

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

(для самостійної роботи)

ОСНОВИ СТОМАТОЛОГІЇ

підготовки фахівців другого (магістерського) рівня вищої освіти
галузі знань 22 «Охорона здоров'я»
спеціальності 222 «Медицина»
Лікувальна справа
Педіатрія
Медико-профілактична справа
факультет, курс: медичний, III

Львів 2019

рекомендовано до друку методичною комісією зі стоматологічних дисциплін (протокол №__ від __.__.201 р.)

Методичні вказівки складені професорсько–викладацьким складом кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії: зав.каф., проф. Варес Я.Е., доц. Медвідь Ю.О., ас. Корнієнко М.М.

Рецензенти:

*Кухта В.С. – завідувач кафедри ортопедичної стоматології ЛНМУ імені Данила Галицького
Пасько О.О. – доцент кафедри терапевтичної стоматології ЛНМУ імені Данила Галицького*

Відповідальний за випуск: проф. Варес Я.Е.

ВСТУП

Програма вивчення навчальної дисципліни «основи стоматології»

відповідно до Стандарту вищої освіти *другого (магістерського) рівня*

галузі знань *22 «Охорона здоров'я»*

спеціальності *222 «Медицина»*

освітньої програми *магістра медицини*

Опис навчальної дисципліни (анотація). Дисципліна передбачає вивчення терапевтичної, ортопедичної, хірургічної та стоматології дитячого віку за основними її розділами, при цьому наголос робиться на вивченні етіології, патогенезу, клініки, діагностики, невідкладного лікування та профілактики основних і найбільш розповсюджених захворювань ЩЛД.

Значна увага приділяється формуванню у студентів навичок збору анамнезу, проведення обстеження та диференційної діагностики захворювань ЩЛД із різноманітним клінічним перебігом та їх ускладненнями, на практиці вивчаються сучасні підходи до діагностики, принципів лікування та профілактики на засадах дані доказової медицини, а також невідкладні стани в практиці лікаря. Передбачено ознайомлення з лікувально-профілактичними заходами, які найчастіше застосовуються у стоматологічній практиці.

Вивчення дисципліни «основи стоматології» сприяє формуванню цілісного уявлення про будову й функціонування органів ЩЛД; поглибленню теоретичної та практичної підготовки, набуттю професійних практичних навичок для самостійної лікарської діяльності.

Структура навчальної дисципліни	Кількість кредитів, годин, з них			Рік навчання семестр	Вид контролю	
	Всього	Аудиторних				СРС
		Лекцій (годин)	Практичних занять (год.)			
Назва дисципліни: Основи стоматології	0,5 кредитів / 15 год.	-	10	5	III курс (V/VI семестри)	залік

Предметом вивчення навчальної дисципліни є патологічні процеси ЩЛД, що відносяться до компетенції терапевтичної, ортопедичної, хірургічної та стоматології дитячого віку, особливості їх клінічного перебігу, основні діагностичні та лікувальні маніпуляції, що застосовуються в практиці лікаря-стоматолога.

Міждисциплінарні зв'язки: нормальна анатомія, гістологія, нормальна фізіологія, патологічна фізіологія, топографічна анатомія та оперативна хірургія, мікробіологія, біохімія, фармакологія, внутрішні хвороби, ендокринологія, шкірно-венеричні, нервові хвороби, оториноларингологія, офтальмологія, медицина екстремальних станів.

Метою викладання навчальної дисципліни «основи стоматології» є фахова підготовка лікаря, яка передбачає засвоєння питань теорії й практики з основних розділів стоматології, починаючи з організації роботи стоматологічної поліклініки та щелепно-лицевого стаціонару до надання ургентної допомоги при невідкладних станах і в вогнищах масового ураження.

Основними завданнями вивчення дисципліни «основи стоматології» є вміння проводити обстеження стоматологічного хворого, діагностувати основні симптоми та синдроми патологій ЩЛД, обґрунтувати та сформулювати попередній діагноз; аналізувати результати обстеження та проводити диференційну діагностику, сформулювати клінічний діагноз основних захворювань, виявляти та ідентифікувати прояви соматичних захворювань в порожнині рота, визначати принципи комплексного лікування в клініці хірургічної стоматології, виявляти різні клінічні варіанти та ускладнення найбільш поширених захворювань ЩЛД, знати заходи первинної та вторинної профілактики найбільш поширених стоматологічних захворювань.

Тематичний план самостійної роботи студентів

№ з/п	Тема	К-ть годин	Вид контролю
1.	Знеболення в стоматології: місцеве, загальне, потенційоване. Загальні ускладнення місцевої анестезії, клініка та невідкладна допомога.	1	Поточний контроль на практичних заняттях
2.	Прояви специфічних запальних процесів та ВІЛ-інфекції/СНІДу в ротовій порожнині. Достовірні та недостовірні ознаки СНІДу.	1	Поточний контроль на практичних заняттях
3.	Доброякісні та злоякісні пухлини ЩІД.	1	Поточний контроль на практичних заняттях
4.	Травматична хвороба при пошкодженнях щелепно-лицевої ділянки: класифікація, патогенез, прогноз, перебіг, особливості лікування, наслідки хвороби.	1	Поточний контроль на практичних заняттях
5.	Фактори, що впливають на виникнення вроджених вад зубів та обличчя.	1	Поточний контроль на практичних заняттях
Всього годин: 5			

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО

«Затверджено»
на засіданні кафедри
хірургічної стоматології та
щелепно-лицевої хірургії

Завідувач кафедри
д. мед. н., проф. Варес Я. Е.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

Навчальна дисципліна	Основи стоматології
Змістовий модуль №	1
Тема заняття	Тема № 1. «Знеболення в стоматології: місцеве, загальне, потенційоване. Загальні ускладнення місцевої анестезії, клініка та невідкладна допомога.»
Курс	III
Факультет	Медичний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Особливістю щелепно–лицевої ділянки є наявність добре розвиненої нервової сітки, що зумовлює значну болючість при різноманітних патологічних процесах та при проведенні операційних втручань. У зв'язку з тим, що ділянка голови є спільною для маніпуляцій хірурга та анестезіолога, виникає значна специфіка у проведенні загального знечулення. Усе вищезгадане зумовлює актуальність даної теми, особливо для лікарів – анестезіологів, оториноларингологів, офтальмологів, нейрохірургів.

2. НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ ЗАНЯТТЯ:

➤ фахові компетентності:

1. Збирання медичної інформації про стан пацієнта.;
2. Оцінювання результатів лабораторних та інструментальних досліджень;
3. Встановлення клінічного діагнозу стоматологічного захворювання;
4. Визначення характеру та принципів лікування стоматологічних захворювань;
5. Визначення необхідного режиму праці та відпочинку, дієти при лікуванні стоматологічних захворювань;
6. Визначення тактики ведення стоматологічного хворого при соматичній патології;
7. Виконання медичних та стоматологічних маніпуляцій;
8. Проведення лікування основних стоматологічних захворювань;
9. Організація проведення лікувально-евакуаційних заходів;
10. Визначення тактики та надання екстреної медичної допомоги;
11. Організація та проведення стоматологічної диспансеризації осіб, що підлягають диспансерному нагляду;
12. Оцінювання впливу навколишнього середовища на стан здоров'я населення (індивідуальне, сімейне, популяційне);
13. Опрацювання державної, соціальної та медичної інформації;
14. Ведення медичної документації.

➤ загальні компетентності:

1. Здатність навчатися;
2. Уміння ідентифікувати, формулювати та розв'язувати задачі;
3. Уміння приймати обґрунтовані рішення;
4. Уміння застосовувати знання в практичних ситуаціях;
5. Уміння думати абстрактно, аналізувати та синтезувати;
6. Уміння працювати в команді;
7. Знання та розуміння предметної області та розуміння фаху;
8. Уміння спілкуватися із нефахівцями однієї галузі.

3. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

1. Загальне знеболювання при операціях у щелепно-лицевій ділянці. Наркоз, його види. Показання та протипоказання до його проведення.
2. Переваги та недоліки видів наркозу. Сучасні класифікації анестезіологічних ризиків.
3. Потенціювання місцевого знеболення. Нейролептанальгезія.
4. Особливості проведення наркозу в стоматології, щелепно-лицевій хірургії.
5. Класифікувати загальні ускладнення при місцевому знеболенні.
6. Аналізувати причини виникнення загальних ускладнень при місцевому знеболенні.
7. Характеризувати клінічну картину розвитку невідкладних станів, які виникають при проведенні місцевої анестезії.
8. Визначити та обґрунтувати заходи щодо попередження виникнення ускладнень при місцевому знеболенні.

9. Визначити та обґрунтувати методи лікування різних ускладнень, що можуть виникнути при проведенні місцевої анестезії.

10. Засвоїти основні принципи надання невідкладної реанімаційної допомоги.

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

Назва дисципліни	Отримані навички
1. Етика та деонтологія.	Встановити психологічний контакт з хворим.
2. Пропедевтика внутрішніх хвороб.	Вміти провести загальне обстеження хворого. Скласти план комплексного обстеження пацієнтів із загальносоматичними патологіями.
3. Фармакологія.	Знати фармакологічні особливості та вміти призначити препарати різних фармакологічних груп для профілактики та лікування невідкладних станів.

5. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ.

5.1. Теоретичні питання до заняття:

1. Класифікація ускладнень місцевого знеболення щелепно-лицевої ділянки.
2. Непритомність: причини виникнення, клініка, діагностика, лікування та профілактика.
3. Колапс: причини виникнення, клініка, діагностика, лікування та профілактика.
4. Анафілактичний шок: причини виникнення, клініка, діагностика, лікування та профілактика.
5. Інтоксикація анестетиком та вазоконстриктором: причини виникнення, клініка, діагностика, лікування та профілактика.
6. Ідіосинкразія: причини виникнення, клініка, діагностика, лікування і профілактика.
7. Принципи серцево-легеневої реанімації у практиці хірурга-стоматолога.

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

1. Зібрати анамнез та провести огляд пацієнта із захворюваннями процесу щелепно-лицевої ділянки.
2. Скласти план обстеження пацієнта.
3. Скласти план додаткових методів дослідження.
4. Заповнити відповідну медичну документацію.
5. Навчитись виявляти та вміти попереджувати появу загальних ускладнень при проведенні місцевих анестезій.
6. Навчитись надавати невідкладну реанімаційну допомогу.
7. Складати план надання невідкладної допомоги та комплексного лікування ускладнень, що виникають при проведенні місцевого знеболення.

6. ЗМІСТ ТЕМИ:

Місцева анестезія (локальне знечулення, блокада больових імпульсів) — це комплекс запобіжних немедикаментозних та медикаментозних лікарських заходів, спрямованих проти болю, який може виникнути під час втручання. Місцеве інфільтраційне знечулення, на відміну від загального, поширюється лише на ту ділянку тіла, де наноситься або впорскується анестетик і проводиться маніпуляція. Притомність пацієнта при цьому повністю зберігається. Місцева анестезія — це наростаюча та тимчасова втрата больової чутливості, якою переважно можна керувати. Ефект знечулення здійснюється через

механізми сприймання і проведення больового подразнення в периферійних відділах нервової системи. Під впливом місцевих анестетиків у нервовому стовбурі чи нервових закінченнях різко сповільнюються електрохімічні процеси, змінюється проникність і переміщення катіонів натрію, калію та інших іонів через мембрани нервових волокон. Унаслідок цього збудливість та провідність больових імпульсів уздовж нервового стовбура зменшується або повністю переривається, зумовлюючи блокаду відповідного нерва чи його гілки.

Специфіка місцевого знечулення в стоматології полягає в тому, що об'єктом втручання, як правило, є тканини (зуби, кістки) з незадовільною проникністю анестезуючих засобів, й уведення в них ін'єкційної голки утруднене. Потрібно зауважити, що досить часто медики неточно вживають терміни “знечулення” та “знеболення”. Знечулення — це лікарський захід, спрямований на попередження можливого болю, тобто анестезія, а знеболення — усунення вже існуючих больових відчуттів травматичного чи невралгічного характеру (анальгезія).

За технікою виконання місцеве знечулення поділяється на: неін'єкційне, ін'єкційне. Крім того, блокада буває: внутрішньоротова, зовнішньоротова.

Неін'єкційна анестезія. Неін'єкційну анестезію здійснюють такими основними способами: - механічним (стискання відповідних щелепно-лицевих ділянок, що зумовлює затерплість тканин, тобто нетривалу, часткову блокаду больових імпульсів), - фізичним (знечулення за допомогою охолодження, кріотехніки, постійного та змінного струмів, аудіоанальгезії, лазерних променів та ін.), - хімічним (застосування медикаментозних речовин у формі розчинів, мазей, емульсій, гелів, аерозолів, облаток, карамельок, льодяників, спеціальних жувальних гумок для дітей тощо), - фізико-хімічним (електрофорез з використанням розчинів місцевих анестетиків, струменеве знечулення, виконане безголковими пристроями та ін.).

Ін'єкційне знечулення. Ін'єкційне знечулення здійснюється впорскуванням локально анестезуючого засобу вглиб тканин за допомогою шприца та порожнистої голки. Залежно від відстані введення препарату до знечулюваних нервів чи їх гілок розрізняють такі способи ін'єкційної анестезії: інфільтраційний, провідниковий, комбінований (при поєднанні кількох методів). Крім цього, ін'єкційна блокада може бути: непотенційованою (звичайна), потенційованою (посилена попереднім уведенням медикаментозних засобів з різним механізмом дії).

Кожен з цих способів анестезії, певна річ, має свої показання та протипоказання щодо застосування: лікар-практик, з точки зору безпеки знечулення та його ефективності, повинен їх добре знати.

Інфільтраційна анестезія. Інфільтраційна анестезія полягає у впорскуванні знеболювального розчину місцевого анестетика в зону іннервації нервових закінчень верхньо- або нижньощелепного нервів, де потрібно перервати провідність больових імпульсів. До основних методів інфільтраційного знечулення належать: аплікаційний, підслизовий, внутрішньососочковий, надокісний, біляверхівковий, внутрішньозв'язковий, внутрішньопульповий, внутрішньоперегородковий, внутрішньокістковий, пошировий (метод повзучого інфільтрату за О. В. Вишневським).

Провідникова блокада. Провідникову блокаду, залежно від ділянки впорскування знечулювального засобу (нервовий стовбурабо периферійна гілка), поділяють на: - центральну (стовбурову), що полягає у знечуленні другої або третьої гілок трійчастого нерва

шляхом уведення препарату безпосередньо біля їх виходу з круглого чи овального отворів черепа, - периферійну (регіонарну), коли розчин анестетика підводять до однієї з гілок, яка іннервує ту чи іншу ділянку, виключаючи тим самим її больову чутливість. Провідникове знечулення, на відміну від інфільтраційного, є дещо складнішим щодо виконання і потребує від лікаря-стоматолога ґрунтовніших знань з нормальної та топографічної анатомії ділянок, де проводиться блокада відповідного нерва.

Основні завдання лікаря при проведенні місцевого знечулення. Профілактика болю — це одне з найважливіших невід’ємних завдань лікаря-стоматолога, бо без неї в наш час не можна уявити жодного втручання. Тому безболісність будь-якої маніпуляції є одним з показників високої кваліфікації спеціаліста. При виконанні місцевої анестезії на сучасному рівні стоматолог мусить передбачити такі основні моменти: - заспокоєння пацієнта (психологічна підтримка, забезпечення комфортних умов під час лікування, дотримання засад деонтології та ін.), - попередження можливого й усунення існуючого або створеного лікарським заходом болю (медикаментозна підготовка, потенційоване знечулення), - контроль за основними функціями організму хворого та своєчасне виявлення їх порушень (частота серцевих скорочень (ЧСС), величина артеріального тиску (ВАТ), частота дихальних екскурсій (ЧДЕ) та ін.), - підтримка і відновлення життєво важливих функцій пацієнта, а також кваліфіковане керування ними, - безпека лікарського заходу (своєчасне попередження й усунення ускладнень на всіх етапах лікування — до операції, під час та після неї). Дотримання, реалізація усіх перелічених пунктів надзвичайно важливі з точки зору безпеки пацієнта. А зважаючи на те, що в країні з кожним роком збільшується кількість осіб літнього віку, котрі зазвичай терплять від різноманітних супровідних недуг, стоматолог мусить бути особливо обережним при застосуванні знечулювальних засобів місцевої дії, зокрема з вазоконстрикторами. Тому можливістю ризику при здійсненні локальної блокади (пряма дія медикаментів та анестетиків на стратегічні гомеостатичні механізми організму) в жодному випадку не слід нехтувати. Одночасно треба пам’ятати, що ін’єкційна анестезія збільшує загрозу інфікування пацієнта, особливо при внутрішньоротових способах її виконання (віруси гепатитів В, С, D та ВІЛ-інфекції людини, гноєтворні мікроорганізми тощо). Пояснюється це тим, що досягти в ротовій порожнині повної стерильності практично неможливо.

Переваги місцевого знечулення над загальним. Місцеве знечулення є основним способом запобігання болю в практичній роботі стоматологів усіх профілів, оскільки має такі переваги над загальним: доступність (не потребується дорога апаратура), простота виконання, достатня безпека, низька токсичність, відсутність потреби у спеціальному наглядові лікаря та сторонній допомозі після операційного втручання. При чіткому дотриманні умов проведення анестезії (врахування психоемоційного та фізичного стану пацієнта, правильний вибір методу знечулення, вдалий підбір відповідного анестетика, точне визначення його терапевтичної дози тощо) місцеве попередження болю дозволяє фахово виконувати всі лікарські заходи.

Показання щодо застосування місцевої анестезії. Чимало лікарів переконані, що знечулення має застосовуватися при кожному стоматологічному втручанні, навіть щодо тих пацієнтів, котрі сприймають лікування в стоматолога нормально, тобто практично без стресу. Водночас лікар мусить пам’ятати, що інколи анестезія безпосередньо зумовлює низку небезпечних факторів: побічну дію знечулювальних засобів, фармакологічну несумісність анестетиків з різноманітними медикаментами, які вживає хворий, імовірність

ускладнень при порушенні техніки блокади та ін. Доцільність тих чи інших показань щодо проведення анестезії визначають такі фактори: вік хворого, психоемоційний і фізичний стан, ретельність збирання та ґрунтовність аналізу анамнезу, ступінь тяжкості супровідних хвороб. Важливу роль відіграє в цьому і вид втручання: короткочасне воно чи тривале, просте чи складне.

Отже, показання для місцевої анестезії в клініці стоматології можна узагальнити таким чином: кожне, навіть найменше втручання в зубощелепній ділянці, яке може супроводжуватися страхом та болем, потрібно виконувати під знечуленням, проте за умови відсутності протипоказань. Лікареві залишається тільки вибрати спосіб його проведення (аплікаційний, інфільтраційний, провідниковий тощо).

Абсолютні протипоказання для проведення непотенційованої місцевої анестезії. Досвід широкого застосування місцевого знечулення в практичній діяльності стоматолога свідчить про те, що абсолютні протипоказання для його виконання трапляються досить рідко. До них належать: - відмова пацієнта від операційного втручання під місцевою анестезією, - підвищена чутливість або неприйняття організмом окремих локально знечулювальних засобів чи їх складових, а саме: - місцевих анестетиків певної хімічної будови. наприклад, складних ефірів бензойної (кокаїн, бенкаїн) або параамінобензойної кислот (дикаїн, новокаїн), - консервантів типу парабенів, метилпарабенів, сульфатів. Внаслідок несприйнятливості організму до місцевих анестетиків чи їх консервантів найчастіше виникають алергічні реакції типу кропив'янки та ангіоневротичного набряку (Квінке), рідко — анафілактичний шок. Інколи спостерігаються напади бронхіальної астми, зокрема при впорскуванні розчину прилокаїну (цитанест) або введенні анестетиків з сульфатами. Залежно від стану хворого, виду супровідної патології та ступеня її тяжкості лікарі найчастіше застосовують запобіжні заходи, що спрямовані на підвищення безпеки блокади: попередньо здійснюють відповідну коригуючу терапію і вводять місцеві анестетики надзвичайно обережно.

Основні заходи для підвищення безпеки місцевого знечулення. До основних заходів, спрямованих на підвищення безпеки місцевого знечулення, належать: - ґрунтовне збирання анамнезу та чітке дотримання показань і протипоказань щодо застосування того чи іншого способів блокади й анестезуючих засобів, - скрупульозне передопераційне обстеження хворого, - попереднє проведення профілактичної медикаментозної підготовки за наявності в пацієнта супровідної патології (залежно від психоемоційного та фізичного стану хворого, виду і ступеня тяжкості супровідних недуг його вводять ансіолітики, нейролептики, М-парасимпатоблокатори, анальгетики, серцеві глікозиди тощо), - упорскування знечулювальних засобів з дотриманням таких додаткових запобіжних вимог: - повільне введення анестетика із судинозвужувачем (1,7–1,8 мл у межах 60–90 секунд), - застосування вазоконстриктора у невисоких дозах (адреналін у розведенні 1:200 000, іноді — 1:100 000), - обов'язкове ретельне аспіраційне тестування (контроль за наявністю крові в шприці).

Ускладнення при місцевому знеболенні

Загальні ускладнення. Непритомність — раптова короткочасна втрата свідомості внаслідок рефлекторної реакції судинорухового центру та ішемії головного мозку. Лікування: надати горизонтальне положення (голова нижче від ніг), звільнити від тісного одягу, забезпечити доступ свіжого повітря, протерти ріку лица, шиї холодною водою, потерти скроні нашатирним спиртом, ввести підшкірно — 1–2 мл кордіаміну, 1–2 мл 10% розчину кофеїну бензонату натрію.

Колапс — гостра судинна недостатність, яка проявляється різким зниженням артеріального тиску і пригніченням життєво важливих функцій організму. Свідомість збережена або затьмарена. Пульс слабого наповнення, ниткоподібний, частий, аритмічний. Тони серця глухі, аритмія. Дихання поверхневе. Лікування: надати горизонтальне положення (голова нижче від ніг), ввести внутрішньовенно — від 20 до 100 мл 40% розчину глюкози, 2–4 мл 5% розчину аскорбінової кислоти, 2 мл кордіаміну, 10 мл 10% розчину кальцій хлориду. При неефективності вказаних заходів — внутрішньовенно крапельно (при контролі артеріального тиску): 0,5 мл 0,1% розчину адреналін гідро хлориду (0,5 мл 0,2% розчину норадреналіну, 0,5 мл 1% розчину мезатону, 1 мл 1% розчину фетанолу, 0,5–1 мл 5% розчину ефедрину) на 20 мл 40% розчину глюкози (ізотонічного розчину).

Інтоксикація анестетиком — біль голови, головокружіння, слабкість, нудота, блювота, парестезії, збліднення шкіри і губ, (холодний піт), поверхневе дихання, рухове збудження, зниження артеріального тиску, пульс частий, слабого наповнення і напруження. Лікування: надати горизонтальне положення (голова нижче від ніг), забезпечити доступ свіжого повітря, дати понюхати нашатирний спирт, ввести внутрішньовенно: 1–2 мл кордіаміну на 20–40 мл 40% розчину глюкози, 2–3 мл 2% розчину супрастину або 2,5% розчину піпольфену, 2–4 мл 5% розчину аскорбінової кислоти, 10 мл 10% розчину хлориду кальцію, серцеві глікозиди — 1 мл 0,025% розчину строфантину або 0,5–1 мл 0,06% розчину корглюкону. Для підняття артеріального тиску — внутрішньовенно крапельно: 0,5 мл 0,1% розчину адреналіну гідро хлориду (норадреналіну, мезатону, фетанолу, ефедрину) на 20 мл 40% розчину глюкози (ізотонічного розчину). Діуретики — фуросемід (лазикс) 2–4 мл 1% розчину внутрішньовенно або внутрішньом'язово.

Інтоксикація адреналіном (вазопресорами) — неспокійна поведінка, страх, блідість, пітливість, біль голови, затерпання пальців, задишка, при важкій формі — тахікардія, за грудиною болі, нудота, блювота, підвищення артеріального тиску. Лікування: надати горизонтальне положення (голова нижче від ніг), забезпечити доступ свіжого повітря, дати нюхати амлінітрат, під язик 1 табл. нітрогліцерину, ввести внутрішньовенно: 3 мл 2,4% еуфіліну, 1 мл 0,025% розчину строфантину або 0,5–1 мл 0,06% розчину корглюкону на 10 мл ізотонічного розчину.

Анафілактичний шок — гострий, загрозливий для життя патологічний процес, обумовлений дією на організм медикаментозного препарату, характеризується важким порушенням діяльності центральної нервової системи, кровообігу, дихання і обміну речовин. Можуть бути блискавична, важка, середня і легка форми анафілаксії. З'являються хвилювання, слабкість, страх. Стиснення за грудиною, шкіра бліда, покривається холодним потом, нудота, блювота. Зінниці розширюються, пульс частий, ниткоподібний, артеріальний тиск падає, тахікардія, тони серця глухі. Можливе швидке виникнення набряку Квінке, бронхоспазму, задишки, ціанозу шкіри. Лікування невідкладне: надати тілу горизонтальне положення, повернути голову на бік і висунути нижню щелепу для попередження западання язика і асфіксії (знімні протези вийняти), зону введення анестетика обколоти 0,5 мл 0,1% розчину адреналіну гідро хлориду на 5–10 мл ізотонічного розчину. Внутрішньовенно: 0,5 мл 0,1% розчину адреналіну гідро хлориду (норадреналіну, мезатону, фетанолу, ефедрину) на 20 мл 40% розчину глюкози, антигістамінні препарати (2–4 мл 1% розчину димедролу, або 2 мл 2,5% розчину піпольфену, або 2–4 мл 2% розчину супрастину, або 2 мл тавегілу); 100 мг преднізолону або 150–300 мг гідрокортизону; 1–2 мл кордіаміну; серцеві глікозиди (1 мл 0,025% розчину строфантину або 0,5–1 мл 0,06% розчину корглюкону; діуретики

(фуросемід (лазикс) 2–4 мл 1% розчину). При бронхоспазмі — 5–10 мл 2,4% розчину еуфіліну або 5 мл 10% розчину діпрофіліну на 10–20 мл ізотонічного розчину внутрішньовенно. За показанням: інкубація трахеї, інгаляція кисню, катетеризація сечового міхура. Застосування загального знеболювання в амбулаторних умовах. В даний час при амбулаторних стоматологічних операціях і маніпуляціях застосовується інгаляційний (масковий) наркоз. Його проводять з допомогою будь-якого апарату для газового наркозу. Однак більш пристосованим є апарат “Автонаркоз-С1”, в комплект якого входять спеціальні стоматологічні маски. Загальне знеболення в амбулаторній стоматологічній практиці показано при маніпуляціях і процедурах, пов’язаних з неприємними і больовими відчуттями, при оперативних втручаннях, в тому числі при видаленні зубів, особливо у емоційно неврівноважених хворих і дітей; при непереносимості місцевих анестетиків.

Протипоказання — загальні для інгаляційного наркозу. Найбільш широко у поліклініці використовують закис азоту, трихлоретилен, фторотан, а також різноманітні комбінації закису азоту з трихлоретиленом і фторотаном. Для короткочасних оперативних втручань і маніпуляцій у поліклініці застосовують неінгаляційний наркоз епентолом. Наркоз повинен проводитися натщесерце або через 3–4 години після останнього прийому їжі. При недотриманні цієї умови може початися блювота, що значно ускладнює проведення наркозу. Наведені дані про загальне знеболювання свідчать про широкі можливості використання наркозу як у стаціонарах, так і поліклінічних умовах.

7. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

1. Після проведення туберальної анестезії, хворий відчув загальну слабкість, нудоту, а згодом, різкий свербіж, висипання на шкірі. До якого типу ускладнення відносять дані симптоми?

- A. набряк Квінке.
- B. Анафілактичний шок.
- C. Кропив’янка.
- D. Колапс.
- E. Непритомність.

2. Під час проведення місцевої анестезії у пацієнта, 34 років, виникло запаморочення, спастичний кашель, прискорення дихання, непритомність, зниження АТ. Яке ускладнення має місце?

- A. Анафілактичний шок.
- B. Колапс.
- C. Запаморочення.
- D. набряк Квінке.
- E. набряк гортані.

3. Хворий, 55 років, після анестезії відчув різку слабкість, різкий біль за грудиною, що іррадіює у ліву руку, лопатку, прискорене серцебиття. Об’єктивно: хворий притомний, млявий, лоб вкритий холодним потом, визначається блідість шкірних покривів, АТ 180/100 мм.рт.ст., тони серця глухі, пульс ниткоподібний аритмічний. Який стан розвинувся у хворого?

- A. Гіпертонічний криз.
- B. Кардіогенна форма анафілактичного шоку.
- C. Напад стенокардії.

- D. Кардіальний біль.
- E. Інфаркт міокарда.

4. Через 1хв. після проведення торусальної анестезії 2% р-ном новокаїну – 4мл., виникли скарги хворого на утруднене дихання. Верхня та нижня губа, слизова оболонка гортані і порожнини рота набрякли, різко гіперемовані. Яке ускладнення виникло у хворого?

- A. Анафілактичний шок.
- B. набряк Квінке.
- C. Колапс.
- D. Ітоксикація анестетиком.
- E. Гостра легенева недостатність.

5. Хвора, 25 років, після анестезії відзначила погіршення загального самопочуття, з'явилась різка гіперемія шкіри обличчя. Судоми зі значним слиновиділенням тривали кілька хвилин. Свідомість затьмарена. Який найвірогідніший діагноз?

- A. Асфіксія.
- B. Інтотоксикація анестетиком.
- C. Анафілактичний шок.
- D. Колапс.
- E. Епілептичний напад.

8. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Рибалов О. В., Скікевич М. Г. Основи стоматології. Підручник.. – Вінниця: НОВА КНИГА, 2006. – 232 с.
2. Черкашин С.І. «Основи стоматології і щелепно-лицевої хірургії», 2003. – 308 с. 3. Бажанов Н.Н. Стоматология: Учебник., 6-е изд, перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 304 с.

Додаткова література:

1. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии/ А.А. Тимофеев – К.: Червона Рута – Турс, 2004. – 1000 с.
2. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. -М.: Медицина, 2001. -688 с.

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО

«Затверджено»
на засіданні кафедри
хірургічної стоматології та
щелепно-лицевої хірургії

Завідувач кафедри
д. мед. н., проф. Варес Я. Е.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

Навчальна дисципліна	Основи стоматології
Змістовий модуль №	1
Тема заняття	Тема № 2. «Прояви специфічних запальних процесів та ВІЛ-інфекції СНІДу в ротовій порожнині. Достовірні та недостовірні ознаки СНІДу.»
Курс	III
Факультет	Медичний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Надзвичайно актуальним питанням є патологія слизової оболонки порожнини рота. Важливим є поєднання та тісний взаємозв'язок між ураженням слизової порожнини рота та загальносоматичною патологією; часто зміни слизової оболонки є першою і єдиною зовнішньою її ознакою. Особливої уваги потребують прояви в порожнині рота соціальнонебезпечних інфекцій таких як, туберкульоз, сифіліс та СНІД.

2. НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ ЗАНЯТТЯ:

➤ фахові компетентності:

1. Збирання медичної інформації про стан пацієнта.;
2. Виконання медичних та стоматологічних маніпуляцій;
3. Оцінювання впливу навколишнього середовища на стан здоров'я населення (індивідуальне, сімейне, популяційне);
4. Опрацювання державної, соціальної та медичної інформації;
5. Ведення медичної документації.

➤ загальні компетентності:

- 1.Здатність навчатися;
2. Здатність оцінювати та забезпечувати якість виконуваних робіт;
3. Прагнення до збереження навколишнього середовища;
- 4.Уміння приймати обґрунтовані рішення;
- 5.Уміння застосовувати знання в практичних ситуаціях;
- 6.Уміння думати абстрактно, аналізувати та синтезувати;
- 7.Уміння працювати в команді;
- 8.Знання та розуміння предметної області та розуміння фаху;
- 9.Уміння спілкуватися із нефахівцями однієї галузі.

3. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

1. Встановити характерні скарги та анамнез захворювань СОПР.
2. Визначити первинні елементи ураження.
3. Провести оцінку навколишніх м'яких тканин та зубів.
4. Встановити необхідність та оцінити результати додаткових методів обстеження.
5. Визначити роль загальносоматичної патології у розвитку захворювань пародонту.
6. Встановити основні клінічні симптоми вказаних захворювань: колір, консистенція, кровоточивість ясен; рухомість зубів; глибина ясенної та пародонтальної кишені; резорбція кісткової тканини за даними панорамної рентгенографії.

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

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Нормальна анатомія.	Знати будову щелепно-лицевої ділянки .
2. Гістологія .	Гістологічна будова слизової порожнини рота . Механізм розвитку та фази запалення.

5. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ.

5.1. Теоретичні питання до заняття:

1. Прояви інфекційних захворювань в дорослих та дітей. Основні симптоми.
2. Зміни СОПР при захворюваннях травної, серцево-судинної, ендокринної та кровотворної систем. Основні симптоми.
3. Туберкульоз, сифіліс та ВІЛ-інфекція. Їх прояви в порожнині рота, діагностика, шляхи та профілактика інфікування.
4. Тактика лікаря при виявленні змін СОПР.
5. Диференційна діагностика виразок СОПР.
6. Взаємозв'язок ураження пародонта, слизової порожнини рота із загальним станом організму.
7. Профілактика захворювань СОПР та тканин пародонту.

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

1. Вміти дати оцінку стану слизової оболонки порожнини рота.
2. Вміти скласти план лікування і профілактики захворювань тканин пародонта (гінгівіт, пародонтит).

6. ЗМІСТ ТЕМИ:

СНІД у стоматології Синдром набутого імунodefіциту (СНІД, AIDS — syndromum immunodefіctionis aquistae) — контагіозне імунне захворювання вірусної етіології.

Етіологія. СНІД спричиняється вірусом, що належить до родини ретровірусів, підродина лентівірусів. Таксономічним комітетом ВООЗ він був визнаний НІВ (Human immunodefіcit virus), українською — вірус імунodefіциту людини (ВІЛ). Відкрив його французький вірусолог Л. Монтаньє 1983 р. Виявлено 3 різновиди вірусу. ВІЛ малостійкий у зовнішньому середовищі: при нагріванні до 56° С він гине протягом 30 хв., його вбивають усі дезінфікуючі засоби, сонячне проміння. При температурі 25° С інфекційність вірусу зберігається протягом 15 діб, при 37° С — 11 діб, при кімнатній температурі — 47 діб. Проникаючи в клітини різних тканин (не лише у лімфоцити), ВІЛ розвивається в них. Травний канал взагалі часто буває первинними ворітьми проникнення ВІЛ (особливо у гомосексуалістів). ВІЛ уражає ЦНС та розвивається в її клітинах. Значний відсоток хворих має кардіологічні зміни, які не зумовлені кардіотропними опортуністичними інфекціями. Одним із перших проявів ВІЛ-інфекції є ураження сітчатки ока. Окрім Т-лімфоцитів, ВІЛ виявлений у моноцитах (макрофагах із крові, лімфатичних вузлів, тканини легень), отриманих від заражених хворих. Крім крові та клітин тканин, вірус міститься в спинномозковій рідині, вагінальному секреті, слюзах, слині, грудному молоці, поті. Однак вміст його в біологічних рідинах набагато нижчий, ніж у крові, тому й можливість зараження через них значно менша. Традиційно вважають, що вірус передається з біологічними рідинами організму трьома шляхами: 1) під час статевих контактів; 2) при переливанні крові та її продуктів і при повторному використанні нестерильних голок та інших інструментів; 3) внутрішньо-утробно — від матері до плоду. Проте шкіра і слизова оболонка (СО) фактично можуть бути ворітьми інфекції: оскільки до ВІЛ чутливі клітини Лангерганса шкіри та СО, то для того, щоб відбулося зараження, вірусу не обов'язково потрапляти в кров. Такий спосіб перенесення ВІЛ призводить до інфікування людини значно раніше, ніж статеві контакти. Але за такої передачі інфекції кількість вірусів, що переносяться в організм здорової людини, у сотні (і навіть тисячі) разів менша, а відтак інфікування організму людини можливе лише в разі особливої чутливості його до ВІЛ.

Ризик захворювання зумовлюється двома чинниками — кількістю вірусів, що потрапили в організм, та схильністю організму до захворювання. На основі результатів епідеміологічних досліджень установлені групи ризику: гомосексуалісти, повії, хворі на

наркоманію, гемофілію, новонароджені діти жінок, хворих на СНІД, а також особи, що мешкають в ендемічній зоні, медперсонал. За даними Американської асоціації дантистів, лікарі-стоматологи посідають 2-ге місце серед представників інших медичних професій за небезпекою зараження на СНІД. Ось чому знання основних клінічних проявів СНІДу, особливо уражень порожнини рота, є актуальним для широкого кола стоматологів та інших медичних працівників, пов'язаних у своїй діяльності зі стоматологією.

Дуже велику роль як у інфікованих індивідів, так і в заражених у разі переходу хвороби з латентної форми у клінічну відіграють різноманітні гетерологічні (тобто не ВІЛ-кодуєчі) чинники. Їх умовно можна поділити на три групи — неспецифічні, специфічні органоїдні та специфічні вірусні.

До першої групи належать усі чинники, що викликають ослаблення, загальне пригнічення організму. Їх врахування дає змогу прогнозувати для ослаблених людей (і цілих популяцій) підвищену сприйнятливність інфекції та більш ранній початок активної фази хвороби. Найвідомішими конкретними неспецифічними чинниками СНІДу є наркотики (як супресори імунітету) та алкоголь у великих дозах. Можна вважати, що саме серед хворих на наркоманію та алкоголізм (разом з гомосексуалістами, у яких статеві зв'язки самі по собі спричиняють пригнічення імунітету) пройшов адаптацію прабатько ВІЛ, перш ніж зміг перейти в пандемію. З-поміж специфічних органоїдних чинників СНІДу найбільше значення мають деякі лімфокіни, серед яких чинник некрозу пухлин має найбільшою мірою виявлену ВІЛ-активуючу функцію. Цей лімфокін утворюється у відповідь на різноманітні інфекції як захисний агент організму. З цієї причини будь-яке інфекційне захворювання, що не взаємодіє з ВІЛ, виявлятиме стимулюючу дію на СНІД через індукцію чинника некрозу пухлин (і меншою мірою деяких інших лімфокінів).

Специфічними вірусними (гетерологічними) чинниками СНІДу є трансактиватори вірусу гепатиту В та всіх вірусів групи герпесу. До 90% людей є довічними носіями вірусу герпесу в ЦНС. Різні герпесвіруси персистують у різних тканинах (у ЦНС, системі кровотворення, СО). Носіями вірусу гепатиту В у різних регіонах є десятки відсотків населення, і цей вірус персистує не тільки в клітинах печінки. Таким чином, для свого розвитку в організмі людини ВІЛ використовує не тільки потужність власного геному, а й геноми найпоширеніших, постійно наявних в організмі людей вірусів. Нарешті, продукти, що синтезуються деякими вірусами, є допоміжними посттранскрипційними активаторами ВІЛ. Так поводить білок BMLF1 вірусу Епштейна-Барра (група герпесвірусів), РНКV4 аденовірусу тощо.

Отже, ВІЛ несе інформацію, необхідну для власного розвитку та подолання захисних сил організму. Він використовує вади людини й допомагає використовувати проти неї всю сукупну потужність різноманітних вірусів. Це досягається двома шляхами. З одного боку, ВІЛ та його геномна ДНК-копія мають структури, що впізнають трансактиватори різних вірусів, а це надзвичайно посилює можливості ВІЛ. З іншого боку, ВІЛ (сам і через підсилення його функцій іншими вірусами) пригнічує захисні функції організму, відкриваючи в такий спосіб шлях собі та іншим вірусам, що активують його ще дужче. Таким чином, ВІЛ під час свого розвитку в організмі людини може викликати ураження різних тканин навіть без зв'язку з опортуністичними інфекціями. Але разом з ними виникає той симптомокомплекс, який загалом описують як СНІД.

Особливе значення для розуміння незвичайності СНІДу та прогнозу його розвитку у вигляді пандемії має надзвичайно високий темп мінливості ВІЛ. Він визначається двома групами подій — мутаціями та рекомбінаціями. За темпом мутацій ВІЛ не має собі рівних — швидкість його мінливості безпрецедентна. Мутації в геномі ВІЛ з'являються в 1 млн. разів частіше, ніж у геномі ДНК-вірусів, і набагато частіше, ніж у всіх інших РНК-вірусів. Мінливість збільшується ще й через особливості структури геному ВІЛ. Незважаючи на невеликі розміри, геном ВІЛ має 9 генів — gag, pol, vif, vp/vpx, tat, rev, env, nef і безліч регуляторних сайтів.

Клініка. Для СНІДу характерна фазність перебігу. Тривалість інкубаційного періоду коливається від 6–8 міс. до кількох років. Приблизно у 50% хворих він становить 4 роки. Центр контролю за захворюваннями (Джорджія, США) і ВООЗ запропонували таку класифікацію клінічних стадій СНІДу:

I. Інкубація.

II. Гостра ВІЛ-інфекція.

III. Вірусоносіння: а) персистуюча інфекція; б) генералізована інфекція.

IV. Лімфаденопатія.

V. СНІД-асоційований комплекс.

VI. СНІД з розвитком інфекцій та пухлин.

Класифікація В. І Покровського виділяє 4 стадії перебігу ВІЛ-інфекції:

I. Інкубація.

II. Стадія первинних проявів: а) фаза гострої гарячки; б) безсимптомна фаза; в) персистуюча генералізована лімфаденопатія.

III. Стадія вторинних захворювань: а) втрата маси тіла менше ніж 10%, поверхневі грибкові, бактеріальні або вірусні ураження шкіри і СО, оперізуючий лишай, повторні фарингіти, синусити; б) прогресуюча втрата маси тіла понад 10%, неясного генезу діарея, гарячка тривалістю більше 1 міс., волосяна лейкоплакія, туберкульоз легень, повторні або сталі бактеріальні, грибкові, вірусні та протозойні ураження шкіри і СО, повторний або дисемінований herpes zoster, локалізована саркома Капоші; в) генералізовані бактеріальні, вірусні протозойні, паразитарні захворювання, пневмоцистна пневмонія, кандидоз стравоходу, атипичний мікобактеріоз, позалегеновий туберкульоз, кахексія, дисемінована саркома Капоші, ураження ЦНС різної етіології.

IV. Термінальна стадія.

Клініка СНІДу насамперед зумовлена дефіцитом Т-клітинного імунітету. Зниження активності імунної системи призводить до активації сапрофітної мікрофлори. Тому пік захворювання характеризується тяжкими інфекціями, спричиненими грибами, цитомегаловірусом, вірусом Епштейна-Барра, вірусом герпесу тощо, що не піддаються терапії (опортуністичні інфекції), або розвитком пухлин (саркома Капоші, лімфома не Ходжкіна та ін.). Встановлено, що СНІД може одночасно поєднуватися з герпетичною інфекцією та гепатитом В.

Поряд із загальними симптомами досить часто у хворих на СНІД спостерігаються різні ураження порожнини рота. Вони мають значну діагностичну цінність, оскільки дозволяють легше і вірогідніше виявити прояви СНІДу в пацієнта й уникнути зараження медперсоналу. Прояви СНІДу в ротовій порожнині досить різноманітні, що викликає труднощі в їх систематизації. За частотою найпоширеніші захворювання СО ротової порожнини розподіляються так: кандидоз (88%), герпетичні ураження (11–17%), ксеростомія (19–28%), ексфолюативний хейліт (9%), виразки (7%), десквамативний глосит (6%), волосяна лейкоплакія (5%), саркома Капоші (від 4 до 50%), геморагії.

Судинна пухлина — саркома Капоші — трансмісивне захворювання, що характеризується багатьма пігментними ураженнями. Вперше описана 1872 р. угорським дерматологом М. Каросі як специфічне захворювання. У хворих на СНІД вона виявляється в основному в порожнині рота (в 76% випадків) на піднебінні і характеризується ендофітним ростом, безболісною пухкою консистенцією (у вигляді м'якого, синюшного вузлика), великою частотою малігнізації. М'які тканини мають забарвлення від бурого до синювато-червоного.

Лімфома Беркітта локалізується на нижній щелепі. Перед її утворенням хворі скаржаться на зубний біль, виразкування СО, збільшення підщелепних лімфатичних вузлів. При рентгенологічному дослідженні в цей період виявляють резорбцію кісткової тканини. У осіб,

що зловживають курінням, спостерігають епідермоїдну карциному, яка локалізується на язиці або на дні ротової порожнини.

При СНІД розвиваються й інші новоутворення — лімфоретикулярна саркома, плоскоклітинний рак тощо. Променева і хіміотерапія зазначених новоутворень у хворих на СНІД є неефективною.

Діагностика. Враховуючи складність лабораторної діагностики, за пропозицією ВООЗ, у деяких випадках діагноз СНІДу може ґрунтуватися на клінічній симптоматиці. Всі клінічні симптоми запропоновано поділяти на дві групи: серйозні та незначні (ВООЗ, 1986). У дорослих СНІД діагностують за наявності щонайменше двох серйозних симптомів у поєднанні з хоча б одним незначним симптомом за відсутності відомих причин імуносупресії, таких як рак, тяжка форма недостатності харчування або інші стани встановленої етіології.

1. Серйозні симптоми: а) зниження маси тіла на 10% і більше; б) хронічна діарея тривалістю понад 1 міс.; в) гарячка тривалістю більше 1 місяця (перемінна або постійна).

2. Незначні симптоми: а) сталий кашель тривалістю понад 1 міс.; б) генералізований багатоголищевий дерматит; в) рецидивний оперізуючий герпес; г) кандидоз порожнини рота і глотки; д) хронічний прогресуючий і дисемінований простий герпес; е) генералізована лімфаденопатія.

За наявності однієї лише саркоми Капоші або криптококового менінгіту встановлюють діагноз СНІДу.

Лікування. Для боротьби зі СНІДом створюються нові підходи. Вони ґрунтуються на фундаментальних розробках, пов'язаних із концепціями, які з'явилися нещодавно і швидко розвиваються, а також на нових технологіях (внутрішньоклітинного імунітету, генної терапії). Ці технології щодо СНІДу розробляють у трьох напрямках.

Перший напрям полягає у введенні гена, що синтезує продукт, який потім виділяється з клітини. Так, при введенні гена, що синтезує фрагмент рецепторного білка СД-4, продукт виходить з клітин і захищає сусідні клітини від ВІЛ-інфікування.

Другий напрям пов'язаний із синтезом пептидів. Вони не виходять за межі клітини і конкурентно блокують ключові для розвитку ВІЛ процеси. Так, мутантні білки (або їх фрагменти) — аналоги продуктів регуляторних генів *rev* і *tat* — блокують дію останніх, пригнічуючи розвиток ВІЛ. Пептид зі зміненими сайтами, що є в зоні, яка прилягає до послідовності, розпізнається й розщеплюється вузькоспецифічною вірусною протеазою, пригнічує пресинг білків, що кодуються генами *gag* і *pol*.

Третій напрям ґрунтується на введенні в клітини генів, що кодують антисенси і рибозими, які відповідно блокують або руйнують вірусну РНК.

В Україні розробляється новий спосіб синтезу азидотимідину, одного з лікарських засобів, які сьогодні використовують у світовій практиці для боротьби зі СНІДом. Переданий на клінічні випробовування для лікування СНІД-асоційованих інфекцій рекомбінантний інтерферон $\alpha 2$ людини. Його перше застосування для лікування хворих на саркому Капоші дало змогу значно знизити кількість цитостатичних засобів, що їх звичайно призначають цим хворим, і при цьому різко підвищити терапевтичний ефект.

Серед лікарських засобів, що наявні в арсеналі препаратів для лікування цього контингенту хворих, крім азидотимідину, широко застосовують сурамін, НРА-23, ацикловір, коректори імунітету (інтерлейкін-2, гамаглобулін, стимулятор функції Т-лімфоцитів ізопринозин). З метою підтримання імунного статусу проводять пересаджування кісткового мозку.

Для стоматолога при лікуванні таких хворих основним є надання їм симптоматичної лікувальної допомоги та санація ротової порожнини. Прогноз. Для прогнозу СНІДу важливе значення має виявлення рівня Т-хелперних лімфоцитів і співвідношення Т4/Т8. Якщо рівень Т4 менший 200 в 1 мм³ крові, то в перший рік після прояву клінічних симптомів СНІДу

смертність перевищує 50%. Спонтанна ремісія не описана. Хвороба невпинно прогресує і завершується летально.

ЗМІНИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА ПРИ ГОСТРИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ

Для низки гострих інфекційних захворювань (грип, кір, вітряна віспа, інфекційний моноклеоз та ін.) ротова порожнина є вхідними ворітьми, і первинне ураження виникає тут у вигляді різноманітних місцевих змін. На тлі будь-якого гострого інфекційного захворювання внаслідок зниження загальної неспецифічної реактивності організму можуть виникати й загострюватися самостійні вірусні, бактеріальні і грибові захворювання у вигляді гострого герпетичного стоматиту, загострення пародонтозу, стрепто- і стафілококового імпетиго, гострого кандидозу (молочниці) і т.д.

Практично при гострих інфекційних захворюваннях слизова оболонка порожнини рота завжди задіяна в загальний патологічний процес і в ряді випадків обтяжує й ускладнює перебіг основного захворювання. Дитячим інфекціоністам і дільничним педіатрам необхідно знати діагностичні симптоми гострих інфекційних захворювань, що виявляються в порожнині рота, характер вторинних змін слизової оболонки при гострих інфекціях, важливо уміти вчасно поставити діагноз, надати кваліфіковану допомогу дитині і попередити виникнення ускладнень.

Прояв і тяжкість будь-яких змін слизової оболонки порожнини рота при гострих інфекційних захворюваннях залежать як від властивостей збудника (його вірулентності), так і від індивідуальних особливостей організму, віку. У дітей гострі інфекційні захворювання протікають своєрідно, що обумовлено морфологічною незрілістю тканин і функціональною незрілістю систем життєзабезпечення — ендокринної, нейрогуморальної, системи імунологічного захисту і т.д. Ця своєрідність виразно виявляється й у змінах із боку слизової оболонки рота в дітей з гострими інфекційними захворюваннями. Клінічні спостереження і численні експерименти на тваринах показують, що реакція організму, який розвивається, на різних інфекційних агентів знаходиться в прямій залежності від ступеня його зрілості. У процесі еволюції, у міру ускладнення організму, розвивається наростаюча чутливість до бактеріальних продуктів — спочатку до ендотоксинів, потім до екзотоксинів, а пізніше виявляється й алергічна реактивність. Доведено, що інтерплацентарно гамма-глобулін — носій антитіл — передається від матері до плоду, обумовлюючи практично відсутність сприйнятливості немовляти до кору, поліомієліту, герпесу й ін.

У новонароджених дітей грудного віку слабо розвинуті алергічні і параалергічні реакції, що є наслідком незрілості, недиференційованості і недосконалої нервової регуляції. Цією гіпореактивністю можна пояснити і резистентність малят та дітей першого року життя до скарлатини, епідемічного паротиту. Гіпореактивність, у свою чергу, обумовлює недосконалість захисних реакцій і атипічність розвитку запалення. Під цим розуміється те, що в дітей раннього віку вогнища інфекційного запалення не мають тенденції до обмеження. У силу низької здатності утворювати клітинний бар'єр навколо вогнища, у місці входу інфекції, реактивні явища виражені слабо і переважають деструктивно-некротичні зміни.

Фізіологічна незрілість організму дітей є також причиною недосконалої їхніх імунологічних реакцій. Чим молодша дитина, тим частіше гострі інфекційні захворювання ускладнюються розвитком кандидозу через виражене порушення кислотно-лужного стану слини, частіше виникає гострий герпетичний стоматит у силу різкого зниження рівня факторів неспецифічного захисту й формування нестійкого імунітету.

Скарлатина. Типовим проявом змін слизової оболонки порожнини рота є “малиновий язик”. Але з'являються ці зміни не відразу. У перші 3 дні хвороби на тлі високої температури язик “обкладений”, тобто покритий сірим нальотом. Потім, на 3–4-й день захворювання, наліт разом з нитковидними сосочками злущується. При цьому оголюється гладка поверхня язика з вираженими грибоподібними сосочками. Другим симптомом скарлатини в порожнині

рота може бути «палаючий зів» — яскрава гіперемія слизової оболонки його з дрібноточковою висипкою в центрі м'якого піднебіння. Неспецифічним симптомом є катаральний гінгівіт. Він підсилюється в період вираженої десквамації епітелію язика і «лущенні» епідермісу шкіри.

Краснуха. Специфічних змін слизової оболонки порожнини рота не описано. Неспецифічним проявом є набряк і гіперемія м'якого піднебіння, передніх дужок, мигдалин і задньої стінки глотки з реакцією потиличних і привушних лімфатичних вузлів у продромальний період. У наступні періоди хвороби можуть розвинути гінгівіт, сухість і тріщини губ, заїди в кутах рота. Гострий герпетичний стоматит. До останнього часу у вітчизняній навчальній і методичній літературі по стоматології і педіатрії описувалися два самостійних захворювання: гострий афтозний і гострий герпетичний стоматити (ГГС). Клініко-лабораторне вивчення великої групи хворих з використанням сучасних вірусологічних, серологічних, цитологічних і імунофлюоресцентних методів дослідження переконливо показало клінічну й етіологічну єдність гострого герпетичного і гострого афтозного стоматитів. Отримані дані дозволили дослідникам рекомендувати використання єдиного терміну і називати захворювання гострим герпетичним стоматитом, поклавши в основу етіологію захворювання. ГГС є клінічною формою прояву первинної герпетичної інфекції, однієї з найпоширеніших інфекцій у людини. Цей стоматит займає одне з ведучих місць у дитячій інфекційній патології; він зустрічається частіше скарлатини, кору, епідемічного паротиту і лише трохи рідше вітряної віспи. Серед неімунних осіб захворювання характеризуються порівняно високою контагіозністю. Так, у дитячих дошкільних установах і в лікарняних палатах при епідемічному спалаху може занедужати до 3/4 складу дитячого колективу. Передача інфекції відбувається, очевидно, контактним і повітряно-краплинним шляхом. Найбільша поширеність захворювання у віці від 6 міс. до 3 років пояснюється тим, що до цього віку в дітей зникають антитіла, отримані від матері інтерплацентарно. Серед дітей старшого віку і дорослих захворюваність значно нижча внаслідок імунітету, придбаного після перенесеної в різноманітних клінічних проявах герпетичної інфекції. Гострий герпетичний стоматит, як і інші інфекційні захворювання, має 5 періодів розвитку: інкубаційний, продромальний (катаральний), період розвитку хвороби (висипань), вгасання і клінічного видужання (або реконвалесценції). У залежності від виразності інтоксикації і місцевих проявів у порожнині рота захворювання може протікати в легкій, середньої важкості і важкій формах. З загальних симптомів характерна гіпертермічна реакція з підйомом температури до 41° С і більше при важкій формі захворювання, загальне нездужання, слабкість, головні болі, шкірна і м'язова гіперестезія, відсутність апетиту, блідість шкірних покривів, нудота і блювота центрального походження, тому що вірус звичайного герпеса є енцефалотропним. Вже в інкубаційному й особливо в продромальному періоді чітко діагностується лімфаденіт підщелепних, а у важких випадках — і шийних лімфатичних вузлів та гінгівіт. На піку підйому температури підсилюються гіперемія і набряклість слизової оболонки порожнини рота. На слизовій оболонці губ, щік і мови з'являється від 2–3 до декількох десятків висипних елементів. При середньої важкості і особливо важкій формах захворювання елементи ураження локалізуються не тільки в порожнині рота, але і на шкірі обличчя приротової ділянки, на мочках вух і повіках, однак при цій локалізації пухирці підсихають, утворюючи скоринки. При гострому герпетичному стоматиті висипання, як правило, рецидивують, через що при огляді можна бачити елементи ураження, що знаходяться на різних стадіях розвитку. Черговий рецидив висипання супроводжується погіршенням загального стану дитини і занепокоєнням або адинамією, підвищенням температури на 1–2° С. обов'язковим симптомом гострого герпетичного стоматиту є гіперсалівація. Слина стає в'язкою і тягучою, відзначається неприємний, гнильний запах з рота. Вже в катаральному періоді хвороби відзначається яскраво виражений гінгівіт, що надалі, особливо при важкій формі, здобуває виразково-некротичний характер і супроводжується вираженою кровоточивістю ясен. Губи в хворих сухі, потріскані, покриті

скоринками, у кутах рота мацерація. Іноді спостерігаються носові кровотечі, тому що вірус герпеса порушує зсідання крові. У крові дітей з важкою формою стоматиту виявляються лейкопенія, паличкоядрові зрушення вліво, еозинофілія, одиничні плазматичні клітки, юні форми нейтрофілів. Зрідка спостерігається токсична зернистість останніх. У сечі відзначається білок або його сліди. Слина має низький рН, у ній звичайно відсутній інтерферон, вміст лізоциму помітно знижено.

Діагностика гострого герпетичного стоматиту проводиться на підставі клінічної картини й епідеміології захворювання. Лікування. Тактика лікаря при лікуванні хворих гострим герпетичним стоматитом повинна визначатися важкістю захворювання і періодом його розвитку. Комплексна терапія захворювання повинна містити в собі загальне і місцеве лікування. При середньої важкості і важкому перебігу хвороби загальне лікування бажано проводити разом з педіатром. З огляду на те, що ці форми захворювання розвиваються на тлі істотного зниження захисних сил організму, доцільно в комплексну терапію включати засоби, що стимулюють імунітет (лізоцим, продігіозан, гамма-глобулін парентерально; метилурацил, пентоксил, натрію нуклеонат усередину).

У комплексі загального лікування варто призначати гіпосенсибілізуючу терапію при усіх формах стоматиту у вигляді препаратів димедролу, супрастину, піпольфену, кальцію глюконату й інших у відповідних віку дозах.

Місцева терапія при гострому герпетичному стоматиті повинна переслідувати наступні задачі: а) зняти або послабити біль; б) попередити повторну появу висипних елементів; в) сприяти епітелізації уражених ділянок.

З перших днів розвитку захворювання серйозну увагу варто приділяти протівірусній терапії. З цією метою рекомендується застосовувати одну з перерахованих мазей: 0,25–0,5% оксолінову, 0,25–0,5% флореналеву, 5% теброфенову, 5% інтерферонову, 1% розчин дезоксирибонуклеази, суміш інтерферону з продігіозаном і іншими інтерфероногенами. На закінчення необхідно відзначити, що гострий герпетичний стоматит у будь-якій формі є контагіозним захворюванням. Тому педіатр і стоматолог повинні не тільки забезпечити комплексне лікування, але і попередити контакт хворого зі здоровими дітьми, провести заходи щодо профілактики цього захворювання в дитячих колективах.

У системі стоматологічного обслуговування варто передбачити протиепідемічні міри:

1. У дитячих установах, особливо в ясельних групах, не слід допускати до роботи з дітьми співробітників у період прояву рецидиву хронічного герпетичного ураження шкіри, очей, слизових оболонок порожнини рота й інших органів.
2. У дитячих стоматологічних поліклініках або відділеннях необхідно виділити спеціалізований окремий кабінет (а при можливості — і спеціального лікаря) для лікування захворювань слизової оболонки порожнини рота. Доцільно так розташувати кабінет, щоби діти, які відвідують його, були по можливості ізольовані від інших дітей, що знаходяться в поліклініці. Якщо в дитячій установі виявлена дитина з гострим герпетичним стоматитом, їй не дозволяють відвідувати дитячу установу, навіть якщо захворювання в неї протікає в дуже легкій формі. Медичному персоналу дитячих садів, ясел, Будинків дитини й інших установ рекомендується проводити щоденні огляди дітей з метою виявлення ознак продромального періоду захворювання (лімфаденіт, гіперемія слизової оболонки порожнини рота, зміна поведінки дитини і т.д.).

Виявлення захворювання в продромальному періоді має велике значення, тому що лікування, проведене в цей момент (інтерферон, інтерфероногени, протівірусні мазі, Уфотерапія, полівітаміни, гіпосенсибілізуючі і загальнозміцнюючі засоби), запобігає, в більшості випадків, подальшому його розвитку або сприяє більш легкому його перебігу.

Грип. Грип (grippus) — гостра респіраторна інфекція, збудником якої є віруси грипу А, В, С. На відміну від оперізуючого лишая, ураження СОПР при грипі неспецифічні, а ті зміни СОПР, що спостерігаються в період захворювання, залежать від реактивності організму та тропізму вірусу щодо певних систем чи тканин. З самого початку захворювання на грип

розвивається катаральний стоматит з полум'яною гіперемією, парестезіями, печінням СОПР. Найяскравіші зміни спостерігаються на СО м'якого піднебіння, піднебінних дужок, язичка, глотки; рідше — щік, язика, ясен.

На 1-шу–2-гу добу захворювання на фоні катаральних змін у ділянці м'якого піднебіння з'являються просоподібні зернисті висипи червоного кольору, що утворюються за рахунок гіперплазії епітелію вивідних проток слинних залоз. Поява таких висипів у здорових людей у період епідемії грипу може служити ранньою ознакою захворювання. Такими ранніми симптомами на СОПР у ділянці щік, язика, губ можуть бути десквамативний і навіть дегенеративно-некротичний процес, що проявляється різкою гіперемією, посиленою десквамацією епітелію, петехіями, появою багатьох дрібних пухирців з геморагічним ексудатом, які швидко лопаються з утворенням болючих ерозій яскраво-червоного кольору або афт, які рідко зливаються між собою. На 3–4-й день гіперемія і зернистість м'якого піднебіння змінюються ін'єкцією судин, появою петехій, які на 7–8-й день захворювання минають. Інколи у ділянці переходу твердого піднебіння в м'яке та на СО щік уже на схилі захворювання утворюються великі тонкостінні пухири, що містять геморагічний ексудат і зберігаються від кількох годин до 1,5–2 діб, а потім лопаються, утворюючи велику, чисту від нальоту, ерозію.

При низькій опірності СОПР та організму ерозії й афти внаслідок приєднання вторинної інфекції можуть виразкуватися і тоді виникає афтозновиразковий або виразково-некротичний стоматит. У цей період частими є загострення хвороб пародонта, висипи рецидивного герпесу, інколи виникають неврити трійчастого та лицевого нервів. Наприкінці захворювання, як прояв спричиненого ним імунодефіциту, можливий розвиток гострого герпетичного стоматиту або кандидозу.

Діагностика. В діагностиці грипу, як і інших вірусних уражень СОПР, треба спиратися на дані епідемічної ситуації, анамнестичні відомості, клінічні прояви хвороби, результати лабораторних досліджень (загальний аналіз крові; цитологічні, серологічні, вірусологічні дослідження; імунофлюоресцентна діагностика).

Важливе діагностичне значення мають відсутність інтерферону, різке зниження вмісту лізоциму в слині. Зміни периферичної крові характерні для гострого запального процесу. Лікування грипозного стоматиту залежить від характеру змін СО (катаральний, ерозивний, виразковий стоматит). У період катарального стоматиту обмежуються звичайним гігієнічним доглядом за ротовою порожниною. З появою афт, ерозій, виразок застосовують тактику місцевого лікування, як при герпетичному стоматиті, а з противірусних засобів доцільно призначити 0,25–0,5% оксолінову, 0,25–0,5% флореналеву, 0,5–1% теброфенову мазі, інтерферон, арбідол.

Кір. Кір (morbilli) викликається фільтрівним вірусом. Зараження відбувається повітряно-крапельним шляхом, хворі заразні в останні два дні інкубаційного періоду і в перші три доби хвороби. Характерними для кору змінами СОПР є поява в продромальний (катаральний) період на гіперемійованій СО щік, у ділянці молярів, дещо рідше — на СО ясен або губ білуватожовтих круглих крапок діаметром 1–2 мм. Вони нагадують бризки вапна, розхлюпані на поверхні гіперемійованої плями, що злегка виступають над рівнем СО і ніколи не зливаються між собою (симптом Філатова-Копліка). З появою кривавої екзантеми на шкірі (на 3-тю–4-ту добу) плями Філатова-Копліка зникають. Водночас із висипом на шкірі (в першу чергу на обличчі й за вухами), а іноді безпосередньо перед цим на СО м'якого піднебіння, твердому піднебінні та на ділянці його переходу в м'яке, виникає кривава екзантема: висипи у вигляді невеликих блідо-червоних або яскраво-червоних плямок, які мають неправильну круглу або лінійну форму. Вони швидко зникають, інколи на їх місці лишається почервоніння СО. Наявність плям Філатова-Копліка є абсолютною ознакою кору. Це дозволяє рано виявити захворювання і своєчасно розпочати лікування, а також вжити профілактичних заходів щодо осіб, які контактують з хворим.

Диференціальна діагностика. Ураження СОПР при кору слід диференціювати від пліснявки, гострого афтозного стоматиту, скарлатини. Розміщення плям Філатова-Копліка в ділянках молярів, висипи на шкірі одночасно з появою екзантем на СО твердого і м'якого піднебіння, а також результати бактеріологічних досліджень дають змогу виключити пліснявку. Висипи на шкірі, відсутність їх на СОПР і результати бактеріологічного аналізу дають підставу для диференціювання кору від гострого афтозного стоматиту. Відсутність малинового язика і ангіни, а також характерного висипу на шкірі навколо рота поряд з бактеріологічними даними дозволяють виключити діагноз скарлатини.

Лікування. За неускладненого перебігу його проводять у домашніх умовах (часті іригації і полоскання слабкими розчинами натрію гідрокарбонату, фурациліну, штучним лізоцимом).

Вітряна віспа. Вітряна віспа (*varicella*) спричинюється фільтрівним вірусом. Захворювання розпочинається гостро, часто без продромальних явищ, з підвищення температури тіла і появи висипу на шкірі. Одночасно з'являються висипи у порожнині рота: на язиці, твердому піднебінні, СО зіва; рідше — на яснах, губах. Уражаються також і інші СО, наприклад статевих шляхів. Елементом ураження при вітряній віспі є пухирець. Розвиток пухирця починається в шипуватому шарі епітелію. Дно пухирця становить базальний шар. Нагромаджена рідина трохи піднімає роговий шар, який є його покриттям. Пухирці в ротовій порожнині нетривкі і швидко лопаються, утворюючи круглі ерозії невеликих розмірів або неглибокі виразки сірувато-рожевого кольору, які нагадують афти, облямовані яскраво-червоним запальним обідком. Вітряночні висипання з'являються неодноразово, вони багатократні, з проміжками 1–2 доби, через що елементи висипу знаходяться на різних стадіях розвитку: папули, везикули, кірочки (несправжній поліморфізм). Кожне наступне висипання супроводжується підвищенням температури тіла до 38° С і вище, на 3–4-й день хвороби висип підсихає, температура тіла знижується, загальний стан хворого поліпшується.

Диференціальна діагностика. Диференціювати вітряну віспу слід від гострого герпетичного стоматиту і натуральної віспи. Наявність у порожнині рота пухирців з прозорим вмістом, а також везикулярного висипу на шкірі дозволяє виключити гострий герпетичний стоматит. Відсутність продромального періоду, поява висипу одночасно з підвищенням температури тіла, одночасність висипань на обличчі, голові, тулубі, кінцівках; різне розміщення елементів висипу в порожнині рота (при натуральній віспі уражається передній відділ порожнини рота) дають підставу виключити натуральну віспу.

Лікування. Проводять симптоматичну терапію. Місцеве лікування при вітряній віспі полягає в старанному догляді за ротовою порожниною з метою запобігання вторинній інфекції і розвитку виразкового стоматиту. Елементи ураження обробляють 1% розчином борної кислоти або 1:1000 розчином етакридину лактату (риванолу), рідше — розчином антибіотика з новокаїном і змащують метиленовим синім. Ерозії і афти, якщо не приєднується вторинна інфекція, швидко загоюються, не лишаючи слідів.

Ящур. Ящур (*aphthae epizooticae*) викликається фільтрівним вірусом. Зараження, в основному, відбувається при вживанні молочних продуктів та м'яса хворих на ящур тварин. Вірус проникає в організм людини крізь ушкоджену шкіру та СО. Інкубаційний період становить близько 3 діб. Захворювання починається гостро, з ознобу; температура тіла протягом 3–4 год. підвищується до 38,5–39° С. Типовими ознаками є загальна слабкість, біль голови, у суглобах, м'язах. З'являються відчуття печіння в роті та надмірне слиновиділення. Через 1–2 доби на гіперемійованій і набряклій СО виникають невеликих розмірів пухирці, які лопаються, і на їх місці утворюються афтоподібні елементи. Можливе одночасне ураження СО носа, очей, статевих органів. Ураження СОПР часто супроводжується подібним до нього ураженням шкіри біля крил носа, а також міжпальцевих складок, основ нігтів, підшов. Одуjuanня настає через 2–3 тижні.

Диференціальна діагностика. Ящур треба диференціювати від герпетичного стоматиту, синдрому Бехчета, БЕЕ, медикаментозної алергії, виразково-некротичного стоматиту Венсана та ін. Лікування. Стоматолог проводить місцеву терапію, як при герпетичному стоматиті.

7. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

1. У хворого, 18 р., виявлені крововиливи на слизовій оболонці щік, по лінії змикання зубів, на язиці та піднебінні, кровоточивість ясен. Загальне нездужання, біль у м'язах, суглобах та кістках, горлі, збільшення підщелепних та шийних лімфовузлів, субфебрильна температура тіла. Вірогідний діагноз?

- A. Гострий лейкоз.
- B. Хвороба Аддісона-Бірмера.
- C. Гіповітаміноз С.
- D. Хвороба Верльгофа.
- E. Цукровий діабет.

2. У дитини, 5 р., протягом 3 днів температура тіла 38-39 С, біль голови, слабкість, відсутність апетиту, біль в порожнині рота та при ковтанні. При огляді: слизова оболонка порожнини рота суха, ясенні сосочки гіперемовані, набряклі, легко кровлять при дотику, язик яскраво-малинового кольору, гладенький, місцями з виступаючими у вигляді горбиків грибоподібними сосочками, схожий на малину. Зів яскраво-червоного кольору, на м'якому піднебінні дрібні висипання. Ймовірний діагноз?

- A. Кір.
- B. Грип.
- C. Скарлатина.
- D. Дифтерія.
- E. Ящур.

3. Хворий, 19 р., звернувся зі скаргами на розростання ясен в ділянці 22, 23 зубів, яке з'явилося понад 3 місяці тому. Об'єктивно: на контактних поверхнях 22, 23 зубів – глибокі каріозні порожнини, міжзубний контакт порушений. Ясенний сосочок збільшений, гіперемований, на 1/3 висоти коронки вкриває зуби. Поставте діагноз.

- A. Гіпертрофічний гінгівіт.
- B. Катаральний гінгівіт.
- C. Ангіна Венсана.
- D. Пародонтоз.
- E. Первинний сифіліс.

4. Хворий, 70 р., звернувся зі скаргами на свербіж ясен, підвищену чутливість до хімічних, термічних і механічних подразників. Вважає себе хворим близько 20 років. Супутнє захворювання: атеросклероз. Об'єктивно: ясна анемічні, атрофовані, оголення коренів зубів на 2-3 мм. Зуби стійкі. Пародонтальних кишень немає. Яке додаткове дослідження необхідно провести для постановки діагнозу?

- A. Рентгенографія.
- B. Сіалографія.
- C. Електрооднотометрія.
- D. Ехоостеометрія.
- E. Реопародонтографія.

5. Хворий, 22 р., звернувся зі скаргами на біль та кровоточивість ясен, яка посилюється під час їжі. Захворів 3 дні тому. Об'єктивно: хворий блідий, температура 38 С, підщелепні лімфовузли справа збільшені, болісні та рухомі. Маргінальні ясна в ділянці 48, 47, 46, 45, 44, 43, виразкові, вкриті некротичним нальотом. Порожнина рота не санована. Оберіть план місцевого лікування.

А. Зняття зубних відкладень, санація порожнини рота, протизапальна, антибактеріальна та кератопластична терапія.

В. Протизапальна та антибактеріальна терапія, видалення 48, 47, 46, 45, 44, 43.

С. Протизапальна терапія, випромінювання гелій-неонового лазера.

Д. Вакуум-масаж і протизапальна терапія.

Е. Клаптева операція.

8. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

2. Рибалов О. В., Скікевич М. Г. Основи стоматології. Підручник.. – Вінниця: НОВА КНИГА, 2006. – 232 с.

2. Черкашин С.І. «Основи стоматології і щелепно-лицевої хірургії», 2003. – 308 с. 3. Бажанов Н.Н. Стоматология: Учебник., 6-е изд, перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 304 с.

Додаткова література:

1. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии/ А.А. Тимофеев – К.: Червона Рута – Турс, 2004. – 1000 с.

2. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. -М.: Медицина, 2001. -688 с.

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО

«Затверджено»
на засіданні кафедри
хірургічної стоматології та
щелепно-лицевої хірургії

Завідувач кафедри
д. мед. н., проф. Варес Я. Е.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

Навчальна дисципліна	Основи стоматології
Змістовий модуль №	1
Тема заняття	Тема № 3. «Доброякісні та злоякісні пухлини ЩЛД.»
Курс	III
Факультет	Медичний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

За повідомленнями літератури близько 25% всіх онкологічних захворювань організму людини припадає на щелепно-лицеву ділянку. Анатомофізіологічні особливості цієї ділянки вносять певну специфіку в перебіг захворювань. Онкологічна настороженість повинна бути у лікаря будь-якої спеціальності, а наявність відповідних знань сприятиме ранньому виявленню пухлин та своєчасному комплексному лікуванню, що покращує прогноз при цій патології.

2. НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ ЗАНЯТТЯ:

➤ фахові компетентності:

1. Збирання медичної інформації про стан пацієнта.;
2. Оцінювання результатів лабораторних та інструментальних досліджень;
3. Встановлення клінічного діагнозу стоматологічного захворювання;
4. Визначення характеру та принципів лікування стоматологічних захворювань;
5. Діагностування невідкладних станів;
6. Визначення тактики ведення стоматологічного хворого при соматичній патології;
7. Виконання медичних та стоматологічних маніпуляцій;
8. Проведення лікування основних стоматологічних захворювань;
9. Визначення тактики та надання екстреної медичної допомоги;
10. Ведення медичної документації.

➤ загальні компетентності:

- 1.Здатність навчатися;
- 2.Уміння ідентифікувати, формулювати та розв'язувати задачі;
- 3.Уміння приймати обґрунтовані рішення;
- 4.Уміння застосовувати знання в практичних ситуаціях;
- 5.Уміння думати абстрактно, аналізувати та синтезувати;
- 6.Уміння працювати в команді;
- 7.Знання та розуміння предметної області та розуміння фаху;
- 8.Уміння спілкуватися із нефахівцями однієї галузі;
9. Здатність до адаптації та дії в новій ситуації;
10. Здатність працювати автономно;
11. Здатність оцінювати та забезпечувати якість виконуваних робіт.

1. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

1. Визначити етіологічні чинники та патогенез розвитку пухлиноподібних захворювань ЩЛД: порушення ембріонального розвитку; хронічна одонтогенна інфекція; травматичні ушкодження.
2. Визначити фактори, що сприяють розвитку пухлин щелепно-лицевої ділянки: передракові захворювання слизової оболонки та червоної облямівки губ; хронічна травма; шкідливі звички.
3. Вивчити принципи діагностики пухлиноподібних захворювань, доброякісних та злроякісних пухлин ЩЛД.
4. Вивчити покази та загальні принципи: хірургічного лікування; хіміотерапії; променевої терапії; комбінованого лікування.

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

Дисципліни	Знати	Вміти
Анатомія Гістологія	Знати анатомо-фізіологічні особливості щелепно-лицевої ділянки. Знати фізіологічні особливості центральної та периферичної нервової системи; будову та функцію черепно-мозкових нервів.	Вміти пояснити будову органів та систем щелепно-лицевої ділянки. Вміти пояснити особливості центральної та периферичної нервової системи; будову та функцію черепно-мозкових нервів.
Топографічна анатомія	Знати топографію органів щелепно-лицевої ділянки. Знати топографію кісток основи черепа, лицевого скелета, черепно-мозкових нервів.	Вміти пояснити топографію органів щелепно-лицевої ділянки. Вміти пояснити топографію кісток основи черепа, лицевого скелета, черепно-мозкових нервів.
Мікробіологія Вірусологія	Знати видову ідентифікацію мікроорганізмів ротової порожнини; поняття умовно-патогенні та патогенні мікроорганізми, їх роль. Знати можливі шляхи передачі інфекції.	Вміти охарактеризувати особливості мікрофлори ротової порожнини. Пояснити можливі шляхи передачі інфекції. Вміти пояснити суть бактеріологічного дослідження.

5. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ.

5.1. Теоретичні питання до заняття:

1. Класифікація пухлин щелепно-лицевої ділянки. Теорії канцерогенезу.
2. Обстеження хворих з метою діагностики пухлин, роль сучасних методів обстеження (рентгенологічна, радіоізотопна діагностика, цитологічна та гістологічна верифікація пухлин). Стадії ураження за системою TNM.
3. Пухлиноподібні утвори ЩЛД (кісти щелеп). Етіологія, патогенез. Клініка, діагностика, лікування.
4. Органоспецифічні доброякісні пухлини (одонтома, амелобластома, цементома, епуліс): клініка, діагностика, лікування.
5. Органонеспецифічні доброякісні пухлини ЩЛД (ангіоми, остеома, остеобластокластома, фіброма, папілома): клініка, лікування.
6. Злоякісні пухлини м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки. Рак губи і язика – клініка, діагностика і лікування.
7. Злоякісні пухлини слинних залоз.
8. Злоякісні пухлини нижньої та верхньої щелеп.
9. Метастази злоякісних пухлин на шії. Основні методи лікування злоякісних пухлин щелепно-лицевої ділянки.

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

1. Проводити обстеження пацієнтів із новоутвореннями ЩЛД.
2. Опанування навичками надання медичної допомоги пацієнтів із новоутвореннями ЩЛД.
3. Опанування навичками трактування показників рентгенограм, КТ, МРТ черепа при новоутвореннях ЩЛД.
4. Опанування навичками трактування показників біохімічного аналізу крові при новоутвореннях ЩЛД.
5. Опанування навичками трактування показників функції зовнішнього дихання при новоутвореннях ЩЛД.
6. Опанування навичками аналізування показників лабораторних досліджень (загальний аналіз крові, загальний білок і білкові фракції, коагулограма) при новоутвореннях ЩЛД.

ЗМІСТ ТЕМИ:

Порівняння статистичних даних різних авторів про злоякісні й доброякісні пухлини дозволяє зробити загальний висновок про те, що понад 25% новоутворень припадає на щелепно-лицеву ділянку (разом з шкірними покривами). Єдиної вичерпної класифікації пухлин щелепно-лицевої локалізації не існує. Досвід показав, що з практичної точки зору і для науково-дослідної роботи доцільно користуватися трьома класифікаціями: 1) за ступенем клінічного поширення пухлини; 2) за анатомічною локалізацією; 3) за гістологічним типом. Як і пухлини інших частин тіла, пухлини органів ротової порожнини і обличчя поділяються на дві основні групи — доброякісні і злоякісні.

Зважаючи на той факт, що окремі частини ротової порожнини, ротоглотки, обличчя, кісток лицевого черепа мають характерні особливості, що впливають на клінічний перебіг пухлинного процесу, необхідно враховувати такі локалізації первинної пухлини: слизові оболонки порожнини рота, язик, верхня щелепа, нижня щелепа, верхня губа, нижня губа, слинні залози, шкіра обличчя і голови. В тканинах ротової порожнини, обличчя і кістках лицевого черепа можуть зустрічатися пухлини будь-якого гістологічного типу. Вони можуть походити із сполучної тканини, епітелію, м'язової, нервової та інших тканин. Походження одонтогенних пухлин пов'язано з розвитком системи зубів. Деякі з цих утворень відносять до пухлин умовно, оскільки вони являють собою порок розвитку судин або шкіри (окремі види ангіом, пігментні родимі плями та ін.). З цієї точки зору необхідно розрізняти справжні пухлини від пухлиноподібних захворювань.

Ознаки справжніх пухлин, загальні для всіх їх форм, як доброякісних, так і злоякісних, визначаються більшим чи меншим ступенем атиповості їх гістологічної будови і необмеженим характером їх росту. Головна біологічна особливість справжніх новоутворень на відміну від фізіологічних, нормальних гіперплазій, а також від інфекційнозапальних проліфератів полягає в тому, що пухлини проявляють здатність до необмеженого продовження свого росту навіть після усунення тих причин, які його викликали.

Злоякісні пухлини характеризуються швидким ростом, інфільтрують і руйнують прилеглі тканини, мають здатність метастазувати по лімфатичній системі або по кровоносних судинах.

Доброякісні новоутворення ростуть «із себе», розсуваючи оточуючі здорові тканини, не інфільтрують їх, не метастазують. В ділянці обличчя і щелеп зустрічаються первинні пухлини і вторинні — метастази із первинних пухлин, що локалізуються в інших частинах тіла. Метастазування в ділянку обличчя і щелеп спостерігається в пізніх стадіях розвитку злоякісної пухлини, при генералізації процесу. Провідною ознакою при злоякісних пухлинах є прогресуюче порушення форми або функції органа з переходом патологічного процесу на сусідні органи і тканини, що супроводжується, як правило, утворенням виразок в місці

розташування новоутворення, змінами з боку регіонарних, інколи віддалених лімфатичних вузлів.

З розвитком хвороби, особливо при раку органів і тканин ротової порожнини, з'являється і посилюється локальний самовиникаючий біль, який обтяжує стан хворого тим, що має нахил до іррадіації. Крім того, відмічається поступове погіршення загального стану хворого — втрата апетиту, похудіння, слабкість. В анамнезі таких хворих звичайно виявляються передпухлинні захворювання, що передують формуванню новоутворення: дискератоз, хронічний запальний процес, тривало незаживаюча виразка або тріщина, пігментна пляма та ін.

Виникнення і розвиток доброякісних пухлин мають звичайно ще більш непомітний перебіг на фоні задовільного самопочуття. Пухлина найчастіше виявляється тоді, коли суттєво змінюється форма якогось органа при незмінній або незначно порушеній його функції. Больові відчуття посилюються при досягненні пухлиною великих розмірів, а також якщо вона розташовується в безпосередній близькості до якогось нерва.

При обстеженні хворого визначають: наявність пухлини, її величину, форму, характер поверхні, консистенцію, рухомість, відношення до оточуючих органів і тканин. Особливу увагу слід приділяти стану регіонарних лімфатичних вузлів. Досліджують загальний стан хворого, об'єктивно оцінюють функції важливіших систем і окремих органів. Слід підкреслити, що успіх лікування онкологічного хворого (особливо при злоякісних пухлинах) знаходиться в прямій залежності від раннього розпізнавання захворювання. В зв'язку з цим за останні 10–15 років подальшого розвитку набув розділ стоматології, який займається вдосконаленням організаційних форм, способів профілактики, раннього виявлення і своєчасного лікування новоутворень щелепно-лицевої ділянки. Науково обгрунтовані принципи онкологічної настороженості, що впроваджуються в практичну діяльність, мають виключно велике значення перш за все в умовах стоматологічної поліклініки. Головними завданнями таких поліклінік є профілактика і раннє виявлення злоякісних пухлин щелепно-лицевої ділянки. Не менш важливим для лікаря, який працює в поліклініці, є вміння лікувати передпухлинні захворювання і так звані фонові стани. Лікарі поліклінічних відділень повинні оглядати ротову порожнину, дослідити шкірні покриви, кістки лицевого черепа, слинні залози, регіонарні лімфатичні вузли з метою виявлення пухлини або передпухлинного процесу незалежно від захворювання, з яким звернувся хворий.

За усіма хворими з передпухлинними захворюваннями повинен проводитися динамічний нагляд. Для уточнення діагнозу необхідно гістологічне дослідження тканин, які видаляють при операціях з приводу хронічних запальних процесів, доброякісних пухлин, обмежених або дифузних, дискератозів та інших захворювань, які входять у групу передракових.

При виявленні злоякісної пухлини або підозрі на неї хворого слід направити в спеціалізований заклад (стоматологічний кабінет онкологічного диспансеру), де виконується весь об'єм амбулаторних діагностичних досліджень, в тому числі й діагностична біопсія. Біопсію у онкологічного хворого можна проводити тільки в тому лікувальному закладі, де хірургічне втручання виконується кваліфіковано, з додержанням відповідних вимог, а вирізана тканина відповідним чином досліджується. Оперативно отримана інформація використовується для визначення тактики щодо відношенню хворого з виявленою злоякісною пухлиною.

Лікування цих хворих повинно проводитися з врахуванням необхідності в кожному конкретному випадку поєднання оперативного втручання з променевою або хіміотерапією, а в подальшому — з ортопедичними заходами, що забезпечують іммобілізацію «ділянок» щелеп та сприятливі умови при заміщенні дефектів, які виникають у результаті видалення пухлини. Велику роль у лікуванні таких хворих набувають своєчасне застосування інших реконструктивних втручань, організація їх харчування і догляду за ними в

післяопераційному періоді, забезпечення санації ротової порожнини. Найбільш сприятливі умови для забезпечення онкологічних хворих різноманітною спеціалізованою допомогою можна створити в умовах стоматологічного відділення або відділення «голова і шия», що розгорнуті на базі онкологічної лікарні або іншого лікувального закладу онкологічного профілю.

Доброякісні пухлини обличчя та щелеп.

Серед доброякісних пухлин обличчя і щелеп розрізняють утворення, що походять із елементів шкіри і слизової оболонки (папіломи), сполучної тканини (фіброми), жирової тканини (ліпоми), нервів і периневрія (нейрофіброми), судин (гемангіоми, лімфангіоми), м'язів та ін. До цієї групи умовно відносять кістозні утворення (ретенційні кісти сальних і слинних залоз), кісти щелеп, кісти і свищі з ембріональних залишків. Пухлини, що складаються із однієї або всіх тканин, що утворюють зуб, або які містять одонтогенні клітини в будь-якій стадії їх розвитку, виділяють у самостійну підгрупу і позначають терміном «одонтогенні пухлини». В ряді випадків можуть зустрічатися поєднання різних пухлин («змішані» пухлини).

Папілома. Доброякісна пухлина, що складається із сполучнотканинної основи і розрослого покривного шару. Частіше ці утворення поодинокі, але зустрічаються і множинні (папіломатоз). Розміри папілом різні: від 1–2 мм до 2–3 см в діаметрі. Папіломи не викликають болю, частіше вони зустрічаються випадково. При локалізації на кінчику язика вони викликають незручно сті хворому, при пошкодженні — кровоточать. За консистенцією розрізняють щільні і м'які папіломи.

Шкірний ріг (*cornum cutanea*). Основа пухлини складається із сполучної тканини, що містить судини, а на поверхні розташований епітеліальний шар. Сосочкове розростання епітелію супроводжується посиленням ороговінням — гіперкератозом його. Зустрічається на шкірі різних частин обличчя у вигляді вузлів бурого або чорного кольору неправильної форми, величиною від горошини до лісового горіха. Шкірний ріг є різновидом папілом, які в деяких випадках розростаються плоскими виступами, поєднаними з шкірою широкою, рідше тонкою ніжкою. Ці папіломи називають бородавками; вони походять з покривного епітелію і значною мірою зберігають будову материнської тканини. Бородавки, як фіброепітеліальні утворення, залежно від будови сполучної тканини бувають щільними або м'якими. На шкірі обличчя вони частіше зустрічаються у вигляді поодиноких, рідше множинних дрібних вузликів, які легко кровоточать після пошкодження. Діагностика таких пухлин не складна. Лікування при шкірному розі, поодиноких бородавках і фібромах полягає в хірургічному видаленні пухлини.

Фіброма (*fibroma*). Як невеликі, так і великі фіброми мають широку або вузьку ніжку, частіше бувають поодинокими. На обличчі вони локалізуються в ділянці лоба, щік, на носі та вушних раковинах. В деяких випадках фіброми виникають із сполучнотканинних оболонок шкіри і нервів; тоді вони бувають множинними (множинна фіброма), супроводжуються пігментними плямами і слугують проявом системного захворювання — нейрофіброматозу Реклінгаузена. Навіть гістологічно дуже важко відрізнити фіброму від невриноми, особливо в тих випадках, коли пухлина у вигляді підшкірних вузлів або щільних валиків розташовується по ходу нервових стовбурів трійчастого нерву, утворюючи так звану гіллясту нейрофіброму. На основі перелічених ознак діагноз у більшості випадків не викликає сумнівів. Системне захворювання розпізнається на основі виявлення однотипних утворень на різних ділянках тіла.

Лікування. При множинних фібромах як системному захворюванню оперують тільки за косметичними показаннями, коли обличчя спотворене.

Ринофіма (*rhinophima*). Основну масу пухлини складає розросла сполучна тканина і гіпертрофовані сальні залози. Шкіра над пухлиною синюшного кольору, отвори вивідних протоків сальних залоз розширені. Розташовується пухлина на носі, частіше в області його кінчика, у вигляді бугристого утворення, що має широку основу. Клінічна картина ринофіми

настільки типова, що надзвичайно рідко виникають сумніви в діагнозі. Лікування. Можливе хірургічне видалення пухлини. Операція проводиться під місцевим знеболюванням і полягає у видаленні всіх тканин пухлини до сполучнотканинного шару власне шкіри. Рана загоюється під антисептичною пов'язкою. Епітелізація відбувається за рахунок залишкових островків сальних і потових залоз.

Ліпома (lipoma). Пухлина складається із звичайної зрілої жирової тканини і прошарків волокнистої сполучної тканини. При значному розростанні сполучної тканини можна говорити про фіброліпому. На обличчі ліпоми зустрічаються в ділянці лоба або в товщині щоки, причому лежать то ближче до шкіри, то ближче до слизової оболонки, по передньому краю жувального м'язу. Ростуть повільно. При пальпації виявляється м'яка дольчаста пухлина з широкою основою. При поверхневому розташуванні ліпом діагноз не викликає сумнівів. При розташуванні у товщі щоки ліпому легко переплутати з лімфангіомою. Від останньої вона відрізняється тим, що при здавлюванні не змінюється в об'ємі. Лікування. Ліпому легко вдається вилуштити після розсічення шкіри вздовж її поверхні.

Аденома (adenoma). Фіброепітеліальна пухлина, що походить із сальних і потових залоз. На шкірі обличчя розвивається в ділянці носа, щік, повік, нижньої й верхньої губи без видимої причини з'являється щільний, підшкірний вузол, який повільно росте. Лікування. Пухлина рухлива, легко вилущується після розтину шкіри.

Ангіоми. Із доброякісних пухлин обличчя найчастіше зустрічаються судинні пухлини — ангіоми (гемангіоми й лімфангіоми). Вони являють собою розростання неправильних зачатків судинної системи у формі накопичення капілярів, гіллястих утворень, розвитку кавернозної тканини. Бувають ангіоми змішаної будови. Найчастіше судинні пухлини є вродженими. До 65% ангіом розташовується на обличчі, причому частіше у жінок (Холдін С. А.). Гемангіоми можуть бути простими, печеристими і гіллястими. Проста гемангіома (haemangioma simplex). За будовою й клінічним проявом розрізняють декілька видів простих гемангіом. В одних випадках має місце розширення існуючих капілярів, які набувають вигляду широких судин із дуже тонкою стінкою (телеангіектазії), в інших — гемангіома складається з величезної кількості переплетених капілярів із стінкою з набухлого ендотелію (капілярна гемангіома). Розвиваються гемангіоми в шкірі й прилеглих тканинах у вигляді плям різної величини — від булавкової головки до пухлин значних розмірів, що займають більшу частину обличчя. В таких випадках зміненими виявляються верхня й нижня губи, щоки, підборіддя. Пухлина поширюється на шию, волосисту частину голови і навіть слизову оболонку ротової порожнини. Колір простих гемангіом залежить від характеру капілярів, що їх утворюють. При венозних капілярах гемангіома має синюшне забарвлення; найдрібніші артеріальні судини утворюють червоні плями. При здавлюванні пляма блідне. Ці пухлини належать до вроджених, а тому називаються також родимими судинними плямами. Капілярна гемангіома може розташовуватися в шкірі, не піднімаючись над її поверхнею (плоска гемангіома), або проникати в підшкірну клітковину і навіть м'язи. Іноді на поверхні пухлини виникають вузлуваті, папіломатозні утворення, які ще більше спотворюють обличчя.

Печериста гемангіома (haemangioma cavernosum). Пухлина складається з широких, судинних порожнин, що мають різну форму і містять кров. Іноді в порожнинах знаходяться кров'яні камені — флеболіти. Пухлина може проростати через всі тканини і навіть викликати вторинні зміни в лицевих кістках. Вона частіше досягає великих розмірів, займає декілька анатомічних ділянок, надто спотворює обличчя і загрожує кровотечею при пошкодженнях. Кавернозна гемангіома легко звільняється від крові, але швидко наповнюється нею, особливо при нахилі голови або напруженні.

Гілляста гемангіома (haemangioma racimosum) складається з розширених судинних стовбурів, що пронизують різні тканини: шкіру, клітковину, м'язи і кістки. На поверхні або при оголенні судини пульсують, при аускультатії прослуховується дуючий шум. Хворі скаржаться на постійне відчуття шуму. Клінічне обстеження необхідно доповнювати

рентгенографією кісток лицевого скелету, яка дозволяє виявити структурні зміни. Найменша травма здатна викликати кровотечу, що загрожує життю хворого. Діагноз різних видів гемангіом встановлюється на основі перелічених ознак. Деякі труднощі можуть виникати при глибокій кавернозній гемангіомі, яку необхідно відрізнити від ліпони і лімфангіоми. Найбільш чіткою відмінною ознакою є швидка зміна об'єму гемангіоми при здавлюванні. Лікування. Прості гемангіоми, що розташовані на відкритій поверхні обличчя, краще вирізати. В результаті видалення пухлини утворюються дефекти шкіри різної форми і площі. Для закриття цих дефектів використовують різні методи пластики місцевими тканинами або вільну пересадку шкіри на всю площу. В деяких випадках можна застосовувати консервативні методи лікування: введення склерозуючих розчинів (Chinini muriatici 2,0; Urethani 1,0; Aq.destillate 15,0), кріодеструкцію, променеву терапію. Оперативне втручання при печеристих гемангіомах дає хороші результати при невеликих пухлинах. При великих ангіомах, які займають декілька анатомічних ділянок і вражають різні тканини, хірургічне втручання проводять з косметичною метою, по можливості відновлюючи симетрію обличчя. Деякі хірурги з успіхом використовують запропонований Н. Н. Петровим спосіб прошивання пухлини, поєднуючи його із введенням склерозуючих розчинів. Можливе застосування кріодеструкції. Особливо тяжко піддаються лікуванню гіллясті гемангіоми. Радикальне видалення пухлини, як правило, неможливе. Перев'язування судин дає тимчасовий ефект. У випадках, коли виникають кровотечі, таким хворим необхідно надавати активне хірургічне лікування з використанням гемостатичних засобів. Широке розкриття порожнин, тампонаж їх гемостатичними препаратами, м'язовими клаптями, переливання під час операції і після неї консервованої крові, а також застосування антибіотиків можуть забезпечити сприятливий результат.

Лімфангіома (lymphangioma). Строма пухлини складається з розрослої сполучної тканини і скупчення розширених лімфатичних судин. Лімфангіоми поділяють на прості, кавернозні і кістоподібні. При огляді хворого ці пухлини зовні нагадують місцевий набряк. При пальпації вони зникають. Інколи лімфангіома являє собою обмежену вузлову пухлину. Рідше разом з пухлиною має місце дифузне збільшення тієї чи іншої частини обличчя, язика, щоки або губи. Діагностика дифузних пухлин не викликає утруднень. Глибоко розташовані кістоподібні пухлини необхідно відрізнити від ліпом і ангіом. Лікування. При невеликих пухлинах показане повне їх видалення. Лімфангіоми великих розмірів видаляють частково. Проводять клиновидне видалення з наступним ушиванням рани. Рекомендується, як і при гемангіомі, накладання швів з кетгуту.

Пігментна пляма (naevus pigmentosus). Складається із вузликових скупчень особливих клітин, які містять пігмент. На думку А. І. Абрикосова, є пороком розвитку шкіри. На обличчі зустрічаються у вигляді плоских або бугристих розростань темно-коричневого або бурого кольору, інколи вкритих волоссям. Величина пухлини може бути різною, поступово по мірі росту організму, пляма збільшується. Розпізнавання не викликає утруднень. Деякі види пігментних плям можуть набувати злоякісного росту з дуже несприятливим прогнозом.

Епуліс (epulis). Назва «епуліс» має чисто топографічне значення. Серед можливих пухлиноподібних розростань в ділянці ясна слід виділити ті, які розвиваються із глибоких тканин альвеолярного відростка — періосту альвеолярного відростка або періодонтальних тканин. Епуліс зустрічається частіше у жінок і розвивається головним чином у 30–40-річному віці. Переважна локалізація — ділянка малих кореневих зубів, іклів, різців. Розташовуючись на ясні у вигляді то невеликих, то доволі значних утворень, епуліси відрізняються за кольором (коричневі, червоні відтінки) від інших відділів слизової оболонки. Основа епулісі у вигляді ніжки іде в глибину тканин, зміщуючи прилеглі зуби. За гістологічною будовою розрізняють гігантоклітинний та фіброзний епуліс. Діагностика проводиться на основі даних клінічного і рентгенологічного обстеження. На рентгенограмі виявляються вогнища деструкції в ділянці альвеолярного відростка і порушення

розташування прилеглих зубів. Лікування хірургічне. Під місцевим знеболенням проводять часткову резекцію альвеолярного відростка (ясна, кістка, періодонт) із збереженням прилеглих зубів або резекцію частини альвеолярного відростка з видаленням близько розташованого зуба або декількох зубів. При рецидиві епулісу навіть після однієї операції показана резекція альвеолярного відростка з видаленням прилеглих зубів.

Злоякісні новоутворення обличчя і щелеп Серед злоякісних пухлин обличчя, органів ротової порожнини та щелепних кісток найчастіше зустрічаються ракові утворення, що виникають з епітелію слизової оболонки, яка, покриваючи несхожі за конфігурацією органи, в ділянці їх розташування характеризується топографічно різним морфологічним, гістоморфологічним і гістохімічним характером. Епітелій язика, дна ротової порожнини, глотки являє собою покривну тканину ектоендодермального походження. У зв'язку з тим, що цей епітелій походить із особливої закладки, яка акумулює властивості екто- і ендодерми, покривні тканини ротової порожнини розглядають, як особливо вразливі при несприятливих впливах у період ембріогенезу. До 75–80% раку ротової порожнини припадає на язик, дно ротової порожнини, слизову оболонку щоки, альвеолярного відростка нижньої щелепи, ретромолярної зони та ділянки передньої піднебінної дужки. В 20–25% випадків раку ротової порожнини спостерігаються злоякісні пухлини слизової оболонки твердого піднебіння, альвеолярного відростка верхньої щелепи та різних відділів м'якого піднебіння. Сюди ж потрібно віднести (за локалізацією) і ті випадки, коли ракова пухлина верхньої щелепи виникає із малігнізованої слизової оболонки гайморової порожнини, а також дуже рідкі спостереження вторинного ураження верхньощелепної кістки при запущеному раку шкіри підорбітальної ділянки або слизової оболонки носа. Крім вказаних локалізацій, зустрічається також рак шкіри щелепно-лицевої ділянки. При цьому первинно можуть уражатися шкірні покриви волосистої частини голови, шкіра підорбітальної ділянки і крил носа, нижньої третини обличчя та ін.

На сьогодні добре відомо, що раку взагалі, в тому числі і виникненню злоякісних новоутворень даної анатомічної ділянки передують передпухлинні зміни відповідних покривних тканин. Походження та особливості цих передпухлинних змін слизової оболонки ротової порожнини та шкіри обличчя, які нерідко набувають характеру конкретного захворювання (мікротріщина, вогнище хронічного запалення, тривало незагоєна виразка, що виникла на фоні хронічної травми, лейкокератоз, кератоакантоз та ін.), безпосередньо пов'язані із рядом факторів енто- і екзогенного характеру. Вік відіграє виключно велику роль як у виникненні передпухлинних станів, так і в їх переході в рак. В більшості випадків передракові захворювання слизової оболонки ротової порожнини виникають у віці від 40 до 70 років. У цьому віковому періоді передракові зміни слизової оболонки органів і тканин ротової порожнини внаслідок зниження імунологічно обумовленої резистентності зустрічаються приблизно у 73% осіб, що звертаються за допомогою до спеціаліста.

Передпухлинні захворювання уражають також покриви волосистої частини голови, обличчя. Оскільки для старіння організму характерні зменшення мітотичного індексу і дезорганізація регенеративних процесів, у осіб похилого віку настає атрофія і неспроможність тканинних структур. Звичайно рак шкіри обличчя, слизової оболонки ротової порожнини — це хвороба похилого і другого періоду зрілого віку, частіше зустрічається у чоловіків. До числа факторів, що обумовлюють більш частий розвиток передпухлинних станів, а також раку органів і тканин ротової порожнини у чоловіків, можна віднести ряд властивих їм шкідливих звичок (куріння, вживання міцних алкогольних напоїв). В основу профілактики раку цих локалізацій повинен бути покладений принцип виключення або нівелювання ряду канцерогенних факторів, які піддаються корекції. Сюди входять заходи з оздоровлення оточуючого середовища, своєчасна терапія соматичних захворювань, гігієна ротової порожнини, спрямована на попередження розвитку передпухлинних станів і т.п., а також обов'язкова диспансеризація різних груп населення з підвищеним ризиком захворювання.

Діагностика злоякісних новоутворень. З метою діагностики злоякісних пухлин обличчя, ротової порожнини та кісток щелепи використовують способи, які можна розділити на загальні, місцеві та спеціальні. Загальні способи. При загальному обстеженні хворого особливу увагу звертають на скарги, анамнез vitae та morbi, виявляють професійні шкідливості і шкідливі звички. Місцеві способи. При пальпаторному обстеженні органів обличчя і ротової порожнини порівнюють колір та тургор тканин симетричних органів і тканин на хворій і здоровій стороні. Звертають увагу на виявлення можливої деформації органів і пов'язаної з цим асиметрії обличчя. При огляді ротової порожнини доцільно користуватися спеціальним пристосуванням для достатнього освітлення — лобним рефлектором, бінокулярною лупою та ін. Це необхідно при ретельному обстеженні слизової оболонки ротової порожнини, в тому числі язика, дна ротової порожнини, оральної поверхні щік, устя вивідних протоків великих слинних залоз, слизової оболонки твердого та м'якого піднебіння, передсінку ротової порожнини, альвеолярних відростків щелеп. Слід звернути увагу на інфільтрати, виразки, свищі, ділянки лейко- та дискератозу, кератоакантозу і т.д. Під час огляду визначають локалізацію патологічного процесу, його величину. Пальпацію слід виконувати безболісно, не викликаючи напруження відповідних м'язів, оскільки воно може маскувати справжні межі пухлини. Дуже важливо визначити розміри інфільтрату навколо виразкового дефекту, щільність і ступінь болочості новоутворення, можливість його зміщення по відношенню до оточуючих тканин, вираженість кровоточивості тканин у зоні розташування пухлинного вогнища. Крім того, необхідно звернути увагу на конфігурацію виразки, стан тканин її дна та країв, наявність граничного інфільтраційного валу, характер вмісту і т. п.

Дуже цінними діагностичними ознаками є рухомість зубів, не пов'язана з пародонтозом та іншими захворюваннями зубощелепних тканин, які характеризуються переважанням атрофії та запалення, наявністю свищів на беззубих ділянках альвеолярних відростків. При огляді хворого з підозрою на пухлину нижньої щелепи слід виключити крім деформації її тіла або гілки, наявність патологічного перелому. При підозрі на новоутворення верхньої щелепи звертають увагу на наявність або відсутність асиметрії обличчя за рахунок її деформації. Наявність чи відсутність деформації альвеолярного відростку і твердого піднебіння або тканин ділянки нижньоорбітального краю, зміна форми і розмірів очної щілини на стороні ураження. На хворій і здоровій стороні перевіряють вираженість носового дихання.

Обстеження регіонарних лімфатичних вузлів. Оцінюють стан органів і тканин шиї, особливо регіонарних лімфатичних вузлів. При ураженні метастазами ці вузли збільшені, більш або менш рухомі, що враховують при визначенні стадії захворювання. Поява регіонарних метастазів раку відповідно у верхній та середній третинах бокової поверхні шиї, а також підщелепної ділянки на стороні розташування первинної пухлини найчастіше відмічається при раку язика, дна ротової порожнини, бокових відділів нижньої щелепи, при раку верхньої щелепи. До числа найбільш частих уражень регіонарних лімфатичних вузлів відноситься розташований на межі верхньої і середньої третин бокової поверхні шиї n.jugulodigasticus. Цей вузол прилягає до стінок загальної сонної артерії та внутрішньої яремної вени. Крім того, метастазами можуть уражатися вузли нижньої третини бокової поверхні шиї, надключичної ділянки. Повинна проводитись пальпація всієї поверхні шиї від сосковидного відростка до ключиці. Особливо вздовж переднього та заднього країв грудинно-ключично-сосковидного м'язу, підключичної і позаключичної ділянки. Слід пам'ятати, що можливе метастазування в лімфатичні вузли протилежної сторони, особливо при раку органів і тканин ротової порожнини. Під час пальпації слід нахилити голову хворого у досліджуваній бік за допомогою руки. При цьому досягається розслаблення шийних м'язів відповідної сторони. Нахил голови вперед і назад також сприяє скороченню або розслабленню різних груп м'язів, що також покращує умови пальпації та виявлення вузлів, підозрілих на ураження метастазами. Пункційна біопсія проводиться звичайно за

допомогою голок спеціальної конструкції для біопсії, які дозволяють отримати «стовпчик» тканини. Після введення голки в пухлину і обертання мандрена, на кінці якого знаходяться гострі ножі або інша підтинаюча тканини конструкція, голку виймають і біоптовану тканину досліджують цитологічно або гістологічно.

Рентгенографія кісток лицевого черепа виконується за загальними правилами. Іноді краніографії в прямій і боковій проекції достатньо, щоб вирішити питання про наявність злоякісної пухлини та межі її поширення. Для уточнення змін стінок гайморової пазухи та нижньоорбітального краю проводять рентгенографію в носопідборідковій аксіальній та напіваксіальній проекціях. Для більш детального дослідження верхньої щелепи може бути рекомендована оральна рентгенографія, яка проводиться і при дослідженні альвеолярного відростка нижньої щелепи. З метою виявлення злоякісного новоутворення нижньощелепної кістки виконується рентгенографія в передній, боковій та аксіальній проекціях. У хворих на рак язика, дна ротової порожнини, щоки, ретромолярної ділянки, ділянки передньої дужки, твердого та м'якого піднебіння, шкіри обличчя краніографія є також одним із обов'язкових методів дослідження, оскільки тільки візуальне обстеження пацієнта нерідко не дозволяє визначити справжні границі злоякісного росту, а тим самим — і можливий обсяг оперативного втручання.

Рентгенографічне обстеження органів грудної порожнини здійснюється з метою виключення супутнього туберкульозу легень та метастазів раку органів грудної клітини, для оцінки функціонального стану трахеобронхіального дерева та легень. Реакція Вассермана.

Незважаючи на великі соціальні перетворення нашого суспільства, сифіліс і надалі залишається одним із розповсюджених захворювань з переважним виявленням у ротовій порожнині, з яким доводиться зустрічатися стоматологу. Тому з метою диференційної діагностики при підозрі на рак ротової порожнини хворому необхідно провести реакцію Вассермана.

7.МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

1. Яка із перчислених пухлин слинних залоз особливо злоякісна, швидко росте, викликає ранній параліч мімічних м'язів?

- A. Мономорфна аденома.
- B. Поліморфна аденома.
- C. Аденокістозна карцинома.
- D. Аденокарцинома.
- E. Мукоепідермоїдна пухлина.

2. Хворий М., 63р., звернувся до стоматолога зі скаргами на наявність болючої виразки на нижній губі, яка має неправильну кратероподібну форму, вивернені краї, оточена дерев'янистим інфільтратом. Діагностовано рак червоної облямівки губи. Яке із захворювань є облігатним для виникнення раку цієї локалізації?

- A. Плоска лейкоплакія.
- B. Хейліт Манганотті.
- C. Веррукозна лейкоплакія.
- D. Кератоакантома.
- E. Післяпроменевий хейліт.

3. У хворого виявлено на слизівці нижньої губи напівпрозоре округле безболісне вип'ячування діаметром 1 см еластичної консистенції, яке двічі зникало, а потім утворювалося знову. Про яке захворювання можна думати?

- A. Ліпома.
- B. Гемангіома.

- С. Лімфангіома.
- Д. Ретенційна кіста.
- Е. Фіброма.

4. До хірурга-стоматолога звернувся хворий 57 р. зі скаргою на асиметрію обличчя. Об'єктивно: в ділянці білявушної слинної залози виявлено безболісну, рухому, округлої форми з горбистою поверхнею пухлину щільно-еластичної консистенції. Пухлина має тенденцію до повільного збільшення. Який метод додаткового обстеження найбільш раціонально провести?

- А. Цитологічне дослідження слини.
- В. Пункційну біопсію.
- С. Інцизійну біопсію.
- Д. Аспіраційну біопсію.
- Е. Рентгенологічне дослідження.

5. У хворої А., після операції з приводу видалення змішаної пухлини привушної слинної залози виник парез м'язів обличчя на боці хірургічного втручання. Яка причина цього патологічного стану?

- А. Травмування під час операції лицевого нерва.
- В. Травмування під час операції вушно-скроневого нерва.
- С. Пошкодження поверхневої скроневої артерії.
- Д. Пошкодження поперечної артерії лица.
- Е. Травмування під час операції великого вушного нерва.

8. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Рибалов О. В., Скікевич М. Г. Основи стоматології. Підручник.. – Вінниця: НОВА КНИГА, 2006. – 232с.
2. Черкашин С.І. «Основи стоматології і щелепно-лицевої хірургії», 2003. – 308 с. 3. Бажанов Н.Н. Стоматология: Учебник., 6-е изд, перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 304 с.

Додаткова література:

1. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А. Тимофеев – К.: Червона Рута – Турс, 2004. – 1000 с.
2. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. -М.: Медицина, 2001. -688 с.

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО

«Затверджено»
на засіданні кафедри
хірургічної стоматології та
щелепно-лицевої хірургії

Завідувач кафедри
д. мед. н., проф. Варес Я. Е.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

Навчальна дисципліна	Основи стоматології
Змістовий модуль №	1
Тема заняття	Тема № 4. «Травматична хвороба при пошкодженнях щелепно-лицевої ділянки: класифікація, патогенез, прогноз, перебіг, особливості лікування, наслідки хвороби.»
Курс	III
Факультет	Медичний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

За статистичними даними частота травматичних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки сягає до 8% від всіх травматичних пошкоджень організму людини у мирний час. Як і кожна травма, пошкодження щелепно-лицевої ділянки вимагає надання невідкладної медичної допомоги. Анатомо-функціональні особливості, а особливо, безпосередня близькість життєво важливих органів, вносить значну специфіку в надання цієї допомоги та вимагає необхідних знань та вмій у лікарів усіх спеціальностей.

2. НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ ЗАНЯТТЯ:

➤ фахові компетентності:

1. Збирання медичної інформації про стан пацієнта.
2. Оцінювання результатів лабораторних та інструментальних досліджень.
3. Встановлення клінічного діагнозу стоматологічного захворювання.
4. Діагностування невідкладних станів.
5. Визначення характеру та принципів лікування стоматологічних захворювань.
6. Визначення необхідного режиму праці та відпочинку, дієти при лікуванні стоматологічних захворювань.
7. Визначення тактики ведення стоматологічного хворого при соматичній патології.
8. Виконання медичних та стоматологічних маніпуляцій.
9. Проведення лікування основних стоматологічних захворювань.
10. Визначення тактики та надання екстреної медичної допомоги.
11. Організація та проведення стоматологічної диспансеризації осіб, що підлягають диспансерному нагляду.
12. Ведення медичної документації.
13. Опрацювання державної, соціальної та медичної інформації.

➤ загальні компетентності:

1. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу; здатність вчитися і бути сучасно навченим.
2. Знання та розуміння предметної області та розуміння професії.
3. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.
4. Здатність спілкуватися державною мовою як усно, так і письмово; здатність спілкуватись другою мовою.
5. Навички використання інформаційних і комунікаційних технологій.
6. Здатність до пошуку, опрацювання та аналізу інформації з різних джерел.
7. Здатність до адаптації та дії в новій ситуації; здатність працювати автономно.
8. Вміння виявляти, ставити та вирішувати проблеми.
9. Здатність до вибору стратегії спілкування.
10. Здатність працювати в команді.
11. Навички міжособистісної взаємодії.
12. Здатність діяти на основі етичних міркувань (мотивів).
13. Навики здійснення безпечної діяльності.
14. Здатність оцінювати та забезпечувати якість виконуваних робіт.
15. Здатність діяти соціально відповідально та громадянсько свідомо.

3. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 3.1. Ознайомитись із клінікою та принципами діагностики травматичних ушкоджень ЩЛД.
- 3.2. Ознайомитись із основними методами лікування травматичних ушкоджень ЩЛД.
- 3.3. Вивчити взаємний вплив травматичних ушкоджень та загальносоматичних порушень, що їх супроводжують.

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

Назва дисципліни	Отримані навички
1. Нормальна анатомія.	Особливості будови організму та окремих його органів і систем.
2. Топографічна анатомія.	Принципи взаєморозташування органів і систем організму.
3. Пропедевтика внутрішніх хвороб.	Провести загальне обстеження хворого. Скласти план комплексного обстеження пацієнтів із супутньою патологією.

5. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ.

5.1. Теоретичні питання до заняття:

1. Травматична хвороба: патогенез, клініка, принципи лікування, ускладнення. Ускладнення пошкоджень щелепно-лицевої ділянки (шок, асфіксія, кровотеча та ін.).
2. Харчування та догляд за хворими з травмою ЩЛД.
3. Характерні особливості пошкоджень ЩЛД.
4. Класифікація пошкоджень ЩЛД.
5. Перша допомога при травмі лицевих кісток. Долікарська, перша лікарська, кваліфікована і спеціалізована допомога.
6. Клінічне тлумачення і діагностичне значення результатів лабораторних аналізів.

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

1. Проводити опитування та обстеження пацієнтів із травматичними ушкодженнями ЩЛД.
2. Опанування навичками надання медичної допомоги пацієнтам із травматичними ушкодженнями ЩЛД.
3. Опанування навичками трактування даних рентгенограм, даних КТ, МРТ черепа при травматичних ушкодженнях ЩЛД.
4. Опанування навичками трактування показників біохімічного аналізу крові при травматичних ушкодженнях ЩЛД.
5. Опанування навичками трактування показників функції зовнішнього дихання при травматичних ушкодженнях ЩЛД.
6. Опанування навичками аналізування показників лабораторних досліджень (загальний аналіз крові, загальний білок і білкові фракції, коагулограма) при травматичних ушкодженнях ЩЛД.
7. Опанування навичками надання медичної допомоги при зовнішній кровотечі з тканин щелепно-лицевої ділянки.

6. ЗМІСТ ТЕМИ:

Травматична хвороба – симптомокомплекс травмованих хворих з важкими, множинними пошкодженнями; це патологічний процес, зумовлений важкою шокогенною механічною травмою, в якому послідовна зміна ключових факторів патогенезу визначає закономірну послідовність періодів клінічного перебігу. Поняття про травматичну хворобу формувалось на базі вчення про травматичний шок. У основі травматичної хвороби лежить захисно-рефлекторна реакція організму, насамперед ЦНС, ендокринної та інших систем на дію травматичного агента, нервові імпульси та всмоктування продуктів розпаду тканин з вогнища пошкодження, крововтрату.

Клінічна симптоматика та перебіг травматичної хвороби залежить від локалізації, характеру та тяжкості ушкодження. У клінічному перебігу травматичної хвороби виділяють

періоди: Період шоку – період гострих функціональних і системних розладів, які зумовлені важкою травмою, тривалість 12-48 годин. Ранній післяшоковий період – період загрози виникнення органної та поліорганної недостатності – тривалість 3-7 діб після травми. Період інфекційних ускладнень або великого ризику їх розвитку (період вторинного імунодефіциту) – тривалість 1 тиждень – до 1 місяця. Період реконвалесценції – тривалість від декількох тижнів до декількох місяців.

А.В.Каплан відокремлює такі періоди травматичної хвороби: I – період травматичного шоку та кровотечі; II – період розпалу змін гомеостазу (загальних змін разом з патоморфологічними змінами пошкоджених тканин); III – період реконвалесценції з розвитком умов для репаративного процесу пошкоджених тканин та органів.

Патогенез травматичної хвороби зумовлений взаємодією травматичного агенту з тканинами організму, унаслідок чого виникає їх ушкодження, яке впливає на різні системи організму, при цьому основні ланки патогенезу включають у себе крововтрату (різного об'єму, швидкості), специфічні розлади функцій ушкоджених органів, гіпоксію, токсемію та больовий синдром. Як наслідок виникає моно- або поліорганна недостатність. При травмі реакції ушкодження змінюються реакціями захисту – стрес, або загальний адаптаційний синдром у відповідь на травму. розрізняють дві фази обміну речовин після травми: катаболічна – триває 2-4 дні, характеризується руйнуванням, втратою білків, що спрямоване на зменшення ушкоджень структур і збереження основних функцій організму; анаболічна фаза – триває 1-2 тижні і більше, для неї притаманне відновлення ушкоджених структур та органів і відновлення їхньої функції.

Первинні зміни виникають внаслідок безпосереднього анатомічного ураження органа. По мірі зростання сили травмуючого ефекту зростає тяжкість первинних змін. Наприклад забій, розрив, струс. Протягом перебігу травматичної хвороби первинні зміни трансформуються внаслідок виникнення запальних і дистрофічних процесів. Виникають —вторинні зміни внаслідок розповсюдження раневої інфекції, токсинів, виникнення тромбоемболій та ін.

У патогенезі травматичної хвороби неможливо обійти мовчанням концепцію поліорганної недостатності, так як в результаті гине абсолютна більшість потерпілих. Поліорганна недостатність визначається як важкий загальнопатологічний стан організму, який виникає при прогресуванні критичного стану і проявляється функціональною неспроможністю двох і більше життєво важливих органів і систем.

Перебіг і клінічні прояви травматичної хвороби. Перші 2 доби травматичної хвороби (перший період) характеризуються різким больовим синдромом, хворий різко блідніє, пітніє, адинамічний (можливе збудження), внаслідок крововтрати різко падає АТ, прискорюється та слабіє пульс, тони серця глухі, задишка, олігурія. Це все характерно для шоку. Головною причиною смерті поранених є декомпесований і незворотній травматичний шок, гостра кровотеча, безпосередні ураження життєво важливих органів. Звертає на себе увагу невідповідність тяжкості шоку до характеру наявних ушкоджень та його резистентність до комплексної інтенсивної терапії. В наступні дні разом зі зниженням АТ, тахікардією та задишкою спостерігаються симптоми лихоманки ($t 380 - 390C$) та зміни картини крові: лейкоцитоз з нейтрофіліозом, лейкоцитарна формула здвигнута вліво, прискорення ШОЕ. Це другий період травматичної хвороби (ранній післяшоковий період). Збільшується небезпека розвитку важких функціональних розладнань. Стан потерпілих з політравмою протягом першого тижня післяшовкового періоду звичайно характеризується розвитком поліорганної недостатності. З 3-5 доби травматичного періоду загрозу для життя являють: дихальна недостатність, що прогресує (по типу респіраторного дістрес-синдрому); коагулопатичні розладнання з переходом у синдром дисимінованого внутрішньосудинного згортання (ДВЗ) крові; жирова емболія; нирково-печінкова недостатність; серцева недостатність з розладнанням центральної гемодинаміки; наслідки раннього посттравматичного ендотоксикозу. З 5-7 дня травматичної хвороби вирішальним елементом

стають прояви розповсюдження і загрози генералізації раневої інфекції. При цьому проходить зміна локалізації домінуючої раневої інфекції. Спочатку це місцевий процес – розвивається нагноєння у зоні поширеного руйнування м'яких тканин, а потім на передній план виходить важка пневмонія або утворюються абсцеси у черевній порожнині. Нерідко ситуація розвивається у зворотному порядку.

Гнійно-септичні ускладнення є головною причиною смерті потерпілих з політравмою у III періоді травматичної хвороби і становлять в структурі летальності 75%. При їх виникненні практично нівелюються досягнення реанімації, інтенсивної терапії, результати операцій. Під раневою інфекцією у цьому періоді розуміють не тільки інфекційно-запальний процес у рані, а й розвиток раневого сепсису. В подальшому при сприятливому перебігу травматичної хвороби спостерігається регрес симптомів та настає реконвалесценція (останній період травматичної хвороби).

У багатьох хворих на етапі переходу до одужання спостерігаються: значний дефіцит маси тіла, затримка репаративних процесів, астенізація, зниження резистентності до будь-яких несприятливих зовнішніх впливів. На цьому етапі яскраво проявляються і загострюються фонові хронічні захворювання і функціональна недостатність різних органів і систем.

Принципи лікування травматичної хвороби. В діагностиці та лікуванні травматичної хвороби приймає участь бригада лікарів: травматологи, реаніматологи, спеціалізовані хірурги (абдомінальні, торакальні, щелепно-лицеві, ангіо– та нейрохірурги, ЛОР- та офтальмологи). В лікуванні постраждалого в стані травматичної хвороби використовується принцип лікування поліорганної недостатності з основним впливом на найбільш постраждалий орган або систему органів та тканин.

Програма лікування містить комплекс інтенсивної протишокової терапії з певною послідовністю виконання хірургічної корекції уражень. Виділяють основні принципи лікування потерпілих: – найбільш ранній початок інфузійної терапії, що попереджує заглиблення шокового стану, гіпоксії та ацидозу. З метою відновлення мікроциркуляторної перфузії тканин і усунення розладнань гемостазу використовують реологічне активні середовища: сольові розчини, реополігнокін, реогноман. Колоїдні і кристалоїдні плазмозаміщувачі сприяють відновленню об'єму циркулюючої крові та відновленню мікроциркуляторної перфузії. По можливості рано приступають до відшкодування об'єму крові і плазмовтрати (еритроцитарна маса, свіжа кров, свіжа нативна плазма та ін); – швидка евакуація поранених у спеціалізовані медичні заклади хірургічного профілю (шпитальна база фронту); – виконання екстрених хірургічних втручань в єдиному комплексі протишовкових мір.

У загальному плані хірургічне лікування політравми складається з: невідкладних операцій, спрямованих на усунення прямої загрози життя (механічна асфіксія, зупинка кровотеч і ін.), які виконують на фоні інтенсивних протишовкових і реанімаційних заходів; ранніх відстрочених операцій, які спрямовані на усунення причин розвитку небезпечних для життя ускладнень (після виведення пацієнта з травматичного шоку на 2-3 добу післяшокового періоду); відстрочених операцій другої черги.

Всі оперативні втручання, які спрямовані на усунення синдрому взаємного обтяження уражень, необхідно закінчити протягом перших 2-3 діб; – виконання ранніх відстрочених операцій відразу після виведення поранених з шоку на фоні набутої відносної стабілізації гемодинаміки. Мета цього етапу – усунення синдрому взаємного обтяження уражень; – закріплення процесу довготривалої компенсації. Надзвичайно енергоємні механізми невідкладної компенсації при розвитку травматичної хвороби виснажуються до кінця 2-3 доби, а збережений біоенергетичний потенціал поступово перемикається на довготривалу (стійку) компенсацію; – призначення превентивної багатокомпонентної антибактеріальної терапії у ранньому післяшоковому періоді; 12 – прогнозування і профілактичне лікування ускладнень на підставі ключових патогенетичних механізмів кожного періоду травматичної

хвороби.

7. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

1. Оберіть специфічні ознаки травматичної хвороби:

- A. Раптовість початку, наявність причинного фактору та морфологічного субстрату (ушкоджений орган або тканина).
- B. Раптовість початку, відсутність латентного періоду, порушення функції жування.
- C. Травматичний шок, масивна крововтрата.
- D. геморагічний шок, виражений больовий синдром.
- E. Раптовість початку, відсутність латентного періоду, наявність причинного фактору та морфологічного субстрату (ушкоджений орган або тканина), виражений больовий синдром, поліорганна недостатність.

2. Оберіть неспецифічні ознаки травматичної хвороби:

- A. Травматичний шок, стрес.
- B. Геморагічний шок, наявність асептичного або гнійного запалення.
- C. Гарячка, біль, загальне нездужання, фізична та емоційна слабкість, втрата працездатності.
- D. Наявність періодів перебігу – початковий, розпалу та завершення (одужання або загибель).
- E. Усі відповіді правильні.

3. У хворого П., 22 р., із двостороннім ментальним переломом нижньої щелепи спостерігається типове зміщення фрагментів. Що зумовлює зміщення центрального фрагменту донизу?

- A. Тяга м'язів супрагіоїдної групи.
- B. Тяга криловидних м'язів.
- C. Тяга жувального і скроневого м'язів.
- D. Тяга мімічних м'язів.
- E. Власна вага нижньої щелепи.

4. Стоматологом сільської лікарської амбулаторії діагностовано травматичний відкритий перелом кута нижньої щелепи зліва із зміщенням відламків. Який із перерахованих засобів необхідно застосувати для тимчасової (транспортної) іммобілізації фрагментів.

- A. Стандартна шина-праща.
- B. Індивідуальні назубні шини.
- C. Стандартні назубні шини.
- D. Наясенні шини.
- E. Зубонаясенні шини.

5. Що належить до ранніх ускладнень при травмі щелепно-лицевої ділянки:

- A. Травматичний шок.
- B. Травматичний остеомієліт.
- C. Вторинна кровотеча.
- D. Слинні нориці.
- E. Травматичний гайморит.

8. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

- 1.Рибалов О. В., Скікевич М. Г. Основи стоматології. Підручник.. – Вінниця: НОВА КНИГА, 2006. – 232 с.
2. Черкашин С.І. «Основи стоматології і щелепно-лицевої хірургії», 2003. – 308с.
3. Бажанов Н.Н. Стоматология: Учебник., 6-е изд, перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 304 с.

Додаткова література:

1. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А. Тимофеев – К.: Червона Рута – Турс, 2004. – 1000 с.
2. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. -М.: Медицина, 2001. -688 с.

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО

«Затверджено»
на засіданні кафедри
хірургічної стоматології та
щелепно-лицевої хірургії

Завідувач кафедри
д. мед. н., проф. Варес Я. Е.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

Навчальна дисципліна	Основи стоматології
Змістовий модуль №	1
Тема заняття	Тема № 5. «Фактори, що впливають на виникнення вроджених вад зубів та обличчя.»
Курс	III
Факультет	Медичний

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Вади розвитку щелепно-лицевої ділянки посідають 3-тє місце серед інших вроджених вад. 70% з них складають вроджені незрощення верхньої губи та піднебіння, а 30% — різні форми краніосиностозів та черепно-лицевих дизостозів. При вроджених та набутих дефектах щелепно-лицевої ділянки виникають важкі анатомічні та функціональні порушення. Такі зміни в організмі зумовлюють потребу надання кваліфікованої медичної допомоги, застосування найсучасніших методів хірургічного лікування, ранньої медико-соціальної реабілітації, що дає можливість повернути людині радість повноцінного життя.

2. НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ ЗАНЯТТЯ:

➤ фахові компетентності:

1. Збирання медичної інформації про стан пацієнта.
2. Оцінювання результатів лабораторних та інструментальних досліджень.
3. Встановлення клінічного діагнозу стоматологічного захворювання.
4. Діагностування невідкладних станів.
5. Визначення характеру та принципів лікування стоматологічних захворювань.
6. Визначення тактики ведення стоматологічного хворого при соматичній патології.
7. Виконання медичних та стоматологічних маніпуляцій.
8. Проведення лікування основних стоматологічних захворювань.
9. Визначення тактики та надання екстреної медичної допомоги.
10. Організація та проведення стоматологічної диспансеризації осіб, що підлягають диспансерному нагляду.
11. Ведення медичної документації.
12. Опрацювання державної, соціальної та медичної інформації.

➤ загальні компетентності:

1. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу; здатність вчитися і бути сучасно навченим.
2. Знання та розуміння предметної області та розуміння професії.
3. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.
4. Здатність спілкуватися державною мовою як усно, так і письмово; здатність спілкуватись другою мовою.
5. Навички використання інформаційних і комунікаційних технологій.
6. Здатність до пошуку, опрацювання та аналізу інформації з різних джерел.
7. Здатність до адаптації та дії в новій ситуації; здатність працювати автономно.
8. Вміння виявляти, ставити та вирішувати проблеми.
9. Здатність до вибору стратегії спілкування.
10. Здатність працювати в команді.
11. Навички міжособистісної взаємодії.
12. Здатність діяти на основі етичних міркувань (мотивів).
13. Навики здійснення безпечної діяльності.
14. Здатність оцінювати та забезпечувати якість виконуваних робіт.
15. Здатність діяти соціально відповідально та громадянсько свідомо.

3. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- 3.1. Сутність вроджених вад, зокрема – вроджених вад ЩЛД.
- 3.2. Ембріогенез ЩЛД в плані розвитку можливих патологічних порушень у вказаному процесі.
- 3.3. Розглянути статистику вроджених вад ЩЛД.

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

Назва дисципліни	Отримані навички
1. Нормальна анатомія.	Особливості будови організму та окремих його органів і систем.
2. Топографічна анатомія.	Принципи взаєморозташування органів і систем організму.
3. Гістологія .	Гістологічна будова порожнини рота . Механізм розвитку зубо-щелепної системи.

5. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ.

5.1. Теоретичні питання до заняття:

1. Вроджені незрощення верхньої губи. Етіологія, патогенез, класифікація, клініка, терміни та основні принципи лікування. Особливості догляду та харчування дітей із вказаною патологією у до- та післяопераційному періоді.
2. Вроджені незрощення твердого та м'якого піднебіння. Етіологія, патогенез, класифікація, клініка, терміни та основні принципи лікування. Особливості догляду та харчування дітей із вказаною патологією у до- та післяопераційному періоді.
3. Макро- та мікрогнатія. Етіологія, патогенез, класифікація, клініка, основні принципи лікування.
4. Макро- та мікрогенія. Етіологія, патогенез, класифікація, клініка, основні принципи лікування.
5. Аномалії прикусу у дітей. Класифікація. Ортодонтична апаратура, класифікація апаратів, терміни лікування. Профілактика.

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

1. Вміти провести об'єктивне обстеження стоматологічного пацієнта: загальний стан, огляд щелепно-лицевої ділянки та порожнини рота.
2. Вміти призначити (при необхідності) додаткові методи обстеження.
3. Вміти визначити необхідність консультативної допомоги педіатра або інших вузьких спеціалістів.
4. Вміти дати оцінку прикусу (ортогнатичний або патологічний).

6. ЗМІСТ ТЕМИ:

Вади розвитку щелепно-лицевої ділянки посідають 3-тє місце серед інших вроджених вад. 70% з них складають вроджені незрощення верхньої губи та піднебіння, а 30% – черепно-лицеві дизостози. Етіологія цих захворювань має мультифакторний характер. Проведені клініко-генеологічні дослідження показали, що у 85% хворих вади щелепнолицевої ділянки носили спорадичний характер, а у 15% – сімейний. Ці вади мають такий поділ:

1. Незрощення тканин щелепно-лицевої ділянки:

- губи;
- колобома;
- макростома;
- коміркового відростка;
- піднебіння.

2. Незрощення тканин щелепно-лицевої ділянки, поєднані з іншими вадами (синдромами).

3. Орофациальні дисплазії м'яких тканин і кісток лица.
4. Відсутність органа або його частини і (або) тканини.
5. Вади розвитку окремих органів (вушна раковина, ніс).
6. Вади розвитку вуздечок губ та язика.
7. Атрезії носових та слухових ходів, мікростоми.
8. Нориці.

Статистика. На початку ХХ ст. діти із вродженими вадами в Україні з'являлися на світ у співвідношенні 1:2000; у 1960-1970 р. – 1:1000; у 2000-2002 р. – 1:800-1:900. У більшості країн Європи нині це співвідношення становить 1:600. Тенденції до значного зниження кількості таких дітей не передбачається, оскільки екологічні, економічні, соціальні та інші умови, що впливають на здоров'я батьків і їх дітей, не поліпшуються.

Етіологія. Незрошення губи та піднебіння має поліетіологічну природу, в якій задіяні як генетичні, так і тератогенні чинники. Нині ідентифіковані гени, відповідальні за ці деформації, а саме ген-рецептор фолієвої кислоти та гени, які кодують фактор трансформації сімейного росту або рецептор ретинової кислоти. Але незважаючи на успіхи генетики у розкритті причин формування незрошення передбачити народження дитини з вадами щелепно-лицевої ділянки поки що неможливо. Виникнення цієї вади зумовлюють екзо- та ендогенні чинники.

До екзогенних слід віднести фізичні (радіоактивне випромінювання, іонізуюча радіація; механічна дія на плід – внутрішньоматковий тиск, хронічна травма, пухлини матки, підвищення температури тіла вагітної), хімічні (професійна шкідливість), біологічні (віруси грипу, епідемічного паротиту, червоної висипки; гіпоксія плода), порушення екологічної рівноваги, яке має тератогенну дію на організм плода (загазованість атмосфери, інтенсивний розвиток хімічної індустрії, наявність пестицидів у продуктах харчування).

До ендогенних чинників належать захворювання батьків (хронічні захворювання статевих органів – трихомоноз, інфекційні хвороби матері, токсоплазмоз, гіповітамінози, гіпервітамінози-А), вік матері (з віком ймовірність народження дитини з незрошенням зростає), стресові ситуації, які збільшують вірогідність формування внутрішньоутробних вад розвитку плода, шкідливі звички батьків (паління, вживання наркотиків, алкоголю), вживання фармакологічних препаратів під час вагітності тільки у перший триместр – 6-11 тижні. Усі ці чинники якоюсь мірою створюють передумови для розвитку аномалій щелепно-лицевої ділянки. У 30% дітей вроджене незрошення губи та піднебіння є спадковим.

Патогенез. За даними His, Dursy, під час генезу ембріона людини на 15-20-ту добу в головній його частині з'являються первинні ротові заглиблення, або носо-ротова ямка. Вона має п'ятикутну форму й оточена п'ятьма виступами: зверху – лобовим відростком, з боків – двома верхньощелепними та знизу – двома нижньощелепними відростками (так звана перша зяброва дуга). Вони складаються із екто- та мезодермального шарів. Тверде і м'яке піднебіння, зовнішня частина верхньої губи утворюються із верхньощелепних відростків. Лобовий відросток поділяється на внутрішньоносові, із яких утворюється середня частина верхньої губи й міжщелепна кістка із різцями. Якщо в цей період під дією якихось чинників спостерігається затримка росту лицевої ділянки, то зрощення відростків може не відбутися. Наявність вродженого незрошення верхньої губи та піднебіння з самого початку впливає на незміцнілий організм дитини.

У дітей із вродженими незрошеннями губи та піднебіння висока захворюваність, яка, за даними більшості дослідників, підвищується з віком і зумовлює несприятливий соматичний стан їх. Такі діти у 4-5 разів частіше страждають на захворювання ЛОР-органів (100 % дітей мають зниження слуху), у 25 % виявляються порушення серцевосудинної системи, у 20 % – органів зору, у 15 % – сечовивідної системи, у 10 % – опорно-рухового апарату.

7. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

1. Лікування хворих на вроджені незрощення верхньої губи та піднебіння повинно бути:
 - A. Хірургічним.
 - B. Ортодонтичним.
 - C. Хірургічним і ортодонтичним.
 - D. Хірургічним, ортодонтичним, логопедичним.
2. Як називається пластична операція усунення дефекту м'якого піднебіння?
 - A. Уранопластика.
 - B. Стафілоластика.
 - C. Стафілорафія.
 - D. Ураностафілоластика.
3. Ізольовані незрощення верхньої губи:
 - A. Супроводжуються наявністю кісткового дефекту тканин верхньої щелепи.
 - B. Не сполучаються із порожниною носа.
 - C. Сполучаються із порожниною носа.
 - D. Не супроводжуються наявністю кісткового дефекту тканин верхньої щелепи.
 - E. Є лише одnobічними.
4. Як називається пластична операція усунення дефекту твердого піднебіння?
 - A. Уранопластика.
 - B. Стафілоластика.
 - C. Стафілорафія.
 - D. Ураностафілоластика.
5. Хірургічне закриття вродженого незрощення піднебіння проводиться у віці:
 - A. До 2 міс.
 - B. 5-6 років.
 - C. Після 7 років.
 - D. До 2 років.
 - E. 6-12 міс.

8. ЛІТЕРАТУРА:

Основна література:

1. Рибалов О. В., Скікевич М. Г. Основи стоматології. Підручник.. – Вінниця: НОВА КНИГА, 2006. – 232с.
2. Черкашин С.І. «Основи стоматології і щелепно-лицевої хірургії», 2003. – 308 с.
3. Бажанов Н.Н. Стоматология: Учебник., 6-е изд, перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 304 с.

Додаткова література:

1. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А. Тимофеев – К.: Червона Рута – Турс, 2004. – 1000 с.
2. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. -М.: Медицина, 2001. -688 с.