегда огнестрельные переломы тяжелее, чем неогнестрельные, хотя при первом обзоре, например, когда ранение слепо, порой могут выглядеть как незначительные. Подобная недооценка представляет опасную для жизни больно́й. Особенно внимательным следует быть к слепым ранениям.

Наиболее тяжелые есть сквозные пулевые ранения и ранения обломками артиллерийских снарядов. Большая кинетическая энергия, которую несет ранящий снаряд вызывает тяжелые разрушения. В этой связи появление новых видов стрелкового оружия и ранящих снарядов, которые имеют высокую начальную скорость и большую кинетическую энергию, которую они в результате легкости и приданной им формы, способны мгновенно отдавать пошкождаемому предмету, существенно изменило характер огнестрельной травмы : при крайне малых размерах входного отверстия разрушения очень большие, а исходное отверстие в десятки раз превышает входной. Резко выросло значение пульсирующей полости, так называемого внутритканевого взрыва, который определяет степень поражения тканей вдоль раневого канала "боковой удар", образующий временную пульсирующую полость, разрушает ткани за судьбы секунд и продолжает действовать даже после того, как ранящий снаряд покидает исходное отверстие. В результате внутритканевого взрыва в ране остаются больше нежизнеспособных тканей и потому хирургическая обработка должна быть радикальнее. В случае ранения средней зоны лица в результате первичной потери тканей отмечаются значительные изменения формы лица. Наступают тяжелые функциональные нарушения: затруднена язык, глотание, разжевывание еды. В результате смещения органов и тканей часто возникает угроза

асфиксии, в связи с чем необходимо провести экстренно вмешательство, порой коникотомию или трахеотомию.

В связи из близкістю головного мозга и крупных сосудов, трахеи, органов зрения и нервных стволов при большинстве слепых поражений считают травму тяжелой до тех пор, пока не будет проведено рентгенологическое исследование. Такое предположение особенно необходимо во время эвакуации раненого : близко размещенный к жизненно важным органам обломок или другое постороннее тело при транспортировке может сместиться и вызывать их вторичное повреждение, а в более поздние сроки нагноения, которое, распространяясь на окружающие ткани, может привести к разным последствиям. Не случайно почти 4-% слепых ранений ЩЛД сопровождалось тяжелыми осложнениями. Порой эти осложнения развивались сразу после ранения, но нередко размещенный около жизненно важного органа обломок или пуля давали о себе знать через многие недели, месяцев или лет. Через то, к полному обследованию потерпевшего все слепые ранения целесообразно считать потенциально тяжелыми. Существенно от непроникающих ран отличаются огнестрельные раны лица, проникающие в полость рта и носа, верхнечелюстную пазуху, орбиту. Проникающие раны, даже без "вторичных снарядов" всегда загрязнены содержимым полости рта, потому и нагноение в ране протекает завждиважче, выздоровлення наступает в значительно более поздние сроки, чем при слепых ранениях. Также широкое распространение приобрела классификация по Ле-Фор:

I- линия излома проходит горизонтально над альвеолярным ростком от основы грушевидного отверстия к крыловидному ростку основной кости, при этом часто отламывается дно гайморовой пазухи и ломается перегородка носа(Гереновський перелом).

II- линия излома проходит поперечный через спинку носа, по внутренней стенке и дну глазницы, далее по щелепово-вильчатому шву к крыловидным росткам. При таком переломе верхняя челюсть вместе с носовыми костями отделяется от вильчатой кости и костей мозгового черепа.

III- полный отрыв костей лицевого скелета(отрыв верхней челюсти с носовыми, вильчатыми костями и крыловидными отростками основной кости). Такой перелом называется челюстно-лицевым разъединением.

Клиническая картина тем тяжелее, чем выше проходит щель перелома и чем больший костный массив отделяется от черепа. Жалобы потерпевшего, кроме наличия раны - на головную боль, невозможность смыкания зубных рядов, порой хруст в ушах при сжатии челюстей, может быть частичков или полная потеря зрения, кровотечение из носа. При обзоре, в одних случаях, обращает на себя внимание значительный отек среднего отдела лица, порой с кровоизлияниями под нижними веками и около внутренних отделов глаз(кровоизлияние в кон'юктиву), а при обзоре через 3-4 дня кровоизлияние в виде оправы роговых очков, которая говорит о глубоких кровоизлияниях или переломе основы черепа.

Переломы нижней челюсти встречаются чаще, чем другие. Частота переломов нижней челюсти, по сравнению с переломами других костей лица, объясняется тем, что тело и ветки нижней челюсти почти вдвое больше поверхности верхней челюсти. Нижний край тела, подбородка и углы нижней челюсти покрыты незначительным слоем мягких тканей и кроме того являются выступающими участками, из-за чего участки эти наиболее часто травмируются. Классификация Д.А.Ентіна(1939) в зависимости от мест слабого сопротивления нижнечелюстной кости : срединные, боковые(ментальные), угловые(ангулярні), шейные(цервікальні), углу разделяются на переднекутові и заднекутові. Огнестрельные повреждения нижней челюсти в 30% оскольчаті.

Лигатурное связывание:

травмирующий вывих или травм. экстракция зуба;

частичный перелом альвеолярного отростка верхней или нижней челюсти;

перелом нижней челюсти в пределах зубного ряда без смещения или с незначительным смещением обломков.

Показы к между челюстного связывания за Айве, Гоцко:

перелом нижней челюсти в пределах зубного ряда со смещением и любой перелом за пределами зубного ряда при условии неповрежденной верхней челюсти;

перелом одной верхней челюсти при неповреждении нижней, и второй верхней челюсти(фиксируется челюсть на противоположной стороне);

перелом обеих верхних челюстей в сочетании с использованием давлучої жесткой пращи;

при відстрілах ментального отдела нижней челюсти следует использовать лигатурное связывание потому, что наложение пращевидных повязок может сместить нижнюю челюсть досередини и вызывать дислокационную асфиксию.

Постоянные(лечебные) методы репозиции и фиксации обломков челюстей участка на ортопедические(консервативные) и хирургические(оперативные). Ортопедические, в свою очередь, делятся на за лабораторные и лабораторные. Основным методом за лабораторного лечение переломов нижней челюсти есть ручная репозиция обломков при проводниковом знечуленні и закрепления их в правильном положении назубными шинами из алюминиевого провода. Шины С.С.Тігерштедта(1916):
гладкая шина-скоба;

шина с распоркой - при переломах с дефектом в зубном ряду;

шина с наклонной плоскостью используется при "отстреле" - дефекте одной половины нижней челюсти с целью содержания второй половины в правильном положении;

шина с опорной плоскостью - когда свисают лоскуты твердого неба;

шина с зацепными крючками и между челюстным вы тяготением.

Постоянные(лечебные) методы репозиции и фиксации обломков челюстей участка на ортопедические(консервативные) и хирургические(оперативные). Ортопедические, в свою очередь, делятся на за лабораторне. Основным методом за лабораторного лечение переломов нижней челюсти есть ручная репозиция обломков при проводниковом знечуленні и закрепления их в правильном положении назубными шинами из алюминиевого провода. Шины С.С.Тігерштедта(1916) :

гладкая шина-скоба;

шина с распоркой - при переломах с дефектом в зубном ряду;

шина с наклонной плоскостью используется при "отстреле" - дефекте одной половины нижней челюсти с целью содержания второй половины в правильном положении;

шина с опорной плоскостью - когда свисают лоскуты твердого неба;

шина с зацепными крючками и между челюстным вы тяготением.

Огнестрельные ранения верхней челюсти у 90% случаев сочетают с нарушением целостности спинок гайморовой пазухи и других окружающих верхнюю челюсть полостей. Касательные ранения верхней челюсти нередко сочетают с одновременным повреждением ветки нижней челюсти, орбиты, носа и даже мозгового черепа. По характеру розрушень эти поражения являются наиболее тяжелыми. Учитывая, что диагностика огнестрельных переломов верхней челюсти в полевых условиях, представляет трудности, необходимо сворачивать больше внимания на локализацию входного и исходного отверстий и, мысленно воссоздавая пути ранящего снаряду, делать те или другие предположения о возможных анатомических розрушення.

Огнестрельные ранения верхней челюсти в 90 % случаев сочетаются с нарушением целостности спинок гайморовой пазухи и других окружающих верхнюю челюсть полостей. Касательные ранения верхней челюсти нередко сочетаются с одновременным повреждением ветви нижней челюсти , орбиты , носа и даже мозгового черепа. По характеру разрушений эти поражения являются наиболее тяжелыми . Учитывая , что диагностика огнестрельных переломов верхней челюсти в полевых условиях , представляет трудности , необходимо обращать больше внимания на локализацию входного и выходного отверстий и , мысленно воспроизводя пути ранящего снаряда , делать те или иные предположения о возможных анатомические розрушення . Хорошей основой для установления диагноза может быть зондирования раны затупленным зондом. Но зондирования должно быть очень осторожным , чтобы не повредить кровеносные сосуды и вызвать кровотечение , которое трудно остановить. Наличие раны , нарушения прикуса , подвижность отломков и наличие других вышеуказанных симптомов позволяют с достаточной точностью установить диагноз перелома верхней челюсти и его характер. Обзорная рентгенография верхней челюсти с укладкой на подбородок и нос (окципитоментальна проекция) в некоторых случаях помогает уточнить локализацию щели перелома. Обследование больного предполагает необходимость выявления ликвореи , что является абсолютным доказательством перелома костей основания черепа. Спинномозговая жидкость может вытекать из ушей , носовых ходов , реже - изо рта. Сложность выявления ликвореи , особенно в ранние сроки наблюдения , объясняется тем , что спинномозговая жидкость смешивается с кровью и остается незамеченной. Для диф . диагностики ликвореи и кровотечения существует симптом пятна : выявление светлой каймы вокруг кровянистой пятна при нанесении капли вытекающей жидкости на марлевую салфетку свидетельствует в пользу ликвореи . Хирургическая обработка костной раны верхней челюсти может проводиться после вывода раненого из состояния асфиксии , шока и устранения острой кровопотери. При проникающем ранении в гайморову пазуху следует провести ее ревизию . Часто гайморова пазуха оказывается заполненной кровью , обломками кости , иногда в ней обнаруживаются металлические инородные тела , обломки зубов и даже целые зубы. Все это способствует в дальнейшем развитии травматического гайморита , порой остеомиелита стенок пазухи , которые в подавляющем большинстве протекают вяло , без

выраженного острого гнойного воспаления . В таких случаях следует при ревизии пазухи удалять из нее инородные тела , сгустки крови , обломки костей и др. . Иногда при ревизии гайморовой пазухи оказывается повреждения тех стенок ее , клинически и рентгенографически казались целыми . Ревизию гайморовой пазухи проводят под проводниковым обезболиванием на фоне предоперационной медикаментозной подготовки.Виды фиксирующей иммобилизации пращевидной повязка (Померанцева - Урбанской) ;шина - праща Энтина ;между челюстной связки за Айви , Гоцко .Против показания к лигатурного связывания :отсутствие сознания раненого ;при угрозе кровотечения из полости рта , из-за возникновения аспирационной асфиксии ;при эвакуации воздушным или морским путем (опасность возникновения рвоты и связыванием с этим асфиксии) ;Фиксацию обломков верхней челюсти желательно проводить ортопедическими или консервативными мероприятиями (назубные шины , лабораторные и позалабораторни шины и аппараты) . И только при невозможности добиться достаточной фиксации применяют остеосинтез . Противопоказаниями к остеосинтеза является шоковое состояние , а также период разгара лучевой болезни при комбинированных поражениях .Огнестрельные переломы скуловых костей нередко сопровождаются повреждением жевательных мышц , орбиты , лицевого и тройничного нерва , а также глаз , уха, носа и стенок гайморовой пазухи. Клиническая картина таких огнестрельных ранений тяжелее по сравнению с неогнестрельное поражениями . Ранние симптомы огнестрельных переломов скуловой кости выражаются в затрудненном открывании рта , носовом кровотечении , главной боли , болезненности при смыкании зубных рядов , шуме в ушах , головокружении , порой в снижении слуха и зрения на стороне ранения.При осмотре , между раны мягких тканей в области скуловой кости , часто отмечается отек и кровоизлияния в клетчатку век. Глазная щель при этом закрыта. Часто кровоизлияния распространяются на ближние участки и в толщу щеки. Вместе с тем , при незначительном повреждении покровов лица и резком отеке распознавания огнестрельного перелома составляет значительные трудности. В диагностике может помочь рентгенография . Раненым с повреждением скуловых костей и дуг на поле боя накладывается стерильная повязка на рану и придается положение , при котором не будет затекание крови в дыхательные пути , то есть сидя с наклоненной вперед головой или лежа лицом вниз .В послеоперационном периоде больным с травмой лица и переломами скуловых костей показана противовоспалительная терапия , симптоматические средства , физиотерапия и ЛФК с механотерапией . Следствием ранений ЧЛЮ является не только анатомические дефекты и нарушения функций , но и тяжелые психические расстройства . Лицом индивидуум представлен в обществе с потерей тонких мимических движений лица человека лишена важных средств общения и других функций.

4. ПЛАН И ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА УЧЕБНОГО ЗАНЯТИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ.

№ з/п	Этапы занятия	Распределение времени	Виды контроля	Средства обучения
1.	Подготовительный этап.	15хв.	Устный опрос по перечню вопросов. Письменное тестирование.	Компьютер (ноутбук). Мультимедийные методические разработки. Анатомические муляжи. Видео- и фотомате-риалы. Электронные справочники. Рентгенограммы, ортопантомограммы, томограммы. Набор инструментария.
1.1	Организационные вопросы.			
1.2	Формирование мотивации.			
1.3	Контроль начального уровня подготовки (стандартизированные средства контроля).			
2.	Основной этап (указать все виды работ, которые выполняют студенты во время этого этапа).	60 хв.	Практический тренинг. Решение клинических задач. Создание алгоритмов врачебных действий, профессио-	

			нальный тренинг.	
3.	Заключительный этап.			
3.1	Контроль конечного уровня подготовки.	15хв.	Тестирование. Практические задания. Ситуацион-ные и нетипичные задачи. Устный опрос.	
3.2	Общая оценка учебной деятельности студента.			
3.3	Информирование студентов о теме следующего занятия.			

4.5 . Виды самостоятельной работы студентов .

1 . Изучить следующие вопросы ($\alpha = I$)

- 1.1 Методы диагностики и неотложной помощи при огнестрельных неогнестрельных повреждениях костей лицевого скелета.
- 1.2. Особенности хирургической обработки ран лица , полости рта.
- 1.3 . Методы диагностики при повреждениях костей лицевого скелета.
- 1.4 . Немедленная помощь при повреждениях костей лицевого скелета.
- 1.5 . Ренггендиагностика при повреждениях костей лицевого скелета.
- 1.6 . Лечение повреждений костей лицевого скелета.
- 1.7 . Регенерация тканей ЧЛЮ .
- 1.8 . Травматическая болезнь .

2 . Тестовые задания по единичной правильным ответом ($\alpha = III$) :

- 2.1 . Перечислите виды временной иммобилизации при переломе нижней челюсти :
 - 1) лигатурное связывание зубов ;
 - 2) гладкая шина - скоба ;
 - 3) * пращевидной повязка ;
 - 4) аппарат Збаржем ;
 - 5) шина - ложка Лимберга .
- 2.2 . Перечислите виды временной иммобилизации при переломе верхней челюсти :
 - 1) * пращевидной повязка ;
 - 2) аппарат Збаржем ;
 - 3) лигатурное связывание ;
 - 4) шина - ложка Лимберга ;
 - 5) двухчелюстной шина с зацепными петлями.
- 2.3 . Перечислите виды постоянной иммобилизации при переломе нижней челюсти за пределами зубного ряда :
 - 1) аппарат Рудько ;
 - 2) * остеосинтез ;
 - 3) гладкая шина - скоба ;
 - 4) шина Вебера ;
 - 5) шина Порта.
- 2.4 . Перечислите виды постоянной иммобилизации при вывихе зубов :
 - 1) аппарат Рудько ;
 - 2) остеосинтез ;
 - 3) шина Вебера ;
 - 4) шина Порта ;
 - 5) * гладкая шина - скоба .

3 . Тестовые задания с множественным выбором:

- 3.1 . Перечислите основные клинические проявления неинфицированной костной раны
 - 1) отек мягких тканей ;
 - 2) инфильтрат мягких тканей ;
 - 3) кровотечение ;
 - 4) нарушение прикуса ;

5) нарушение акта жевания .

3.2 . Перечислите основные клинические проявления инфицированной костной раны

- 1) отек мягких тканей ;
- 2) инфильтрат мягких тканей ;
- 3) гноевидилення ;
- 4) нарушение прикуса ;
- 5) нарушение акта жевания .

3.3 . Перечислите виды постоянной иммобилизации при переломе альвеолярного отростка верхней челюсти :

- 1) шина - ложка Лимберга ;
- 2) аппарат Збаржем ;
- 3) двухчелюстной шина с зацепными петлями и пращи видна повязка ;
- 4) лигатурное связывание зубов ;
- 5) гладкая шина - скоба .

3.4 . Перечислите виды постоянной иммобилизации при поражении верхней челюсти :

- 1) гладкая шина - скоба ;
- 2) двухчелюстной шина с зацепными петлями и межчелюстной вытягиванием
- 3) остеосинтез ;
- 4) шина Выберите ;
- 5) аппарат Рудько .

3.5 . Перечислите виды постоянной иммобилизации при переломе нижней челюсти в пределах зубного ряда , если на малом фрагменте имеющиеся 2-3 устойчивых зуба :

- 1) гладкая - шина скоба ;
- 2) двухчелюстной шина с зацепными петлями и межчелюстной вытягиванием ;
- 3) остеосинтез ;
- 4) шина Выберите ;
- 5) аппарат Рудько .

3.6 . Перечислите виды ранних осложнений при переломе беззубой челюсти :

- 1) шок ;
- 2) коллапс ;
- 3) кровотечение ;
- 4) асфиксия ;
- 5) обморок .

Правильные ответы:

1. 3,4,5 4. 2,3
2. 1,3,5 5. 2,3
3. 3,4,5 6. 3,4,5

4 . Задачи для самоконтроля :

4.1 . У больного в результате ДТП возник перелом тела нижней челюсти со смещением отломков . Укажите метод транспортной иммобилизации для транспортировки пострадавший в отделение челюстно - лицевой хирургии ?

- A. * Круговая теменно - подбородочная повязка
- B. Шинирование с помощью шины Тигерштедта
- C. межчелюстной лигатурное скрепления
- D. Шинирование с помощью гладкой шины - скобы
- E. Шинирование с помощью шины Васильева

4.2 . К врачу-стоматологу обратился больной 38-ми лет с жалобами на боль и кровотечение из носа , которые возникли после травмы. Объективно : асимметрия лица за счет уплотнения правой скуловой участка , гематома в клетчатку век правого глаза. Открывание рта не в полном объеме . Прикус не нарушен . При пальпации отмечается ступенька по правому нижнеглазничного края. Тактильная чувствительность слегка снижена в правой подглазничной области . Какой из методов лечения показан данному больному в первую очередь?

- A. * внеротовой извлечения
- B. Репозиция кости
- C. реплантация
- D. остеотомия
- E. Остеосинтез

4.3 . К челюстно -лицевого отделения доставлен больной 32 лет с признаками удушья . После осмотра установлено: оскольчатый перелом нижней челюсти в ментальном отделе , дислокационная асфиксия . Какие неотложные манипуляции необходимо провести ?

- A. * Зафиксировать язык лигатурой
- B. Зафиксировать подвижные клочья слизистой оболочки
- C. Освободить просвет ротоглотки от инородного тела
- D. провести коникотомию
- E. Немедленно наложить трахеостому

4.4 . В СВПХГ поступил ранен из видломчастий проникающим в левую гайморову пазуху ранением верхней челюсти. ЗЧМТ тяжелой степени . Раненый без сознания. Какие факторы , влияющие на развитие клиники , необходимо учитывать челюстно - лицевой хирургу при составлении плана комплексного лечения в этом случае ?

- A. * Степень ЧМТ и вид раневого агента
- B. Степень ЧМТ
- C. Вид огнестрельного оружия
- D. Развитие синдрома взаимного отягощения
- E. Вид раневого агента

4.5 . В челюстно - лицевое отделение поступил пациент в ургентной порядке после бытовой травмы. Травма получена сутки назад . Жалобы на боль в области носа , носовое кровотечение. Объективно : нос деформирован. Отмечается ограничен симптом очков , который появился после полученной травмы. Пальпаторно отмечается боль в области стенок носа , подвижность носовых костей. Носовые ходы заполнены кровяными сгустками . Какой наиболее вероятный диагноз ?

- A. * Травматический перелом носовых костей
- B. Перелом скуловой дуги
- C. Перелом по Ле - Фор I
- D. Перелом по Ле - Фор III
- E. Суборбитальный двусторонний перелом

4.6 . У пострадавшего 32- х годов жалобы на боль в верхней челюсти , нарушение прикуса , подвижность верхних зубов , кровотечение из носа. При осмотре отмечается открытый прикус , мануально - подвижность верхней челюсти. Рентгенологически : линия перелома по дну верхнечелюстных пазух и по краю грушевидной отверстия . Какой наиболее вероятный диагноз ?

- A. * Перелом верхней челюсти по Ле - Фор I
- B. Перелом верхней челюсти по Ле - Фор II
- C. Перелом альвеолярного отростка
- D. Перелом скуловой кости
- E. Перелом верхней челюсти по Ле - Фор III

4.7 . На приеме к стоматологу обратился пациент 39- ти лет после ДТП. Объективно : лицо удлинненное , прикус нарушен (открытый). При пальцевом исследовании отмечается подвижность всего зубного ряда на верхней челюсти , следы кровоизлияний вдоль переходной складки. Нарушение целостности кости по нижнеглазничного края и скуловой дуге не отмечается . Какой диагноз?

- A. * Перелом верхней челюсти Ле - Фор по срединному типу
- B. Перелом верхней челюсти по Вассмунда I
- C. Перелом верхней челюсти Ле - Фор по верхнему типу
- D. Перелом верхней челюсти Ле - Фор по нижнему типу
- E. Перелом верхней челюсти по Вассмунда

4.6. Перечень индивидуальных заданий (не предусмотрено рабочей учебной программой по дисциплине).

4.8 . Перечень теоретических вопросов к итоговому модульному контролю .

- 1 . Огнестрельные , неогнестрельные повреждения костей лицевого скелета.
- 2 . Рентгенодиагностика повреждений лицевого скелета.
- 3 . Комплексное лечение повреждений челюстей.
- 4 . Регенерация тканей ЧЛО .
- 5 . Совмещенные и комбинированные травматические повреждения челюстно - лицевой области .
- 6 . Травматическая болезнь : особенности клинических проявлений , диагностика , лечение .

4.9 . Перечень практических заданий и работ к итоговому модульному контролю .

- 1 . Уметь собрать анамнез и провести клиническое обследование пациента , оформить историю болезни или амбулаторную карту , установить диагноз и назначить лечение.
- 2 . Уметь провести шинирование больного.

6. ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература:

7. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области.- Киев: Вища школа,1985.- 390с.
8. Юрай Галмаш. Травматология челюстно-лицевого скелета.- Братислава,1975.- 458с.
9. Рожко М.М., Кириленко І.І., Денисенко О.Г. та ін.. Стоматологія: Т.2.- К.: Книга-плюс, 2010.- 608с.
10. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии.- Москва: Медицинская литература, 2007.- 416с.
11. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии/ Под ред. В.М. Безрукова, Т.Г. Робустовой.- М.,2000.-772 с.
12. А.А. Тимофеев. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии.- 4-е изд., перераб. и доп.- Киев: ООО «Червона Рута-Турс»,2004.- 1062с.

Дополнительная литература:

5. Александров Н.М. и соавт. Травмы челюстно- лицевой области.- М.: Медицина,1986.- 446с.
6. Жабин В.Е. Клиника и лечение переломов челюстей и повреждений мягких тканей лица.- Минск, 1966.- 567с.
7. Козлов В.А. Неотложная стационарная стоматологическая помощь.- М.: Медицина,1988.-406с.
8. Травматологія та онкологія щелепно-лицевої ділянки: Збірник тестових запитань для студентів стоматологічного факультету / О.В.Рибалов, Л.М.Саяпіна, І.В.Яценко, О.О.Розколупа: АСМІ, 2002. –197с.

20. ИТОГОВЫЙ МОДУЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ

Перечень вопросов к итоговому модульному контролю и практических навыков

1. Периостит челюстей: классификация, этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика.
2. Лечение острого гнойного одонтогенного периостита челюстей.
3. Остеомиелит челюстей. Этиология, теории патогенеза, классификация.
4. Одонтогенный остеомиелит челюстей. Острая стадия. Клиника, диагностика, лечение.
5. Одонтогенный остеомиелит челюстей. Хроническая стадия. Клиника, диагностика. Консервативное лечение.
6. Операция секвестрэктомии. Показание, сроки выполнения и ее методика. Профилактика осложнений.
7. Особенности клинического хода одонтогенного остеомиелита нижней челюсти. Зависимость от анатомо-топографических особенностей.
8. Особенности клинического хода одонтогенного остеомиелита верхней челюсти. Зависимость от анатомо-топографических особенностей.
9. Дифференциальная диагностика острого периодонтита, периостита и остеомиелиту челюстей.
10. Особенности клинического хода, диагностики и лечения не одонтогенного острого остеомиелита челюстей.
11. Особенности клинического хода, диагностики и лечения травматического остеомиелита.
12. Осложнение остеомиелита челюстей.
13. Актиномикоз челюстно-лицевой области: этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
14. Сифилис челюстно-лицевой области: клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
15. Туберкулез челюстно-лицевой области: клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
16. Хирургическая анатомия клетчатых пространств головы и шеи.
17. Абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой локализации. Общие клинические признаки, методы и приемы диагностики.

18. Абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой локализации. Принципы комплексного лечения.
19. Флегмона подвисочной и крылонебной ямок. Этиология, патогенез, клиника; диагностика, лечение.
20. Флегмона височной области. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
21. Абсцессы и флегмоны подглазничной области. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
22. Абсцессы и флегмоны скуловой области. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
23. Абсцесс и флегмона поднижнечелюстного клетчатого пространства, его хирургическая анатомия. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
24. Абсцесс и флегмона крыло-челюстного клетчатого пространства. Хирургическая анатомия, этиология, клиника, диагностика, лечение.
25. Абсцесс и флегмона субмасетериального клетчатого пространства. Хирургическая анатомия. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
26. Абсцесс и флегмона околоушно-жевательной области. Этиология, хирургическая анатомия, клиника, диагностика, лечение.
27. Абсцесс и флегмона щечного участка. Хирургическая анатомия, этиология, клиника, диагностика, лечение.
28. Абсцесс и флегмона зачелюстной области. Хирургическая анатомия, этиология, клиника, диагностика, лечение.
29. Абсцесс и флегмона языка. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
30. Флегмона дна полости рта. Хирургическая анатомия, этиология, клиника, диагностика, лечение.
31. Абсцесс челюстно-языкового желобка. Хирургическая анатомия, этиология, клиника, диагностика, лечение.
32. Гнилостно-некротическая флегмона Жансуля-Людвига. Хирургическая анатомия, этиология, клиника, диагностика, лечение.
33. Абсцесс и флегмона окологлоточного клетчатого пространства. Хирургическая анатомия, этиология, клиника, диагностика, лечение.
34. Одонтогенная и неодонтогенная флегмона ЧЛЮ : дифференциальная диагностика, особенности клинического хода, лечения, осложнения.
35. Клиника, топографическая анатомия и лечение флегмоны шеи.
36. Одонтогенный сепсис. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
37. Инфекционно-токсичный шок. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
38. Тромбофлебит вен лица. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
39. Тромбоз пещеристого синуса. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
40. Одонтогенный гайморит. Этиология, классификация, клиника, диагностика.
41. Одонтогенный гайморит. Консервативное и хирургическое лечение. Осложнения и их профилактика.
42. Лимфаденит челюстно-лицевой области: классификация, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
43. Фурункулы челюстно-лицевой области: классификация, клиника, осложнение и лечение.
44. Карбункулы челюстно-лицевой области: классификация, клиника, осложнение и лечение.
45. Острое воспаление слюнных желез : классификация, клинический ход, лечение.
46. Слюнокаменная болезнь: этиология, клиника, осложнение и лечение.
47. Псевдопаротит Герценберга : этиология, клиника, осложнение и лечение.
48. Хроническое воспаление слюнных желез : классификация, клинический ход, лечение.
49. Нома. Этиология, патогенез, клиническая картина, лечение. Дифференциальная диагностика, осложнение.
50. Рожья лица. Этиология, патогенез, клиническая картина, лечение. Дифференциальная диагностика, осложнение.

1. Классификация опухолей челюстно-лицевой области.
2. Теории канцерогенеза. Факторы риска.
3. Онкологическая настороженность в практике врача-стоматолога.
4. Методы обследования пациентов с злокачественными опухолями челюстно-лицевой области.
5. Классификация TNM. Клинические группы онкологических больных.
6. Основные признаки добро- и злокачественной опухоли.
7. Облигатные предраковые заболевания челюстно-лицевой области.
8. Факультативные предраковые заболевания челюстно-лицевой области.
9. Рак губы. Классификация, клиника, диагностика.
10. Рак губы. Лечение, осложнение.
11. Рак слизистой оболочки полости рта. Классификация, клиника, диагностика.
12. Рак слизистой оболочки полости рта. Лечение, осложнение.
13. Рак нижней челюсти. Классификация, клиника, диагностика.
14. Рак и саркома нижней челюсти. Лечение, осложнение.
15. Саркома нижней челюсти. Классификация, клиника, диагностика.
16. Рак верхней челюсти. Линии Онгрена. Классификация, клиника, диагностика.
17. Саркома верхней челюсти. Классификация, клиника, диагностика.
18. Рак и саркома верхней челюсти. Лечение, осложнение.
19. Злокачественные опухоли слюнных желез. Классификация, клиника, диагностика.
20. Злокачественные опухоли слюнных желез. Лечение, осложнение.
21. Злокачественные опухоли шеи. Классификация, клиника, диагностика.
22. Виды шейных лимфаденоктомий.
23. Принципы лечения злокачественных опухолей челюстно-лицевой области в зависимости от стадии процесса.
24. Бранхиогенный рак. Клиническая картина, диагностика, лечение.
25. Меланома. Клиническая картина, диагностика, тактика врача-стоматолога, принципы лечения.
26. Классификация предраковых заболеваний кожи лица, красной каймы губ, слизистой оболочки полости рта. Фоновые заболевания.
27. Понятие о факультативных и облигатных формах предраковых заболеваний кожи лица, красной каймы губ, слизистой оболочки полости рта.
28. Клинические проявления и методы диагностики предраковых заболеваний кожи лица, красной каймы губ, слизистой оболочки полости рта.
29. Основные принципы лечения, профилактики и диспансеризации пациентов с предраковыми заболеваниями кожи лица, красной каймы губ, слизистой оболочки полости рта.
30. Классификация, клинические проявления и методы диагностики эпителиальных опухолей, опухолевидных процессов и кист кожи головы и шеи.
31. Основные принципы лечения и профилактики эпителиальных опухолей, опухолевидных процессов и кист кожи головы и шеи.
32. Дермоидная и эпидермальные кисты: классификация, клиническая картина и морфологическое строение.
33. Дермоидная и эпидермальные кисты: диагностика, лечение, осложнение.
34. Киста шеи (срединная и боковая) : этиология, патогенез, классификация, гистологическое строение.
35. Киста шеи (срединная и боковая) : клиническая картина, дифференциальная диагностика, особенности лечения, осложнения.
36. Доброкачественные опухоли и кисты слюнных желез : классификация, этиология, патогенез, гистологическое строение, клинические проявления.
37. Доброкачественные опухоли и кисты слюнных желез : клиническая картина, дифференциальная диагностика, принципы и методы лечения
38. Доброкачественные опухоли меланогенной системы. Клиника, особенности диагностики, лечения.
39. Одонтогенные кисты челюстей. Классификация, клинические проявления, диагностика, механизм роста и патологическая анатомия.
40. Одонтогенные кисты челюстей. Методы хирургического лечения. Техника оперативного вмешательства, послеоперационное ведение больных.
41. Доброкачественные одонтогенные опухоли челюстей. Классификация, клиническая картина и морфологическое строение.

42. Доброкачественные одонтогенные опухоли челюстей. Современные принципы диагностики, методы лечения.
43. Брахиогенные кисты и свищи : классификация, этиология, патогенез, гистологическое строение и клиническая картина.
44. Брахиогенные кисты и свищи : клиническая картина, дифференциальная диагностика, принципы и методы лечения.
45. Принципы и методы диспансеризации больных с предопухолевыми заболеваниями лица и органов полости рта.
46. Доброкачественные неодонтогенные опухоли челюстей. Классификация, гистологическое строение и клиническая картина.
47. Доброкачественные неодонтогенные опухоли челюстей. Дифференциальная диагностика, принципы и основные методы лечения, профилактика осложнений.
48. Остеогенные опухолевидные новообразования челюстей : этиология, патогенез, классификация.
49. Остеогенные опухолевидные новообразования челюстей : Гистологическое строение, клиника, дифференциальная диагностика.
50. Остеогенные опухолевидные новообразования челюстей : особенности лечения, осложнения, профилактика.
51. Современные принципы диагностики опухолей головы и шеи.
52. Классификация опухолей челюстно-лицевой области.
53. Теории канцерогенеза. Факторы риска.
54. Онкологическая настороженность в практике врача-стоматолога.
55. Методы обследования пациентов с злокачественными опухолями челюстно-лицевой области.
56. Классификация TNM. Клинические группы онкологических больных.
57. Основные признаки добро- и злокачественной опухоли.
58. Облигатные предраковые заболевания челюстно-лицевой области.
59. Факультативные предраковые заболевания челюстно-лицевой области.
60. Рак губы. Классификация, клиника, диагностика.
61. Рак губы. Лечение, осложнение.
62. Рак слизистой оболочки полости рта. Классификация, клиника, диагностика.
63. Рак слизистой оболочки полости рта. Лечение, осложнение.
64. Рак нижней челюсти. Классификация, клиника, диагностика.
65. Рак и саркома нижней челюсти. Лечение, осложнение.
66. Саркома нижней челюсти. Классификация, клиника, диагностика.
67. Рак верхней челюсти. Линии Онгрена. Классификация, клиника, диагностика.
68. Саркома верхней челюсти. Классификация, клиника, диагностика.
69. Рак и саркома верхней челюсти. Лечение, осложнение.
70. Злокачественные опухоли слюнных желез. Классификация, клиника, диагностика.
71. Злокачественные опухоли слюнных желез. Лечение, осложнение.
72. Злокачественные опухоли шеи. Классификация, клиника, диагностика.
73. Виды шейных лимфаденектомий.
74. Принципы лечения злокачественных опухолей челюстно-лицевой области в зависимости от стадии процесса.
75. Бранхиогенный рак. Клиническая картина, диагностика, лечение.
76. Меланома. Клиническая картина, диагностика, тактика врача-стоматолога, принципы лечения.
77. Классификация предраковых заболеваний кожи лица, красной каймы губ, слизистой оболочки полости рта. Фоновые заболевания.
78. Понятие о факультативных и облигатных формах предраковых заболеваний кожи лица, красной каймы губ, слизистой оболочки полости рта.
79. Клинические проявления и методы диагностики предраковых заболеваний кожи лица, красной каймы губ, слизистой оболочки полости рта.
80. Основные принципы лечения, профилактики и диспансеризации пациентов с предраковыми заболеваниями кожи лица, красной каймы губ, слизистой оболочки полости рта.
81. Классификация, клинические проявления и методы диагностики эпителиальных опухолей, опухолевидных процессов и кист кожи головы и шеи.
82. Основные принципы лечения и профилактики эпителиальных опухолей, опухолевидных процессов и кист кожи головы и шеи.

83. Дермоидная и эпидермальные кисты: классификация, клиническая картина и морфологическое строение.
84. Дермоидная и эпидермальные кисты: диагностика, лечение, осложнение.
85. Киста шеи (срединная и боковая) : этиология, патогенез, классификация, гистологическое строение.
86. Киста шеи (срединная и боковая) : клиническая картина, дифференциальная диагностика, особенности лечения, осложнения.
87. Доброкачественные опухоли и кисты слюнных желез : классификация, этиология, патогенез, гистологическое строение, клинические проявления.
88. Доброкачественные опухоли и кисты слюнных желез : клиническая картина, дифференциальная диагностика, принципы и методы лечения
89. Доброкачественные опухоли меланогенной системы. Клиника, особенности диагностики, лечения.
90. Одонтогенные кисты челюстей. Классификация, клинические проявления, диагностика, механизм роста и патологическая анатомия.
91. Одонтогенные кисты челюстей. Методы хирургического лечения. Техника оперативного вмешательства, послеоперационное ведение больных.
92. Доброкачественные одонтогенные опухоли челюстей. Классификация, клиническая картина и морфологическое строение.
93. Доброкачественные одонтогенные опухоли челюстей. Современные принципы диагностики, методы лечения.
94. Брахиогенные кисты и свищи : классификация, этиология, патогенез, гистологическое строение и клиническая картина.
95. Брахиогенные кисты и свищи : клиническая картина, дифференциальная диагностика, принципы и методы лечения.
96. Принципы и методы диспансеризации больных с предопухолевыми заболеваниями лица и органов полости рта.
97. Доброкачественные неодонтогенные опухоли челюстей. Классификация, гистологическое строение и клиническая картина.
98. Доброкачественные неодонтогенные опухоли челюстей. Дифференциальная диагностика, принципы и основные методы лечения, профилактика осложнений.
99. Остеогенные опухолевидные новообразования челюстей : этиология, патогенез, классификация.
100. Остеогенные опухолевидные новообразования челюстей : Гистологическое строение, клиника, дифференциальная диагностика.
101. Остеогенные опухолевидные новообразования челюстей : особенности лечения, осложнения, профилактика.
102. Современные принципы диагностики опухолей головы и шеи.

Практические навыки

1 вопрос

1. Выполните мандибулярную анестезию аподактильным способом.
2. Выполните мандибулярную анестезию пальцевым способом.
3. Выполните центральную анестезию по Карреа (нёбный путь крыловидно-нёбной анестезии).
4. Выполните туберальную анестезию внеротовым методом.
5. Выполните туберальную анестезию внутриротовым методом.
6. Выполните нёбную анестезию у большого нёбного отверстия.
7. Выполните нёбную анестезию.
8. Выполните терминальную анестезию для обезболивания средних верхних альвеолярных нервов.
9. Выполните резцовую анестезию на верхней челюсти внеротовым способом.
10. Выполните резцовую анестезию на верхней челюсти внутриротовым способом.
11. Выполните инфраорбитальную анестезию внеротовым методом.
12. Выполните проводниковую инфраорбитальную анестезию внутриротовым методом.
13. Выполните инфраорбитальную анестезию возле подглазничного отверстия внутриротовым методом.
14. Выполните терминальную анестезию по Вишневному.
15. Выполните интралигаментарную анестезию.
16. Выполните интрасептальную анестезию.
17. Выполните поднадкостничную анестезию.

18. Выполните терминальную анестезию.
19. Выполните проводниковую анестезию II и III ветвей тройничного нерва в подвисочной ямке способом ползучего инфильтрата по Вишневскому.
20. Выполните анестезию возле овального отверстия подвисочным путём.
21. Выполните анестезию верхнечелюстного нерва подскуло-крыловидным путём по С.Н. Вайсблату.
22. Выполните анестезию по Берше-Дубову.
23. Выполните анестезию по Берше-Дубову.
24. Выполните анестезию по Вейсбрему.
- 25.1. Продемонстрируйте выполнение анестезии щёчного нерва.
26. Выполните резцовую анестезию на нижней челюсти.
27. Выполните анестезию возле ментального отверстия внутриротовым методом.
28. Выполните мандибулярную анестезию внеротовым способом.
29. Выполните торусальную анестезию на беззубых челюстях.
30. Выполните анестезию по Вейсбрему.
31. Выполните торусальную анестезию.
32. Выполните анестезию возле ментального отверстия внеротовым методом.
33. Выполните мандибулярную анестезию аподактильным способом.
34. Выполните мандибулярную анестезию пальцевым способом.
35. Выполните центральную анестезию по Карреа (нёбный путь крыловидно-нёбной анестезии).
36. Выполните туберальную анестезию внеротовым методом.
37. Выполните туберальную анестезию внутриротовым методом.
38. Выполните нёбную анестезию у большого нёбного отверстия.
39. Выполните нёбную анестезию.
40. Выполните терминальную анестезию для обезболивания средних верхних альвеолярных нервов.
41. Выполните резцовую анестезию на верхней челюсти внеротовым способом.
42. Выполните резцовую анестезию на верхней челюсти внутриротовым способом.
43. Выполните инфраорбитальную анестезию внеротовым методом.
44. Выполните проводниковую инфраорбитальную анестезию внутриротовым методом.
45. Выполните инфраорбитальную анестезию возле подглазничного отверстия внутриротовым методом.
46. Выполните анестезию по Вишневскому.
47. Выполните интралигаментарную анестезию.
48. Выполните интрасептальную анестезию.
49. Выполните поднадкостничную анестезию.
50. Выполните терминальную анестезию.

2 вопрос

1. Техника анестезии для раскрытия флегмоны поднижнечелюстной области.
2. Продемонстрируйте технику выполнения анестезии для раскрытия флегмоны височной области (средний слой).
3. Продемонстрируйте технику выполнения анестезии для раскрытия глубокой флегмоны височной области.
4. Продемонстрируйте технику выполнения анестезии для раскрытия флегмоны околоушно-жевательного пространства.
5. Продемонстрируйте технику выполнения анестезии при раскрытии флегмоны подвисочной области.
6. Продемонстрируйте выполнение анестезии для раскрытия флегмоны зачелюстного пространства.
7. Продемонстрируйте последовательность выполнения анестезии для раскрытия абсцесса языка.
8. Продемонстрируйте последовательность выполнения анестезии для раскрытия флегмоны подподбородочной области.
9. Продемонстрируйте последовательность выполнения анестезии для раскрытия гнойного очага при лимфадените щёчного лимфатического узла.
10. Продемонстрируйте последовательность выполнения анестезии для раскрытия абсцесса клыковой ямки.
11. Продемонстрируйте последовательность выполнения анестезии для вскрытия гнойного очага при периаурикулярном лимфадените.
12. Продемонстрируйте порядок выполнения анестезии для раскрытия гнойного очага при гнойном лимфадените поднижнечелюстной области.

13. Выполните анестезию при оперативном вмешательстве – гайморотомия.
14. Продemonстрируйте выполнение анестезии при переломе угла нижней челюсти.
15. Выполните анестезию при переломе верхних челюстей по Ле Фор I (нижний тип).
16. Выполните анестезию при переломе верхних челюстей по Ле Фор II (средний тип).
17. Выполните анестезию при переломе верхних челюстей по Ле Фор III (верхний тип).
18. Продemonстрируйте этапы изготовления гладкой шины-скобы по С.С. Тигерштедту .
19. Продemonстрируйте выполнение анестезии при глубокой флегмоне височной области.
20. Продemonстрируйте выполнение анестезии для раскрытия флегмоны височной области (средний слой).
21. Продemonстрируйте выполнение анестезии для раскрытия флегмоны поднижнечелюстной области.
22. Продemonстрируйте этапы репозиции и фиксации отломков при переломах скуловой кости и дуги внеротовым доступом по Лимбергу.
23. Продemonстрируйте последовательность выполнения анестезии для раскрытия поверхностных абсцессов челюстно-лицевой области.
24. Продemonстрируйте выполнение анестезии для оперативного вмешательства – резекции верхушек корней зубов 11 и 21.
- 25.2. Продemonстрируйте последовательность фиксации отломков верхней челюсти шиной с опорной плоскостью.
26. Продemonстрируйте временную иммобилизацию отломков верхних челюстей.
27. Продemonстрируйте последовательность выполнения лечебных мероприятий при стенотической асфиксии раненого в челюстно-лицевую область.
28. Продemonстрируйте этапы репозиции, фиксации и иммобилизации костных отломков нижней челюсти при наличии зуба в щели перелома.
29. Продemonстрируйте последовательность репозиции и фиксации костных отломков нижней челюсти при помощи аппарата Рудько.
30. Продemonстрируйте последовательность выполнения постоянной иммобилизации отломков верхних челюстей по Фальтину-Адамсу.
31. Продemonстрируйте методику вправления переднего вывиха нижней челюсти.
32. Продemonстрируйте последовательность наложения шин Васильева.
33. Продemonстрируйте последовательность изготовления и наложения шины с опорной плоскостью.
34. Продemonстрируйте этапы изготовления и наложения шины с наклонной плоскостью.
35. Продemonстрируйте последовательность изготовления и наложения шины с распорочным изгибом.
36. Продemonстрируйте этапы изготовления и наложения двучелюстной шины с зацепными петлями.
37. Продemonстрируйте этапы изготовления и наложения гладкой шины-скобы.
38. Продemonстрируйте этапы лигатурного межчелюстного закрепления отломков челюстей по методике Военно-медицинской академии (простое лигатурное связывание).
39. Продemonстрируйте последовательность лигатурного восьмиобразного связывания зубов.
40. Продemonстрируйте последовательность лигатурного связывания зубов по Гейкину.
41. Продemonстрируйте последовательность лигатурного связывания зубов по Айви.
42. Продemonстрируйте лигатурное связывание зубов по Вильга.
43. Продemonстрируйте временную иммобилизацию нижней челюсти межчелюстным лигатурным связыванием.
44. Продemonстрируйте этапы наложения стандартной пращи Энтина.
45. Продemonстрируйте изготовление индивидуальной гипсовой подбородочной повязки при переломах нижней челюсти.
46. Продemonстрируйте временную иммобилизацию нижней челюсти эластической подбородочной пращей по Померанцевой-Урбанской.
47. Продemonстрируйте этапы временной иммобилизации нижней челюсти бинтовой теменно-подбородочной повязкой.
48. Продemonстрируйте изготовление и технику наложения бинтовой пращевидной повязки при переломах нижней челюсти.
49. Продemonстрируйте последовательность действий врача при вправлении застарелого переднего вывиха нижней челюсти.
50. Продemonстрируйте технику вправления острого переднего двухстороннего вывиха нижней челюсти.

3 вопрос

1. Продемонстрируйте удаление зуба 11.
2. Удалите зуб 22.
3. Выполните удаление фронтальных зубов верхней челюсти.
4. Удалите зуб 13.
5. Продемонстрируйте этапы удаления ретенированных зубов 13, 23.
6. Удалите зуб 14.
7. Удалите зуб 15.
8. Удалите зуб 24.
9. Удалите зуб 16.
10. Удалите зуб 26.
11. Удалите зуб 17.
12. Удалите зуб 27.
13. Удалите зуб 18.
14. Удалите зуб 28.
15. Продемонстрируйте удаление ретенированных третьих больших коренных зубов нижней челюсти.
16. Удалите зуб 31.
17. Удалите зуб 41.
18. Удалите корни зуба 42.
19. Удалите корни зуба 33.
20. Удалите корни зубов 46 и 47.
21. Удалите корни зубов 35 и 36.
22. Удалите зуб 46.
23. Удалите зуб 47.
24. Удалите корни зуба 48.
- 25.3. Продемонстрируйте этапы операции удаления 38 зуба при его дистопии.
26. Удалите резцы на верхней челюсти.
27. Удалите зуб 48 при его ретенции.
28. Удалите клыки верхней челюсти.
29. Удалите малые корневые зубы на правой верхней челюсти.
30. Удалите малые корневые зубы на левой верхней челюсти.
31. Удалите моляры на правой верхней челюсти.
32. Удалите моляры на левой верхней челюсти.
33. Удалите третьи большие корневые зубы нижней челюсти с помощью элеваторов.
34. Удалите резцы на нижней челюсти.
35. Удалите клыки на нижней челюсти.
36. Удалите премоляры на нижней челюсти слева.
37. Удалите премоляры на нижней челюсти слева.
38. Удалите моляры на нижней челюсти слева.
39. Удалите моляры на нижней челюсти справа.
40. Удалите корни моляров верхних челюстей.
41. Удалите корни премоляров на верхних челюстях.
42. Удалите корни моляров нижней челюсти.
43. Удалите корни зуба 18.
44. Удалите зуб 22.
45. Удалите зуб 23.
46. Удалите зуб 13.
47. Удалите ретенированный зуб 13.
48. Удалите зуб 14.
49. Удалите зуб 35.
50. Удалите зуб 25.