

**Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького
Кафедра стоматології дитячого віку**

Методичні вказівки
для проведення практичних занять
з дисципліни **«Дитяча хірургічна стоматологія»**
індивідуальних профільних курсів за вибором
“Загальна стоматологія”, “Хірургічна стоматологія”,
“Терапевтична стоматологія”, “Ортопедична стоматологія”
для підготовки здобувачів вищої освіти другого (магістерського)
рівня денної форми навчання (V курс, IX-X семестр)
галузь знань 22 Охорона здоров'я
спеціальність 221 Стоматологія
(для студентів)

Львів 2023

Методичні вказівки склали:

доц. Гірчак Г.В., доц. Малко Н.В., доц. Солонько Г.М., доц. Пришко З.Р., доц. Гуменюк О.М. доц. Єфремова О.В., ас. Солина Н.М., ас. Лесіцький М.Ю.

За редакцією завідувача кафедри стоматології дитячого віку, к.мед.н.,
доц. Колесніченко О.В.

Рецензенти:

Синиця В.В. – доцент кафедри терапевтичної стоматології ЛНМУ ім. Данила Галицького

Огоновський Р.З. – професор кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії ЛНМУ ім. Данила Галицького

Методичні рекомендації обговорені та затверджені на засіданні кафедри стоматології дитячого віку (протокол № 1 від « 30» серпня 2022 р.) та на засіданні профільної методичної комісії зі стоматологічних дисциплін (протокол №4 від « 05 » грудня 2022 р.)

Відповідальний за випуск:

Проректор з навчальної роботи, доц. І.І.Солонинко

Методичні рекомендації обговорені, перезатверджені та ухвалені на засіданні кафедри стоматології дитячого віку ЛНМУ імені Данила Галицького
протокол № 1 від « 30 » серпня 2023р.

Методичні рекомендації обговорені, перезатверджені та ухвалені на засіданні кафедри стоматології дитячого віку ЛНМУ імені Данила Галицького
протокол № від « » 202 р.

Методичні рекомендації обговорені, перезатверджені та ухвалені на засіданні кафедри стоматології дитячого віку ЛНМУ імені Данила Галицького
протокол № від « » 202 р.

Методичні рекомендації обговорені, перезатверджені та ухвалені на засіданні кафедри стоматології дитячого віку ЛНМУ імені Данила Галицького
протокол № від « » 202 р.

Методичні рекомендації обговорені, перезатверджені та ухвалені на засіданні кафедри стоматології дитячого віку ЛНМУ імені Данила Галицького
протокол № від « » 202 р.

Методичні рекомендації обговорені, перезатверджені та ухвалені на засіданні кафедри стоматології дитячого віку ЛНМУ імені Данила Галицького
протокол № від « » 202 р.

СТРУКТУРА ДИСЦИПЛІНИ

з дисципліни «Дитяча хірургічна стоматологія»
індивідуального профільного курсу за вибором “Загальна стоматологія”, “Хірургічна стоматологія”, “Терапевтична стоматологія”, “Ортопедична стоматологія”

Тематичний план практичних занять з дисципліни «Дитяча хірургічна стоматологія» (Кількість годин – 24)

Дитяча хірургічна стоматологія		
V курс, IX-X семестри		
№	Тема заняття	Год.
1.	Пухлини м'яких тканин ЩЛД у дітей (гемангіома, лімфангіома, ліпома, міома, невус). Пухлиноподібні утворення м'яких тканин обличчя (епідермоїд, дермоїд, тератома, атерома). Істинні пухлини та пухлиноподібні новоутворення слинних залоз. Пухлини кісток обличчя (остеобластокластома, остеома, остеоїд-остеома). Одонтогенні новоутворення щелеп у дітей (амелобластома, одонтома, цементома). Пухлиноподібні новоутворення щелеп – кісти (фолікулярна, резидуальна, фісуральна, кісти прорізування).	6
2.	Злоякісні пухлини тканин ЩЛД у дітей. Діагностичні критерії доброякісних пухлин та пухлиноподібних новоутворень ЩЛД у дітей. Принципи лікарської тактики та реабілітації на етапах їх лікування.	6
3.	Вроджені вади розвитку ЩЛД. Незрощення верхньої губи. Незрощення піднебіння. Короткі вуздечки губ та язика. Комплексне лікування та етапи реабілітації дітей з вродженими вадами розвитку тканин ЩЛД.	6
4.	Закономірності клінічного перебігу, алгоритм діагностично - лікувальних та профілактичних заходів, вибір методу знеболення у дітей з запальними захворюваннями ЩЛД та супутніми стоматологічними захворюваннями в умовах поліклініки та стаціонару. Патогномонічні клінічні ознаки травматичних ушкоджень тканин ЩЛД у дітей. Захист історії хвороби. Підсумкове заняття. Контроль оволодіння практичними навичками	6
Всього - 24 год.		

Тематичний план самостійної роботи (Кількість годин – 21)

Дитяча хірургічна стоматологія		
V курс, IX-X семестри		
№	Тема	Год.
1.	Пухлинні процеси в щелепно-лицевій ділянці у дітей. Розподіл пухлин обличчя та щелеп у дітей відповідно до міжнародної гістологічної класифікації ВООЗ. Істинні пухлини та пухлиноподібні новоутворення слинних залоз.	2

2.	Вроджені кісти та нориці шиї. Нейрофіброматоз.	2
3.	Написати принципи профілактики онкостоматологічної патології у дітей.	2
4.	Принципи стоматологічної обачливості в стоматології дитячого віку.	2
5.	Профілактика інфікування специфічними захворюваннями (туберкульоз, сифіліс, СНІД та ВІЛ - інфекція) лікаря хірурга-стоматолога на амбулаторному прийомі та в умовах стаціонару.	2
6.	Лікування та профілактика патологічних рубців після оперативних втручань в ЩЛД у дітей.	2
7.	Описати синдроми щелепно-лицевої ділянки, які супроводжуються незрощенням верхньої губи і піднебіння.	2
8.	Скласти таблицю надання допомоги хворим з травмами щелепно-лицевої ділянки.	2
9.	Невідкладні стани у клініці дитячої хірургічної стоматології.	2
10.	Підготовка до написання історій хвороби.	3
Всього		21

Мінімальна кількість балів, яку повинен набрати студент за поточну навчальну діяльність і отримати залік 120 балів.

Максимальна кількість балів, яку може набрати студент за поточну навчальну діяльність, дорівнює 200 балів.

Регламент проведення практичного заняття.

1. Контроль СРС студента при підготовці до теми поточного практичного заняття шляхом перевірки письмового виконання студентом у Робочому зошиті відповідних завдань— **20 хвилин.**

2. Тестовий контроль (рівня $\alpha-2$) вихідного рівня знань і визначення ступеню готовності студентів до заняття - **30 хвилин.**

3. Індивідуальне усне опитування студентів, роз'яснення окремих питань теми поточного заняття, відповіді на запитання студентів – **60 хвилин.**

4. Впродовж **120 хвилин** студенти самостійно на фантомах опрацьовують певні стоматологічні маніпуляції.

5. Контроль кінцевого рівня знань студентів – **40 хвилин.** Проводиться у вигляді вирішення тестових завдань (рівня $\alpha-3$) або індивідуального усного

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ №1

ТЕМА. Пухлини м'яких тканин ЩЛД у дітей (гемангіома, лімфангіома, ліпома, міома, невус). Пухлиноподібні утворення м'яких тканин обличчя (епідермоїд, дермоїд, тератома, атерома). Істинні пухлини та пухлиноподібні новоутворення слинних залоз. Пухлини кісток обличчя (остеобластокластома, остеома, остеїд-остеома). Одонтогенні новоутворення щелеп у дітей (амелобластома, одонтома, цементома). Пухлиноподібні новоутворення щелеп – кісти (фолікулярна, резидуальна, фісуральна, кісти прорізування).

Мета: вивчити клініку, діагностику, лікування доброякісних пухлин м'яких тканин ЩЛД та ПР у дітей. Опанувати суть пухлиноподібних процесів, етіологічні особливості, ознайомитися з усіма видами пухлиноподібних утворів м'яких тканин, їх статистикою та віковими особливостями; вивчити клініку, діагностику, диференційну діагностику та лікування пухлиноподібних захворювань м'яких тканин обличчя у дітей.

Вивчити клініку, діагностику та лікування новоутворів та кіст слинних залоз у дітей у дітей. Вивчити класифікацію, клініку, діагностику та лікування остеогенних та одонтогенних пухлин щелепових кісток у дітей.

Конкретна мета. Ознайомити студентів з видами та клінікою найбільш поширених доброякісних пухлин м'яких тканин ЩЛД та ПР у дітей. Опанувати методику обстеження дітей з вказаною патологією, застосовуючи допоміжні методи діагностики. Засвоїти поняття онконастороженості. Розглянути покази до вибору способів лікування та методику його проведення при доброякісних утворах м'яких тканин ЩЛД у дітей. Навчити студентів виконувати амбулаторні операції з приводу доброякісних пухлин м'яких тканин ЩЛД та ПР у дітей.

Опанування чіткої диференціації між пухлинами та пухлиноподібними утворами в етіопатогенетичному, діагностичному, лікувальному та профілактичному аспектах, вивчення класифікацій пухлиноподібних захворювань ЩЛД та ПР у дітей. На підставі класифікації навчити формулювати діагноз у дітей з пухлиноподібними процесами в ЩЛД та ПР; навчити студентів проводити діагностику та диференційну діагностику пухлиноподібних захворювань ЩЛД та ПР у дітей. Вивчити методики хірургічного лікування цієї патології в амбулаторних умовах та ознайомити зі стаціонарним лікуванням.

Повторити зі студентами анатомічну будову та топографічну анатомію слинних залоз у дітей різного віку. Ознайомити студентів з пухлинами та пухлиноподібними новоутвореннями слинних залоз, їх класифікацією, клінікою, діагностикою та диференційною діагностикою. Розглянути принципи лікування цих захворювань. Вивчити етіологію, патогенез, клініку, діагностику, диференційну діагностику, методи лікування остеоми, остеїд-остеоми, остеобластокластоми. Вміти провести диференційну діагностику гігантоклітинного та банального епулісів. Вивчити діагностику, диференційну діагностику та методи лікування амелобластами у дітей.

Вивчити зі студентами класифікацію кіст щелеп у дітей, їх клінічну картину, методи діагностики, диференційну діагностику та тактику хірургічного лікування. Методи хірургічного лікування кіст: цистектомія та цитотомія. Розглянути особливості клінічних проявів, рентгенологічну картину та лікування кіст, що росли у верхньощелепну пазуху. Вивчити сучасні погляди про етіологію, патогенез, клініку та діагностику пухлиноподібних новоутворень кісток ЩЛД у дитячому віці. Звернути увагу на рентгенологічну картину фіброзної дисплазії. Розглянути лікування херувиму. Прогноз захворювання. Розглянути клініку, діагностику, диференційну діагностику та лікування банального епулісу.

Контроль початкового рівня знань:

1. Як проводиться клінічне обстеження ЩЛД та ПР у дітей?
2. Які додаткові методи обстеження використовуються для встановлення остаточного діагнозу при новоутворах?
3. Схема формулювання клінічного діагнозу при новоутворах ЩЛД і ПР у дітей.
4. Основні методи лікування онкозахворювань.
5. Основні засади хірургічного лікування пухлин.
6. Визначення поняття "пухлина" і "пухлиноподібний утвір".
7. Закономірності перебігу пухлиноподібних процесів у дітей.
8. Повторення основних принципів класифікації пухлинних процесів та опанування класифікації пухлиноподібних процесів.
9. Різниця між доброякісними пухлинами та пухлиноподібними утворами.
10. Можливі причини розвитку пухлиноподібних утворів м'яких тканин ЩЛД і ПР у дітей.
11. Визначення поняття "кіста".
12. Великі слинні залози, їх будова, топографія.
13. Топографія слинних протоків і їх вічок.
14. Визначення понять "пухлина" та "кіста".
15. Які є методи діагностики новоутворень слинних залоз?
16. Особливості анатомічної будови верхньої та нижньої щелеп.
17. Визначення пухлини, її патогістологічні характеристики.
18. Вказати різницю між пухлиною та пухлиноподібним новоутворенням.
19. Анатомо-фізіологічні особливості будови молочних і постійних зубів, щелепових кісток у дітей, що зумовлюють виникнення та розвиток запальних кист щелеп у дитячому віці.
20. Значення хронічних вогнищ інфекції в щелепово-лицевій ділянці у виникненні та розвитку запальних кист щелеп.
21. Дати визначення поняттю «кіста», морфологія кисти.
22. Різниця між пухлиною і пухлиноподібним захворюванням щелепової кістки.
23. Особливості анатомічної будови верхньої та нижньої щелеп.

Зміст заняття.

Пухлина – це реактивне розростання тканини, яке значно відрізняється від фізіологічного росту, тобто це патологічний прояв росту та розвитку тканини, і клітин, які зумовлені порушенням фізіологічних механізмів, регулюючих розвиток тканин, їх структуру та функцію.

Патофізіологічними ознаками пухлинного росту є:

- Атипізм розмноження – нерегульований та необмежений мітоз
- Атипізм метаболізму – зокрема синтез онкопротеїнів
- Атипізм антигенний – спрощення антигенного складу
- Атипізм морфологічний – клітинний та тканинний
- Атипізм функціональний
- Атипізм фізико-хімічний – зокрема підвищується насиченість пухлинних клітин водою, що полегшує дифузію субстратів їхнього метаболізму, і, водночас, зменшується насиченість іонами кальцію, що призводить до погіршення міжклітинної адгезії.

Доброякісні або зрілі пухлини складаються з клітин, за якими завжди можна визначити з якої тканини вони ростуть. Це так звані гомогенні пухлини. У дитячому віці пухлини ЩЛД мають наступні особливості:

Пухлини ЩЛД близькі до головного мозку та до магістральних судин та нервів голови та шиї. Ці пухлини можуть значно погіршувати процес прийняття їжі, дихання, функції ока, вуха, носа, спричиняти різні косметичні дефекти.

У дітей набагато важче, ніж у дорослих визначити шляхом морфологічного дослідження чи відносяться клітини до недозрілої, недиференційованої тканини, чи це клітини злоякісної пухлини, тому в дитячому віці не завжди можливо встановити чіткі границі між доброякісними та злоякісними пухлинами.

Характеристика доброякісних пухлин:

- Повільний експансивний ріст
- Наявність больових відчуттів під час росту
- Наявність чітких меж
- Відсутність метастазів
- Висока диференціація клітин
- Відсутній поліморфізм клітинних ядер
- Відсутня какексія

Класифікація

	Тканина	Справжні пухлини		Пухлиноподібні утвори
		Доброякісні	Злоякісні	
Сполучнотканинні	Фібозна тканина	Фіброма (м'яка, тверда), шкірний ріг, міксома	Фібросаркома	Фіброматоз ясен, банальний епулід, тератома
	Жирова тканина	Ліпома	Ліпосаркома	Ліпоматоз
	М'язова тканина	Лейоміома, рабдоміома	Лейосаркома, рабдоміосаркома	
	Кровоносні судини	Гемангіома	Ангіосаркома, ендотеліома	Системна ангіопатія Рандю-Ослера-Вебера, хвороба Стерджа-Вебера
	Лімфатичні судини	Лімфангіома	Злоякісна лімфосаркома	
	Периферійна нервова тканина	Нейрофіброма, нейрилемома	Злоякісна невринома (шваннома)	Нейрофіброматоз, невуси
	Епітеліальні	Папілома	Рак	Папіломатоз

I. Гемангіома – найрозповсюдженіша судинна пухлина, яка виникає внаслідок вади розвитку кров'яних судин. Види гемангіом:

Прості (капілярні) гемангіоми – зустрічаються найчастіше, складаються з великої кількості розширених капілярів, які заповнені кров'ю і капілярів без просвіту (через проліферацію), сполучна тканина розвинена слабо. Розташовані поверхнево, обмежені ураженням шкіри і являють собою виступаюче над нею гіпертрофовані судинні утвори з чіткими межами. Колір від яскраво – червоного до синюшного. Прості гемангіоми характеризуються інтенсивним інфільтративним ростом на поверхні шкірних покривів. Ріст в глибину майже не зустрічається.

Кавернозні гемангіоми – пухлини, які складаються з ряду порожнин, наповнених кров'ю, вистелених ендотелієм і розділених сполучнотканинними перегородками. Уражають не лише шкірні покриви а й глибокі тканини. Шкіра над ними залишається незмінною або має легку синюшність. Найчастіше вони є у підшкірній клітковині і м'язах. Локалізація: лице і шия, порушується їх конфігурація. Пухлина без чітких меж, характеризуються інтенсивним інфільтративним ростом. Кавернозні гемангіоми поділяють на дифузні та інкапсульовані. **Гілчасті (рацемозні) гемангіоми** - утворені зі скупчення звивистих судин (артерій і вен) з атиповою будовою їх стінок, стовщенням інтими. На відміну від інших гемангіом ріст дуже повільний.

Змішані гемангіоми – складаються з пухлинних клітин, які походять з судинної системи і інших тканин.

Для всіх видів гемангіом характерний **симптом спустошення – наповнення**; при натискуванні пальцями на них – зникає колір, блідне, і з часом, особливо при нахиленні голови вперед – приймає попередню форму, розміри, забарвлення.

Лікування гемангіом

1. Прості гемангіоми:

- Видалення (часткове або повне в залежності від розмірів)
- Електрокоагуляція
- Склерозування преднізолоном, дипроспаном
- Рентгенотерапія (для гемангіом типу винних плям)
- Лазеротерапія

2. Кавернозні гемангіоми:

Методика лікування вибирається в залежності від розмірів, локалізації, інтенсивності росту гемангіоми, а також соматичного стану дитини:

- Склерозування каверноми 70° розчином спирту по Бернадському
- Склерозування частин пухлини преднізолоном
- Перев'язка прихідних судин і їх емболізація
- Хірургічне (часткове або поетапне видалення після склерозування або перев'язки судин)

- Електрокоагуляція
- Електроліз
- Променева терапія

3. Гілчасті гемангіоми:

- Склерозування каверноми 70° розчином спирту по Бернадському
- Склерозування частин пухлини преднізолоном
- Перев'язка прихідних судин і їх емболізація
- Хірургічне (часткове або поетапне видалення після склерозування або перев'язки судин)

- Променева терапія

4. Змішані гемангіоми:

- Поетапне або повне видалення пухлини
- Емболізація прихідних судин, після чого на 2-3 добу – видалення змішаної гемангіоми
- Рентгенотерапія
- Склерозування з наступним видаленням
- Електрокоагуляція елементів капілярної гемангіоми

II. Лімфангіома – пухлина з лімфатичних судин. Складається з ендотеліальних клітин і сполучної основи. Пухлина дизембріогенетичного походження (найчастіше до 1 року).

Види лімфангіом:

Капілярна лімфангіома. Наявна тістоподібна припухлість м'яких тканин, згладженість природних складок. Шкіра звичайного кольору або з вираженим судинним малюнком підшкірних вен при атрофії підшкірної жирової клітковини, пальпація безболісна. *Лікування:*

- Одномоментне або поетапне видалення пухлини верхньої губи (частини язика при макроглосії)
- Електрокоагуляція гіпетрофованих сосочків язика

Кістозна лімфангіома (полікістома). Припухлість різко обмежена, може контуруватись і вибухати назовні. Шкіра звичайного кольору або з синюшним відтінком (за рахунок вмісту утвору), не спаяна зі шкірою, розтягнута. Поверхня гладка або горбкова, пальпація безболісна.

Лікування:

- Хірургічне: цистектомія і цистотомія з наступним тривалим дренажуванням порожнини (при полікістомах)
- Цистектомія при одинарних кистах
- Медикаментозне: перед операцією – корекція білкового обміну і підвищення гемоглобіну (при анемії); після операції – антибактеріальна і симптоматична терапія.

III. Фіброма – пухлина з фіброзної тканини. У дитячому віці найчастіше зустрічається від 6 до 15 років. Має кулясту форму, відмежована від сусідніх тканин, може мати широку основу або бути на ніжці. Новоутвір має гладку поверхню, покритий незміненою слизовою оболонкою, щільної консистенції, безболісний. Локалізується в ділянці м'якого піднебіння, альвеолярного відростка або в товщі язика та щік.

Диференційна діагностика: з фіброзним епулідом та з папіломою.

Лікування: видалення пухлини в межах здорових тканин

IV. Рабдоміома – пухлина з м'язової тканини. На язичі, альвеолярному відростку або м'якому піднебінні відмічається невеликих розмірів безболісна, добре відмежована від сусідніх тканин пухлина щільної консистенції.

Диференційна діагностика: з фібромом та з лімфангіомом

Лікування: видалення пухлини в межах здорових тканин

V. Пухлина Абрикосова (зернистоклітинна міобластома) – вроджена пухлина з м'язової тканини. Пухлина округлої форми (частіше на ніжці), вкрита слизовою оболонкою звичайного кольору, безболісна при пальпації, щільноеластичної консистенції.

Диференційна діагностика: з міомом (пухлина набута)

Лікування: видалення пухлини в межах здорових тканин

VI. Ліпома – пухлина зі зрілої жирової тканини. У дитячому віці найчастіше зустрічається від 3 до 10 років. Ніколи не досягає великих розмірів. У порожнині рота локалізується на спинці або кінчику язика в м'язовому або підслизовому шарі, на дні порожнини рота, над або під m.mylohyoideus, піднебінні, яснах, щоках.

Диференційна діагностика: з кістою стенозової протоки, фібромом, сифілітичною гуммою.

Лікування: видалення пухлини в межах здорових тканин

VII. Папілома. Новоутвір на тонкій ніжці, частіше округлої форми, вкрита білуватого кольору слизовою оболонкою з поверхнею, яка нагадує "цвітну капусту", м'яко-еластичної консистенції, безболісна. Типова локалізація папілом: щока, альвеолярний відросток, губа, язик, рідко – на піднебінні.

Диференційна діагностика: з фібромом, ретенційною кістою малої слинної залози, банальним епулідом.

Лікування: видалення новоутвору разом з ніжкою.

Пухлиноподібні утвори

До пухлиноподібних утворів м'яких тканин відносять: папіломатоз (сосочкова гіперплазія слизової оболонки), атерома, тератома, дермоїдна (епідермоїдна) кіста, вроджені серединні та бокові кісти та нориці шиї, нейрофіброматоз, пігментний невус.

Від справжніх пухлин пухлиноподібні утвори відрізняються наступними ознаками: З усуненням причини, яка привела до утворення пухлиноподібного утвору, його ріст припиняється, можлива його повна редукція

У пухлиноподібних утворах відсутні атиповість та поліморфізм клітин, патологічні зміни клітин нащадкам не передаються.

Не проростають в інші тканини і органи

I. Папіломатоз

II. Фіброматоз ясен

VIII. Атерома – ретенційна кіста сальної залози шкіри. У дитячому віці найчастіше зустрічається від 10 до 14 років. Бувають не лише на обличчі, а і у волосистій частині.

Трапляються як поодинокі так і множинні. Безболісний новоутвір з чіткими контурами, щільної консистенції, обмежено рухомий через спаяність зі шкірою у місці виходу вивідної протоки сальної залози. Можлива асиметрія обличчя.

Диференційна діагностика: з фібромою, дермоїдною (епідермоїдною) кістою.

Лікування: видалення новоутвору проводиться лише зі сторони шкіри з висіченням її у місці спаяності атероми зі шкірою

IX. Тератома. До тератом відносять дермоїди, епідермоїди, хондроми, вроджені кісти лица і шиї та утвори, які включають різні тканини і навіть зачатки цілих органів. Являє собою вроджений новоутвір в ділянці надбрівних дуг, переднісся, лоба, спинки носа округлої форми, м'якоеластичної консистенції, обмежено рухомі за рахунок спаяності з окістям, шкіра над ним в кольорі не змінена.

Диференційна діагностика: з дермоїдною (епідермоїдною) кістою, мозковою грижею, атеромою

Лікування: видалення новоутвору в межах здорової тканини (у випадку спаяності з окістям – видалення ділянки окістя)

X. Дермоїдна (епідермоїдна) кіста – складається з тканин різноманітних органів. Стінки складаються зі сполучної тканини, яка покрита багатошаровим плоским епітелієм – як епітелій шкіри зі салоподібним вмістом, який містить волосся, нігтеві пластинки (у випадку епідермоїдної кісти порожнина вкрита лише епідермісом, вміст більш рідкої консистенції, який включає луски кератину, кристали холестерину). Найчастіша локалізація: місця злиття і заростання ембріональних борозен і порожнин: периорбітальна, приносова ділянки, біля основи крил носа, рідше – підщелепна і ділянка дна порожнини рота. Новоутвір округлої форми, м'якоеластичної консистенції з чіткими межами, гладкою поверхнею. Шкіра над ним в кольорі не змінена, легко береться в складку.

Диференційна діагностика: з атеромою, з серединною та боковою кістою шиї, мозковими грижами цієї локалізації, пухлинами привушної слинної залози.

Лікування: видалення кісти в межах здорових тканин.

XI. Вроджені кісти та нориці обличчя та шиї.

➤ *Вроджені кісти обличчя та шиї:*

- Бокові
- Серединні
- Привушні

➤ *Вроджені нориці обличчя та шиї:*

Повні:

- Бокові (відкриваються біля краю груднинно-ключично-соскоподібного м'язу, в середній третині)
- Серединні (відкриваються на передній поверхні шиї посередині між під'язиковою кісткою і вирізкою щитоподібного хряща)

Неповні:

- Зовнішні серединні (відкриваються на передній поверхні шиї, доходять до під'язикової кістки); бокові (відкриваються на боковій поверхні шиї)
- Внутрішні серединні (відкриваються в ділянці сліпого отвору язика); бокові (проходять від під'язикової кістки, відкриваються на піднебінно – глотковій дужці біля основи піднебінних мигдалин).

1. Бокова кіста шиї.

На боковій поверхні шиї наявний кулястий безболісний обмежено рухомий утвір м'якоеластичної консистенції, з незміненою над ним шкірою, може нагноюватися. При пункції отримують жовтий прозорий слизоподібний вміст. На МРТ – порожнинний утвір, розташований близько до судиннонервового пуска шиї.

Диференційна діагностика: з хронічним неонтогенним лімфаденітом шиї, кістою підщелепної слинної залози, лімфо – та ретикулосаркомою шиї

Лікування: видалення кісти

2. Бокова нориця шиї.

По передньому краю груднинно-ключично-соскоподібного м'язу виявляється точкове втягнення в шкірі з малою кількістю слизоподібних прозорих виділень. При повній нориці шляхом зондування можна досягнути бокової стінки глотки, за допомогою контрастної фістулографії візуалізується основний і хід і його відгалуження нориці.

Диференційна діагностика: з боковими і серединними кистами шиї, мігруючою грануломою підщелепної ділянки

Лікування: висічення норицевого ходу з попереднім його фарбуванням або контрастуванням

3. Серединна кіста шиї.

На передній поверхні шиї в проекції під'язикової кістки по серединній лінії знаходиться пухлиноподібний утвір кулястої форми з чіткими контурами, незміненою над ним шкірою, яка вільно береться в складку, спаяний з під'язиковою кісткою, що виявляється при ковтанні. При УЗД діагностиці виявляється порожнинний утвір – ехогенна структура. При пункції отримують жовтий прозорий слизоподібний вміст.

Диференційна діагностика: з дермоїною кістою, хронічним неонтогенним лімфаденітом, кістою під'язикової слинної залози, атероною.

Лікування: видалення кісти в межах здорових тканин з обов'язковою резекцією фронтальної частини тіла під'язикової кістки, з якою скоріш за все сполучнотканинним тяжем зв'язана кіста.

4. Серединна нориця шиї.

На передній поверхні шиї в проекції під'язикової кістки наявне втягнення тканин з отвором, з якого виділяється слизоподібний прозорий вміст, при зондуванні норицевого ходу нерідко можна виявити, що він веде до під'язикової кістки.

Диференційна діагностика: з норицею, яка утворена внаслідок нагноєння серединної кісти

Лікування: видалення нориці з попереднім введенням в її хід фарбуючої речовини, з обов'язковою резекцією під'язикової кістки.

5. Привушні нориці.

В привушній ділянці, частіше перед або під мочкою вуха виявляються 1-3 точкових отвори, при зондуванні яких виявляється хід, який закінчується на одній із стінок зовнішнього слухового проходу. При натисканні на тканини із отворів можуть виділятися

слизоподібний або кашкоподібний вміст з крупинками білого кольору. *Диференційна діагностика:* з норицею слинної залози

Лікування: хірургічне – видалення нориці, яка зазвичай веде до стінки зовнішнього слухового ходу, з обов'язковим попереднім його контрастуванням

XII. Нейрофіброматоз. Характеризується розростанням шкіри і підшкірної клітковини у вигляді еліфантіазиса (слоновість м'яких тканин обличчя) або вузлуватих утворів по ходу периферійних нервових закінчень, а також можливі масивні пігментовані шкірні розростання. При пальпації пухлина м'якоеластичної консистенції. Кісткові структури також втягнені в процес і проявляються деформацією (збільшенням) альвеолярного відростка, виличної кістки і дуги, лобової кістки та ін. В порожнині рота, як правило, виявляються порушення прикусу, адентія, гіпоплазія емалі, макроглотія. Частим явищем є погіршення зору на боці ураження. Для більшості випадків характерний симптомокомплекс – тетрада Дарнє, який включає:

- ✓ Пігментні плями світло – кавового кольору на внутрішній поверхні кінцівок, спині, паховій ділянці;
- ✓ Пухлини шкіри та підшкірної клітковини;
- ✓ Пухлини периферійних нервів;
- ✓ Фізичні та психічні порушення

Диференційна діагностика: з лімфангіомою, синдромом Олбрайта, фіброматозом ясен

Лікування: хірургічне – багатоетапне видалення пухлини, направлене на відновлення порушених функцій жування, мови, зору; усунення деформацій м'яких тканин та кісток; ортодонтичне – направлене на корекцію прикусу; втручання окуліста, нейрохірурга, педіатра (за показами).

XIII. Папіломатоз. Найчастіша локалізація папіломатозів – піднебіння, рідше – слизова оболонка губ та щік. У даному випадку ділянка буквально засіяна папіломами, які доторкаються одна до одної. Слизова оболонка над папіломами зазвичай не міняє свій колір, але таке можливо за рахунок гіперкератозу, вони безболісні, легко кровоточать. Папіломи, розташовані на слизовій оболонці гортані, призводять до порушень функцій дихання і мови. *Диференційна діагностика:* з фіброматозом, фібромою, ретенційною кістою малої слинної залози, банальним епулідом.

Лікування: радикальне висічення папілом електроножом або скальпелем. При великому скупченні відростків їх видаляють або одномоментно, або в декілька етапів.

XIV. Фіброматоз ясен. Може мати два варіанти. Розростання можуть виглядати суцільним потовщенням ясен або мати часточкову будову. Розміри його можуть бути від обмеженого (на протязі 1-2 зубів) до генералізованого (на протязі усієї довжини альвеолярного відростка). Розростання м'які або щільні на дотик, безболісні, схильні до кровоточивості. Зуби рухомі, можуть зміщуватися. Можлива малігнізація цих розростань.

Диференційна діагностика: з фібромою, нейрофіброматозом, папіломатозом, гіпертрофічним гінгівітом.

Лікування: хірургічне. Полягає у видаленні у межах здорових тканин. Якщо після видалення утворюється ранева поверхня не покрита яснами, то її закривають йодоформною марлею, яку фіксують лігатурним дротом, алюмінієвою шиною або захисною пластинкою.

Кісти слинних залоз. Частіше утворюються на слизовій оболонці нижньої та верхньої губ, щік (до 90%). Це зумовлено тим, що ці ділянки травматизуються під час їди найбільше. Малі слинні залози нерівномірно «розкидані» по всій ротовій порожнині – найбільше їх на слизовій оболонці губ, щік та ближче до межі твердого і м'якого піднебіння.

Кісти малих слинних залоз.

Скарги: наявність безболісного новоутворення (частіше на нижній губі), яке може збільшуватися або зменшуватися, зовсім зникати, а потім знову з'являтися. Це відбувається

тому, що оболонка кісти тонка і під час надавлювання або прокушування її може розкриватися самостійно. Після загоєння рани слина може накопичуватися, тобто кіста утворюється знову.

Клініка. Під час огляду новоутворення просвічується через слизову оболонку блакитним кольором, має кулясту форму, чіткі межі. Пальпаторно кіста безболісна, еластичної консистенції, верхній полюс її розташований близько до поверхні слизової оболонки. Кіста містить слизоподібну, прозору, жовтого кольору рідину – згущену слину.

Диференціювати кісти малих слинних залоз треба з лімфангіомами.

Лікування тільки хірургічне. Простішим та ефективнішим методом лікування кіст, який ми використовуємо, є кістотомія – висікання частини її, що випинається, разом із слизовою оболонкою. Ранова поверхня, яка утворюється після висікання тканин, епітелізується. Іншим методом лікування є видалення кісти, яке здійснюють під інфільтраційним (0,5-1 % лідокаїн) або загальним знеболюванням (залежно від віку та психоемоційного стану дитини). Проводять два напівкулястих, з'єднаних між собою розтини слизової оболонки по краях новоутворення.

Тупо та гостро кіста видаляється разом з оболонкою, на рану накладають шви кетгутом.

Рецидиви кіст малих слинних залоз спостерігаються рідко, лише якщо під час видалення кісти травмуються прилеглі малі слинні залози.

Кісти під'язикових слинних залоз (ранули). Під'язикові слинні залози посідають друге місце за частотою уражень кістозними процесами. Це зумовлено їх анагомофізіологічними особливостями: протоки Вальтера вертикальні, короткі, кількість їх досягає 12-15, вони розташовані під язиком, де і зазнають травматизації під час їди. Велика під'язикова протока (Бартолінова) – непостійна і відкривається на під'язиковому м'ящі разом з піднижньощелепною протокою.

Скарги. Дитина скаржиться, що під язиком знаходиться «щось» гладеньке, кругле, незначне. Воно може зникати і знову з'являтися, збільшуватися з часом. Іноді заважає під час розмови.

Клініка. Виявляється новоутворення округлої форми, яке розташоване частіше у передніх відділах залози. У зв'язку з тим, що оболонка кісти дуже тонка, вміст її просвічується через слизову оболонку блакитним кольором. Під час пункції кісти отримують прозору, жовтуватого кольору слизоподібну рідину.

Особливі труднощі для діагностики та лікування викликає кіста під'язикової слинної залози, яка має форму «пісочного годинника» й утворюється у поодиноких випадках. Це ретенційна кіста дна ротової порожнини. Одна її частина розташована вище від щелепно-під'язикового м'яза, а друга – нижче. Обидві частини сполучаються між собою вузьким перешийком, який здавлюється щелепно-під'язиковим м'язом.

Диференціювати кісти під'язикової слинної залози треба з дермоїдами дна ротової порожнини, судинними новоутвореннями (гемангіома, лімфангіома), особливо з кістозними їх формами. Під час пункції дермоїда отримують салоподібну масу жовтуватого кольору, гемангіоми – кров, лімфангіоми – прозору рідину жовтуватого кольору або буру липку рідину.

Лікування. Основним методом лікування кіст під'язикової слинної залози є хірургічний – цистотомія і (рідко) цистектомія. Видалення кісти повністю (з оболонкою) проблематичне, оскільки сама оболонка дуже тонка і швидко рветься під час видалення, тобто вилучити її повністю під час операції важко, та це й непотрібно. Цистотомія виконується під інфільтраційним або загальним знеболюванням (залежно від віку дитини та її психоемоційного стану). Викроюється «вікно» в порожнину кісти, а потім вузлуватими швами оболонка кісти фіксується до слизової оболонки ротової порожнини. Якщо порожнина кісти достатньо велика та глибоко розташована, вона пухко протягом 4-5 діб тампонується йодоформною марлею, кінець якої виводять зовні у ротову порожнину. Коли

порожнина кісти невелика, то тампонувати її недоцільно. У разі лікування кіст типу піщового годинника увагу під час втручання необхідно звернути на перешийок, який проходить крізь діафрагму рота та сполучає дві частини новоутворення між собою.

Кісти підщелепної слинної залози у дітей спостерігаються дуже рідко. *Скарги* такі самі, як і в разі кіст іншої локалізації.

Клініка. У підщелепній ділянці ближче до кута щелепи виявляється новоутворення м'яко-еластичної консистенції, що відрізняє його від тканини залози та лімфатичного вузла, з чіткими контурами, безболісне під час пальпації. Шкіра над ним не змінена в кольорі. За час довгого існування кісти до її вмісту з часом додається слина. Тому під час пункції отримують слизоподібну рідину жовтого кольору. *Диференціювати* кісти підщелепної слинної залози треба з судинними новоутвореннями (гемангіомами, лімфангіомами, лімфгемангіомами), дермоїдними та епідермоїдними кістами, ліпомами цієї локалізації.

Лікування тільки хірургічне – під загальним знеболюванням виконують цистотомію інтраоральним доступом з наступною тампонадою порожнини.

Кісти привушної слинної залози у дітей розвиваються дуже рідко і переважно у віці 12-14 років.

Скарг на початку розвитку кіст діти та їх батьки не пред'являють, лише у разі набування великих розмірів – на наявність деформації м'яких тканин привушної ділянки, яка періодично то збільшується, то зменшується.

Клініка. У разі великих розмірів кісти привушна ділянка збільшена, шкіра над нею не змінена в кольорі. Під час пальпації визначається м'яко-еластичне новоутворення, межі якої визначити важко, оскільки воно розташоване в товщі привушної залози. На сіалогамі виявляється дефект наповнення, під час УЗД – анехогенна структура ділянки. Функція слинної залози не страждає.

Кісти привушної слинної залози треба *диференціювати* з судинними новоутвореннями та новоутвореннями слинних залоз, ґрунтуючись на даних пункції та УЗД.

Лікування кіст привушної слинної залози має певні труднощі, оскільки виділити кісту, тобто провести кістектомію, дуже важко (тонка оболонка кісти). Крім того, кіста пов'язана з паренхімою залози (знаходиться у її товщі), а це – підвищений ризик ураження гілок лицевого нерва. Тому проводять цистотомію з боку слизової оболонки ротової порожнини тільки тоді, коли кіста досягає великих розмірів та спричиняє значну деформацію привушно-жувальної ділянки.

Доброякісні пухлини слинних залоз

Доброякісні пухлини слинних залоз поділяються на епітеліальні (плеоморфна і мономорфна аденома) й не епітеліальні (гемангіома, лімфангіома, невринома, фіброма, ліпома та ін.).

Скарги на наявність безболісного новоутворення у привушній, піднижньощелепній або під'язиковій ділянках, що повільно росте; іноді зникає, а потім знову збільшується.

Загальний стан дитини не змінюється.

Клініка. місцеві ознаки наявності пухлини щільно-еластичної консистенції з гладенькою поверхнею у разі аденолімфоми та мономорфної аденоми та з горбистою поверхнею у разі плеоморфної аденоми

Допоміжні методи діагностики: під час ультразвукового дослідження визначається гіперехогенна ділянка у разі аденолімфоми, плеоморфної та мономорфної аденоми; виявлення дефекту наповнення на сіалогамі – у разі кіст або доброякісних пухлин (аденолімфома, аденома), наявність клітин, характерних для аденолімфоми та плеоморфної чи мономорфної аденоми при пункційній біопсії.

Лікування хірургічне – видалення новоутворення у межах здорових тканин чи разом з частиною слинної залози – у разі мономорфної, плеоморфної аденоми чи аденолімфоми. Медикаментозне лікування включає – антибактеріальні засоби загально, антигістамінні,

вітаміни груп С, В, знеболюючі засоби загально; антисептики для обробки порожнини рота місцево.

Одонтогенні новоутворення спостерігаються тільки у щелепах, оскільки пов'язані з процесом зубоутворення.

Амелобластома – одонтогенна епітеліальна пухлина, будова якої подібна до будови тканин емалевого органа зубного зачатка.

Амелобластоми складають 6-7% усіх доброякісних пухлин та пухлиноподібних новоутворень щелеп у дітей. Вони розвиваються у віці 7-16 років, улюблена локалізація – ділянка гілки та кута нижньої щелепи. Особливостями цієї пухлини є: схильність до рецидивування, різноманітність гістологічної та рентгенологічної будови, що ускладнює її діагностику і лікування. Етіологія пухлини досі не з'ясована. Можливо, вона є наслідком дизонтогенетичних порушень, які пов'язані з патологічними змінами в емалевому органі.

Скарг на ранньому етапі розвитку пухлини звичайно немає, але ще до появи деформації кістки може виникати біль у патологічному вогнищі, який сприймається, як зубний. Коли пухлина досягає значних розмірів і деформує щелепу, тоді діти чи їх батьки вказують на наявність збільшення ділянки щелепи. У цей період може виникати ниючий біль у зубах з боку ураження, іноді амелобластома нагноюється. Пухлину можуть виявити під час випадкового рентгенологічного дослідження у разі захворювань зубів. Якщо її локалізація на верхній щелепі, хворі скаржаться на утруднене носове дихання, слезотечу, диплопію, гіпо- та парестезію шкіри з боку ураження.

Клінічні ознаки амелобластоми пов'язані із деформацією щелеп. Пухлина спостерігається у двох формах: солідної та кістозної.

У разі солідної форми довгий час пухлина себе не проявляє. Лише коли вона набуває великих розмірів, обличчя стає асиметричним за рахунок збільшення (частіше) кута чи гілки нижньої щелепи. Шкіра над пухлиною бліда, з вираженим судинним малюнком. Пальпаторно визначається щільна, з ділянками розм'якшення, безболісна пухлина, яка представлена конгломератом м'якої та кісткової тканин. Підщелепні лімфатичні вузли через великі розміри пухлини виявити не вдається. У разі нагноєння виявляються усі ознаки запалення, часто відкриваються нориці на шкірі. Така картина зазвичай спостерігається у дітей у за давних випадках.

За наявності кістозної форми пальпаторно визначається гладенька або горбиста веретеноподібно здута кістка, частіше нижньої щелепи. Пізніше може спостерігатися симптом пергаментного хрусту і навіть флюктуація (за умови кістозної форми внаслідок повної резорбції кісткової стінки). Зуби в зоні ураження можуть бути зміщені в тих випадках, коли вони розташовані з обох боків кістозної порожнини. Порожнина розсуває корені зубів, і, як наслідок, коронки сходяться одна до одної. Відбувається так звана конвергенція коронок та дивергенція коренів. Зуби рухомі внаслідок руйнування пухлиною кістки коміркової частини, перкусія їх безболісна.

Щоб поставити діагноз амелобластоми, крім клінічних даних використовують такі додаткові методи, як пункція, рентгенографія, КТМ, МРТ та пато-гістологічні дослідження. Останнє є найбільш інформативним.

Особливості гістологічної будови амелобластоми полягають у наявності двох типів клітин – циліндричних та зірчастих. Перші мають довгі епітеліальні відростки, що проникають за межі пухлини у здорову кісткову тканину. Вони відіграють значну роль у виникненні рецидивів амелобластоми.

Рентгенологічна картина. О.Л.Козирева описала дев'ять варіантів змін кісткової тканини щелепи у разі амелобластоми, які можна побачити на рентгенограмі – полікістозні варіанти. Рідкісною є однокамерна форма (вогнище деструкції з поліциклічними контурами). Солідна амелобластома на рентгенограмі представлена гетерогенним

розрідженням кістки, межі якого відносно чіткі. На цьому тлі можна виявити ледь видимі кістозні порожнини (за рахунок пухлинної тканини).

Амелобластому необхідно *диференціювати* із тими захворюваннями, для яких на рентгенограмі характерне розрідження кісткової тканини, тобто "мінус-тканина", а саме: з фолікулярною кістою, радикулярною кістою, з остеобластокластою, з саркомою.

Лікування виключно хірургічне і полягає у резекції ділянки щелепи у межах здорової тканини, відступивши на 1-1,5 см від пухлини, без порушення перервності кістки (за Наумовим). За наявності значного ураження нижньощелепної кістки найрадикальнішим методом є резекція або екзартикуляція щелепи з одномоментною аутопластикою провареним реплантатом (за Ю.Й.Бернадським та Л.В. Дробцюн).

Одонтома. Складається з епітеліального та мезенхімального компонентів зуботвірних тканин і є результатом диференціації зуботвірного тканинного комплексу у бік утворення структур, подібних до структури зуба на різних стадіях його розвитку. Одонтома збільшується за рахунок зміненого фолікула зуба, який має потенцію до росту. Характерний для пухлин безконтрольний мітоз клітин тут не спостерігається. Існує дві форми цієї пухлини – *м'яка та тверда одонтома*.

Тверда одонтома розвивається із одного або кількох зачатків зуба. Виникає у період формування постійних зубів, але спостерігається рідко. Локалізується пухлина переважно у ділянці різців, ікол та премоларів нижньої щелепи.

Розрізняють дві форми твердої одонтоми: просту та складну. Проста одонтома походить із тканин одного зуба і може бути простою повною (накопичення безладно розташованих тканин) та неповною (складається з одного виду твердих тканин зуба). Складна одонтома побудована із зачатків багатьох зубів, усі зубні тканини її добре розвинуті, але розташовані безладно. Така пухлина частіше локалізується на верхній щелепі.

Скарг обмаль і зводяться вони до відсутності зуба або на наявність безболісної деформації щелепи.

Клінічна симптоматика одонтоми "бідна", більша частина з них має вторинний характер. Одонтома характеризується дуже повільним ростом. Поява її іноді супроводжується болем. Пухлина може проростати в різні боки нижньої щелепи. За умови проростання її у вестибулярний бік коміркової частини вона травмується зубами-антагоністами. У ділянці розвитку пухлини постійний зуб може бути відсутнім або ретенуваним.

Макроскопічна картина одонтом дуже своєрідна: від утворень, які нагадують недорозвинутий або деформований зуб, до масивних комплексів, які складаються з кількох або багатьох зубоподібних утворень. Вони можуть легко розділятися або бути міцно спаяними між собою.

На рентгенограмі одонтома визначається як гомогенна чи негомогенна тінь високої інтенсивності, з чіткими горбистими контурами. По периферії новоутворення видно смугу розрідження кісткової тканини та обідок склерозу, що відмежовує одонтому від здорової тканини щелепи.

На тлі тіні новоутворення можна бачити окремі зубоподібні утворення неправильної форми. У разі складної форми твердої одонтоми інколи визначаються численні зубоподібні утворення різної форми та величини. У процесі росту новоутворення може спричиняти стоншення кістки та кортикального шару щелепи.

Диференційна діагностика твердої одонтоми проводиться з: остеоомою, ретенуваними та дистопованими зубами.

М'яка одонтома – новоутворення, що зустрічається у дітей рідко.

Скарг, особливо на початку захворювання, немає. Лише коли пухлина досягає великих розмірів, з'являється деформація тієї ділянки щелепи, де локалізується м'яка одонтома.

Клініка. За умови малих розмірів м'яка одонтома клінічно себе не проявляє. У разі збільшення її з'являється деформація щелепи. Локалізується одонтома частіше в ділянці молярів – щелепа тут стає горбистою та щільною, але безболісною під час пальпації. У разі руйнування кортикальної пластинки новоутворення проростає у м'які тканини.

На рентгенограмі м'яка одонтома нагадує в одних випадках – кісту, але межі її нечіткі, а в інших – полікістому.

Остаточний діагноз ставлять за даними патогістологічного дослідження.

М'яку одонтому слід *диференціювати* насамперед з одонтогенною кістою, амелобластомою та кістозною формою остеобластокластоми.

Лікування – хірургічне. Високодиференційована пухлина підлягає екскохлеації, низькодиференційована видаляється методом резекції щелепи у межах здорової тканини (для запобігання рецидивам).

Після видалення пухлини кісткову порожнину заповнюють різними остеотропними речовинами. У разі великих одонтом під час видалення може виникнути загроза перелому щелепи. Це треба передбачити, плануючи операцію.

Цементома – пухлиноподібне утворення, що являє собою вадку розвитку одонтогенного походження. Складається з грубоволокнистої щільної тканини, подібної до цемента зуба.

Характерним для цементоми є повільний ріст та чітке відокремлення від прилеглих тканин.

Скарги у разі цементоми у дітей зазвичай не виникає. Утворення можна випадково виявити під час рентгенологічного обстеження зубів з приводу їх захворювань.

Клініка. Росте цементома дуже повільно, деформуючи щелепу. У разі розвитку на верхній щелепі може проростати у верхньощелепну пазуху та спричиняти відповідні порушення функцій.

Рентгенологічно цементома виявляється як однорідна щільна тінь кулястої, овальної або неправильної форми біля кореня зуба, утворюючи з ним єдине ціле. Контури тіні рівні, межі чіткі. За рентгенконтрастністю цементома нагадує тканини кореня зуба.

Лікування цементоми полягає у частковій резекції ураженої ділянки щелепи, бажано зі збереженням цілісності кісткової тканини.

Епулідами, або епулісами, називають пухлиноподібні утворення травматичної або запальної етіології, що розташовані на яснах або над яснами на ніжці (у медичній літературі – наясенники або над'ясенники), які виникають унаслідок розростання тканин періодонта у разі хронічного подразнення його. Розрізняють *фіброматозний та ангіоматозний епуліди*, їх відносять до так званих банальних. На відміну від них існує гігантоклітинний епулід, який є периферійною формою остеобластокластоми.

Скарги дитини на наявність пухлиноподібного утворення на яснах, червоного кольору, що легко кровоточить у разі травмування (під час їди, розмови, чищення зубів) та повільно збільшується.

Клініка. Епулід частіше розташований на комірковому відростку з боку вестибулярної або язикової поверхні зуба (іноді кількох зубів), з незміненою або червонуватого кольору (у разі ангіоматозного епуліда) слизовою оболонкою над ним. Утворення під час пальпації безболісне, щільне у разі фіброзного і м'яке – у разі ангіоматозного епуліда. В останньому випадку під час їди частіше виникає кровоточивість. За наявності епулідів зуб, що розташований у ділянці новоутворення, зазвичай з каріозною порожниною (запломбований або змінений у кольорі). Під час обстеження новоутворення зуболікарським зондом можна виявити "ніжку", яка пов'язана з тканинами періодонта.

З додаткових методів дослідження найінформативнішими є електроодонтодіагностика (ЕОД) та рентгенографія щелепи. Дані ЕОД свідчать про нежиттєспроможність пульпи. *На рентгенограмі* виявляється "причинний" зуб або такий, що має зміни у періодонті у вигляді розширення періодонтальної щілини. Якщо під час

рентгенологічного дослідження знаходять зміни кісткової тканини у вигляді невеликих ділянок розрідження її біля періодонтальної щілини, то це швидше свідчить про банальний епулід. У разі виявлення вогнищ нерівномірного розрідження та ущільнення їх у тілі щелепи зі значною часткою вірогідності можна говорити про периферійну форму остеобластокластоми. Крім того, за умови периферійної форми остеобластокластоми пухлина розташована не з боку альвеолярного відростка, а на гребені його і має вигляд "пухлини-вершника".

Лікування. Передбачає ендодонтичне лікування або видалення зуба (у кожному випадку індивідуально), а також висічення епуліда у межах здорових тканин з наступною електрокоагуляцією підлеглої тканини.

До остеогенних пухлин відносять остеобластокластоми, остеїд-остеоми, остеоми.

Остеобластокластома (osteoblastoclastoma) – пухлина, що походить із кісткової тканини. Її також називають гігантомою, бурою, або гігантоклітинною, пухлиною.

Морфологічно між периферійною і центральною формами остеобластокластоми різниці немає. Якщо гігантоклітинна пухлина локалізується на яснах, то це периферійна форма. Пухлина центральної форми міститься у кістці і відрізняється від периферійної наявністю багатьох геморагічних вогнищ, тому її називають ще бурою пухлиною.

Остеобластокластома центральної форми розвивається як солітарне утворення, тобто представлена одним конгломератом. В етіології значну роль відіграє травма кістки або інфекція.

Скарги. На початку розвитку пухлини скарг обмаль. Інколи може рано з'явитися біль у зубах, які знаходяться у зоні ураження, чи виявляється порушення прорізування постійних зубів. З ростом пухлини, який відбувається повільно, з'являється біль під час жування. До лікаря діти чи батьки звертаються у разі збільшення щелепи або пухлину знаходять випадково. За умови невеликих розмірів пухлини асиметрія обличчя не виявляється. У разі набування пухлиною великих розмірів виникає деформація щелепи, частіше веретеноподібна, що спричиняє асиметрію.

Клініка. Відкривання рота вільне, але може ускладнюватися з ростом пухлини, якщо вона локалізується у ділянці гілки нижньої щелепи. Слизова оболонка над пухлиною довго не змінює колір.

Кістозна форма. Пухлина росте повільно. Рентгенологічно виявляється вогнище розрідження кістки із зоною склерозу навколо, що чітко відокремлює пухлину від здорової тканини. Звичайно наявна горизонтальна резорбція коренів зубів у зоні пухлини, що є патогномонічною ознакою.

Коміркова форма пухлини у дітей спостерігається дуже рідко. Клінічно вона нагадує кістозну форму, але поверхня щелепи частіше горбиста. Рентгенологічно характеризується маленькими порожнинами, що розділені між собою перетинками (малюнок "мильних пухирів") і чітко відокремлені від здорової тканини.

Літична форма – найбільш агресивна, для неї характерний швидкий експансивний ріст. У разі локалізації на верхній щелепі може проростати у верхньощелепну пазуху та носову порожнину, а в деяких випадках – виходити за межі кортикального шару ураженої кістки. Пухлина часто призводить до вираженої асиметрії обличчя. Спостерігаються біль у щелепі, зміщення та рухомість зубів. Рентгенологічно виявляються нечіткі контури кісткової тканини (на відміну від кістозної та коміркової форм).

Для постановки остаточного діагнозу необхідно застосувати додаткові методи дослідження – пункцію та гістологічне дослідження пухлини. Пункцію пухлини треба проводити під місцевим знеболюванням товстою голкою у ділянці найбільшого її випинання у нижньому полюсі. У разі остеобластокластоми отримують пунктат буро-вишневого кольору, який містить гемосидерин, без кристалів холестерину, або можна отримати кров (особливості кровообігу, про які вже згадувалося).

За умов наявності периферійної форми остеобластокластоми (гігантоклітинний епулід) скарги дитини будуть на безболісне новоутворення, що розташовується на альвеолярному гребені та заважає під час їди. У разі травмування спостерігається кровоточивість новоутворення. *Клініка.* На яснах виявляється яскраво-червона пухлина, яка розташована з обох боків коміркового гребеня, ніби вершник на коні. Новоутворення має широку основу, щільноеластичну консистенцію, укрите слизовою оболонкою з виразками, що утворюються від частого травмування його. Гігантоклітинний епулід охоплює кілька зубів. Останні можуть набувати рухомості, ступінь якої залежить від розмірів пухлини та змін, що відбулися у кістці.

Диференційна діагностика. Центральну остеобластокластоми треба диференціювати із солідною чи кістозною амелобластоною, хронічним деструктивно-продуктивним остеомієлітом, фіброзною дисплазією, внутрішньокістковою гемангіомою, саркомою. Периферійну форму остеобластокластоми без труднощів відрізняють від банального епуліда та локальної форми фіброматозу.

Лікування остеобластокластоми хірургічне. Ексхорлеацію невеликих за розмірами кістозної форми пухлин доповнюють кюретажем прилеглої кістки. Літичну форму лікують методом резекції ділянки щелепи у межах здорових тканин. За умов великих розмірів остеобластокластоми, особливо літичної, проводять підокісну резекцію нижньої щелепи разом із пухлиною та збереженням нижньощелепного краю.

Остеома – доброякісна пухлина кісткової тканини, що зустрічається дуже рідко, в основному у дітей середнього шкільного віку.

Діагноз цієї пухлини ставлять, ґрунтуючись на таких ознаках: клінічно безболісна деформація щелепи, що повільно збільшується; рентгенологічно виявляється новоутворення, обмежене кортикальною пластинкою та структурою, дещо щільнішою за нормальну структуру кісткової тканини. Для гістологічної будови остеоми характерними є порушення архітектоніки компактної кістки, звуження судинних каналів, майже повна відсутність каналів остеонів.

Диференційна діагностика. Особливі труднощі можуть виникнути у разі диференційної діагностики остеом з остеодисплазіями. Нерідко діагноз можна поставити, ґрунтуючись лише на даних патогістологічного дослідження.

Остеому також диференціюють із екзостозами, які виникають у результаті травматичного подразнення або хронічного запалення періоста, про що можна дізнатися від дитини або її батьків під час збирання анамнезу.

Лікування. Оперативне втручання показане тоді, коли пухлина зумовлює неприємні відчуття, функціональні або естетичні порушення, і полягає у нівелюванні (тобто наданні правильної форми) ураженої ділянки щелепи.

Остеоїд-остеома – доброякісна пухлина кортикального шару кістки, що складається з остеоїдних структур, сполучної тканини та новоутвореної кістки. Розташовується частіше на нижній щелепі (у її бічних відділах). Може локалізуватися у кортикальному, губчастому шарі або субперіостально.

Скарги. Характерною скаргою є наявність болю, який має локальний постійний або нападopodobний характер, частіше найінтенсивніший уночі, нерідко нагадує невралгію трійчастого нерва. Якщо пухлина локалізується у комірковій частині, біль може посилюватися під час їди.

Клініка. У більшості випадків пухлина нічим себе не проявляє, особливо на ранніх стадіях свого розвитку. Можуть виявлятися набряк прилеглих тканин, підвищення місцевої температури. Клінічні ознаки не дозволяють одразу поставити діагноз, тому необхідно проводити додаткові методи дослідження. Найінформативнішими з них є рентгенологічний і патогістологічний.

Останній стає вирішальним.

На початку захворювання пухлина виявляється у вигляді кулястого вогнища деструкції кістки з нечіткими межами, оточеного склерозованою кісткою. Ширина зони склерозу залежить від тривалості захворювання. На пізніх стадіях вогнище деструкції виповнюється новоутвореною кістковою тканиною і на рентгенограмі виглядає більше затемненим. У разі кортикальної локалізації остеїд-остеоми на рентгенограмі виявляється товста зона склерозу (періостальні розростання). Рентгенологічна картина пухлини відповідає хронічному запальному процесу кістки.

Диференційну діагностику проводять із остеосаркомою, остеоомою, продуктивною формою хронічного остеомієліту, фіброзною дисплазією.

Лікування остеїд-остеоми полягає у частковій резекції щелепи у межах здорових тканин зі збереженням нижнього краю її. Пухлина рецидивує дуже рідко. Наслідками захворювання можуть бути деформації щелеп, зубів та прикусу.

Кісти щелеп відносять до пухлиноподібних новоутворень, які найчастіше зустрічаються на амбулаторному прийомі дитячого стоматолога. Неодонтогенні кісти – вади розвитку, до яких відносять фісуральні (кісти різцевого або носопіднебінного каналу, глобуломаксиларна або інтермаксиларна та носогубна), а також травматичні кісти (солітарна кісткова, геморагічна та безоболонкова кісти), у дітей зустрічаються дуже рідко.

У дітей у клінічній практиці використовують таку класифікацію кіст щелеп:

1. Одонтогенні кісти запального походження:
 - радикулярні;
 - радикулярні зубовмісні;
 - резидуальна (залишкова, яка лишається після видалення «причинного» зуба).
2. Одонтогенні кісти незапального походження:
 - фолікулярна;
 - кіста прорізування.
3. Неодонтогенні кісти – вади розвитку:
 - ◆ фісуральна (різцевого або носопіднебінного каналу);
 - ◆ глобуломаксиларна або інтермаксиларна; носогубна);
 - ◆ травматична (солітарна, геморагічна, безоболонкова).

Патогенез. Розвиток одонтогенної кісти запального походження (радикулярної) звичайно починається з хронічного запального процесу (гранулематозний чи гранулюючий періодонтит) навколо верхівки кореня, який зумовлює розростання грануляційної тканини. У подальшому, під впливом частих загострень запального процесу та порушення живлення центральних відділів гранульоми, відбувається некроз деяких ділянок її, у товщі гранульоми утворюються порожнини, оточені епітелієм, який і є оболонкою майбутньої кісти. Ріст кісти відбувається за рахунок внутрішньокістозного тиску, що виникає внаслідок накопичення трансудату, який постійно продукує оболонка утворення.

Виникнення кіст незапального походження пов'язане зі впливом екзо- та ендогенних чинників на епітеліальну тканину, яка лишилася у кістці внаслідок вади закладки та розвитку її.

Скарги. На початку формування радикулярних чи фолікулярних кіст скарг немає. Коли кіста досягає великих розмірів і з'являється деформація щелепи, тоді дитина чи її батьки вказують на цей симптом, а також на незручність під час жування, рухомість кількох зубів; у разі фолікулярної кісти – на відсутність у зубній дузі відповідного зуба, який за термінами мав би прорізатися.

У разі нагноєння кіст скарги такі ж самі, як і в разі запального захворювання (періоститу чи остеомієліту).

Клініка. Загальний стан дитини не змінений, лише у разі нагноєння кісти підвищується температура тіла, з'являються ознаки інтоксикації.

Місцевий статус за наявності радикулярної чи фолікулярної кісти має такі загальні ознаки:

- деформація коміркового відростка та тіла щелепи відбувається поступово, безболісно;
- пальпація деформованої ділянки щелепи виявляє новоутворення щільної консистенції;
- у разі великих розмірів кісти стінка її (зазвичай зовнішня) стає тонкою і під час натискання на неї прогинається, це симптом Рунге–Дюпюїтрена податливість кортикальної пластинки; [≡] слизова оболонка над кістою не змінена в кольорі.

Відмінними клінічними ознаками радикулярної та фолікулярної кіст є: у першому випадку наявність "причинного" (тимчасового чи постійного) зуба в зубному ряді, ураженого карієсом; він змінений у кольорі, перкусія цього зуба може бути болісною, спостерігається його рухомість; у другому – відсутність у комірковій дузі постійного зуба за наявності всіх, що прорізулися.

Клінічна картина одонтогенних кіст змінюється у разі їх нагноєння і тоді вона нагадує гострий періостит щелепи.

Для підтвердження діагнозу (визначення, яка саме це одонтогенна кіста) та подальшої лікувальної тактики проводять рентгенологічне обстеження щелепи у необхідній укладці (на нижній щелепі – за Генешем, на верхній прицільний знімок та в аксіальній проекції) або виконують ортопантомограму. Характерною загальною рентгенологічною ознакою кіст щелепи є гомогенне просвітлення кулястої форми з чіткими межами. У разі радикулярної кісти у її порожнині знаходяться корені "причинного" зуба; радикулярної від тимчасового зуба – зубовмісної – крім коренів тимчасового (зазвичай зруйнованого чи лікованого зуба) знаходять фолікул постійного зуба.

На верхній щелепі кісти можуть проростати у верхньощелепну порожнину, тоді на рентгенограмі в ній з'являється тінь "купола" з чіткими межами.

Резидуальні кісти, що залишаються після видалення "причинного" зуба, рентгенологічно виглядають як гомогенне просвітлення з чіткими межами в тілі щелепи у ділянці відсутнього зуба.

У разі фолікулярної кісти в її порожнині на рентгенограмі видно фолікул постійного зуба. Іноді можуть утворюватися і множинні фолікулярні кісти щелеп.

Труднощі під час рентгендіагностики можуть виникати у разі диференціації радикулярної кісти, що походить з тимчасового зуба, та фолікулярної кісти від постійного зуба. За наявності радикулярної кісти від тимчасового зуба фолікул постійного прикритий її оболонкою, а в разі фолікулярної – коронкова частина зуба звернена у порожнину й оболонка кісти фіксована до його шийки. Якщо тінь кісти проекційно накладена на фолікул постійного зуба, діагноз уточнюють лише під час операції.

Додатковим методом дослідження кіст щелеп є проведення пункції з визначенням характеру пунктату. Пунктат прозорий, жовтого кольору і завжди містить кристали холестерину (продукт клітин епітелію оболонки кісти), які виблискують під промінням світла. Треба зазначити, що наявність кристалів холестерину не є патогномонічною ознакою запальних кіст щелеп. Вони можуть іноді зустрічатися і в пунктаті амелобластоми.

Для точнішої діагностики кіст щелеп останнім часом використовують ультразвук. Отримані ехограми допомагають визначити розміри новоутворення та його локалізацію.

Диференційна діагностика: за клінічними ознаками вона повинна проводитися зі всіма пухлинами та пухлиноподібними новоутвореннями щелеп, які супроводжуються зменшенням чи відсутністю кісткової тканини.

Клініко-рентгенологічна диференційна діагностика звужує коло таких новоутворень. До них належать:

амелобластома, остеобластокластома (її кістозна форма), радикулярні та фолікулярні кісти (між собою); [≡] парадентальні (періодонтальні, ретромолярні) кісти удітей не зустрічаються, оскільки виникнення їх пов'язано із утрудненим прорізуванням нижнього зуба мудрості, яке відбувається у старшому віці.

Лікування. Для лікування кіст щелеп у дітей використовують два види хірургічних втручань: цистотомію та цистектомію; частіше застосовують цистотомію.

Цистотомія – операція, що передбачає усунення внутрішньокістозного тиску, внаслідок чого спостерігається поступове сплюснення та зменшення кістозної порожнини аж до повного її зникнення.

Показаннями до цистотомії є:

- фолікулярні кісти щелеп;
- радикулярні кісти від тимчасових зубів (зубовмісні), у порожнині яких знаходиться фолікул постійного зуба;
- радикулярні кісти верхньої щелепи з порушенням кісткового дна носової порожнини та піднебінної пластинки;
- великі радикулярні кісти нижньої щелепи з різким стоншенням основи щелепи (товщина кістки менша ніж 0,5см). У такому разі часткове збереження кістозної оболонки є одним із заходів профілактики патологічних переломів.

Цистектомія – операція, що передбачає радикальне видалення оболонки кісти та її вмісту.

Вона показана у разі:

- ✗ невеликих радикулярних кіст, які розташовані у межах 1-2 зубів;
- ✗ збереженої кісткової стінки дна верхньощелепної пазухи та слизової оболонки чи тільки останньої;
- ✗ радикулярних кіст, які відокремлені від верхньощелепної пазухи;
- ✗ фолікулярних кіст, коли загинув фолікул постійного зуба (останній змінив колір, відсутній природний блиск коронкової частини, м'який, що визначається під час операції; частіше це буває за умови нагноєння кісти).

Контроль рівня засвоєння знань:

1. Класифікації доброякісних новоутворів в ЩЛД та ПР у дітей, принципи їх побудови.
2. Частота окремих видів новоутворів ЩЛД та ПР у дітей.
3. Чим небезпечна для дітей локалізація пухлин в ЩЛД?
4. Як формулюється клінічний діагноз пухлин в ЩЛД?
5. Які способи діагностики в онкології ЩЛД?
6. Специфіка перебігу онкологічних процесів у дитячому віці.
7. Папілома: визначення, клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування, профілактика
8. Фіброміома м'яких тканин ЩЛД: форми, клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування, профілактика.
9. Ліпома: типові місця локалізації, клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування, профілактика.
10. Рабдоміома, міобластома: походження, клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування, профілактика.
11. Міксосома: походження, клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування, профілактика.
12. Пухлини язика, особливості їх клініки і лікування, профілактика.
13. Класифікація пухлиноподібних утворів в ЩЛД та ПР у дітей.

14. Мати уявлення про етіопатогенетичні процеси пухлиноподібних утворів.
15. Папіломатоз: клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.
16. Фіброматоз ясен: причини, класифікація, клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування, прогноз.
17. Епуліс: причини виникнення, види, клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування, прогноз.
18. Нейрофіброматоз: клініка, діагностика, лікування.
19. Дермоїдна кіста: причини виникнення, клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.
20. Класифікація кіст, причини їх виникнення, клініка, діагностика, диференційна діагностика.
21. Методи лікування кіст щелеп, покази до їх вибору.
22. Ускладнення кіст ЩЈД.
23. Класифікація пухлин та пухлиноподібних новоутворень слинних залоз.
24. Кісти малих слинних залоз. Клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.
25. Кісти під'язикових слинних залоз. Клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.
26. Кісти підщелепних слинних залоз. Клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.
27. Кісти привушних слинних залоз. Клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.
28. Плеоморфна аденома слинних залоз. Клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.
29. Мономорфна аденома слинних залоз. Клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.
30. Остеобластокластома: клініка, діагностика, лікування.
31. Остеома: клініка, діагностика, лікування
32. Остеїд-остеома: клініка, діагностика, лікування
33. Амелобластома: особливості клініки, діагностика, лікування.
34. Одонтома: клініка, діагностика, лікування.
35. Цементома. клініка, діагностика, лікування.
36. Етіологія і патогенез запальних кист щелеп від молочних та постійних зубів.
37. Клініка, діагностика радикальної кісти.
38. Клініка діагностика радикальної зубовмісної кісти.
39. Клініка, діагностика резидуальної кісти.
40. Клініка, діагностика фолікулярної кісти.
41. Клініка, діагностика пара дентальної кісти.
42. Рентгенологічне дослідження при кистах щелеп та його значення для проведення диференційної діагностики з іншими захворюваннями щелепово-лицевої ділянки.
43. Покази та етапи цитотомії.
44. Покази та етапи цистектомії.

Орієнтовані тестові завдання

1. В клініку щелепно-лицевого стаціонару звернулися батьки 8-ми річного хлопчика зі скаргами на появу плями червоного кольору на поверхні лівої щоки та шиї, яка не підвищується над поверхнею шкіри, при натисканні на неї з'являється ділянка анемії, яка через декілька секунд зникає. Ваш діагноз:

А Гемангіома капілярна

- В Гемангіома кавернозна
- С Бешиха
- Д Лімфангіома капілярно - кавернозна
- Е Гемангіома змішана

2. До хірурга стоматолога звернулися батьки 3-річного хлопчика зі скаргами на швидко прогресуючу деформацію обличчя. Під час нахилу голови допереду деформація збільшується. Об'єктивно: значних розмірів деформація виличної ділянки справа, шкірні покриви без змін, наявність пульсації всередині пухлини. При оперативному втручанні було виявлено кілька порожнин заповнених кров'ю. Ваш діагноз:

- А Гемангіома кавернозна
- В Гемангіома капілярна
- С Лімфангіома кавернозна
- Д Гемангіома змішана
- Е Флегмона виличної ділянки

3. У стаціонар щелепно-лицевої хірургії звернулися батьки трьохрічного хлопчика зі скаргами на деформацію правої половини язика, яка особливо сильно збільшилась під час застуди. Об'єктивно: макроглоссія правої половини язика, гіпертрофія сосочків, які заповнені червонуватим та жовтуватим вмістом. Ваш попередній діагноз:

- А Лімфангіома капілярна
- В Глоссит десквамативний
- С Глоссит ромбоподібний
- Д Фіброма язика
- Е Рабдоміома язика

4. До хірурга-стоматолога звернулись батьки 8-річної дівчинки зі скаргами на значну припухлість обличчя справа, утруднене дихання, ковтання. Об'єктивно: значна припухлість правої підщелепної ділянки, безболісна, тістоподібної консистенції. Наявний симптом флюктуації. При пункції виявлена жовтувата рідина, клейка на дотик. Ваш діагноз:

- А Кістозна лімфангіома
- В Капілярна лімфангіома
- С Абсцес підщелепної ділянки справа
- Д Флегмона підщелепної ділянки справа
- Е Кавернозна гемангіома

5. При плановому огляді школярів у 7-річної дівчинки у товщі щоки виявлено кулеподібне безболісне утворення на ніжці, але з гладкою поверхнею, відмежоване від сусідніх тканин із незміненою слизовою оболонкою. Який попередній діагноз?

- А .Фіброма щоки
- В Папілома щоки
- С Ліпома щоки
- Д Абсцес щоки
- Е Епуліс

6. До лікаря-стоматолога хірурга звернулись батьки 6-річного хлопчика зі скаргами на появу новоутворення на внутрішній поверхні щоки. Новоутвір безболісний, рухомий із незміненою слизовою оболонкою. На розрізі пухлина була жовтого кольору, будова дольчата, складалась із зрілих клітин і мала тонку капсулу. Ваш діагноз?

- А Ліпома щоки

- В Фіброма щоки
- С Мігруюча гранульома
- Д Піогенна гранульома
- Е Папілома щоки

7. У дитини 7-ми років було виявлено пухлину слизової оболонки щоки зліва. Пальпаторно визначається пухлина еластичної консистенції з гладкою поверхнею, нечітко обмежена, із жовтувато-білої слизової тканини. Мікроскопічно: в мукоїдній стромі наявні клітини зіркоподібної форми, які анастомозують між собою відростками, пучки колагенових волокон, а також острівці одонтогенного епітелію. Яка пухлина була у дитини?

- А Міксосома
- В Фіброма
- С Ліпома
- Д Папілома
- Е Лімфангіома

8. Лікарями стоматологами у новонародженого на яснах верхньої щелепи виявлено новоутвір на ніжці, який дуже нагадує вишневу кісточку з горбковою поверхнею, щільно еластичної консистенції. Яка пухлина є у дитини?

- А Пухлина Абрикосова
- В Папілома
- С Фіброма
- Д Ліпома
- Е Міома

9. До лікаря-стоматолога хірурга звернулася мати 4-річного хлопчика зі скаргами на наявність у дитини безболісного новоутвору на м'якому піднебінні. При обстеженні було виявлено невеликих розмірів пухлину щільної консистенції, яка добре відмежована від сусідніх тканин. Ваш попередній діагноз?

- А Рабдоміома
- В Пухлина Абрикосова
- С Фіброма
- Д Лімфангіома
- Е Ліпома

10. До лікаря стоматолога хірурга звернулись батьки 9-річного хлопчика зі скаргами на утворення на поверхні верхньої губи зліва. Об'єктивно: новоутвір м'якоеластичної консистенції з незміненою слизовою оболонкою, який своїм виглядом нагадує "цвітну капусту". Яку патологію можна запідозрити?

- А. Папілому
- В. Фіброму
- С. Невус
- Д. Гемангіому
- Е. Епулід

11. Дитина 12 років скаржиться на наявність безболісного пухлино подібного новоутворення нижньої щелепи праворуч. При пальпації тіла нижньої щелепи праворуч має місце симптом Дюп'юїтрена. На рентгенограмі нижньої щелепи праворуч відмічається дефект кісткової тканини з чіткими краями, розміром 3-4 см, в якому знаходиться фолікул 45. Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. Фолікулярна кіста.
- В. Остеобластокластома.
- С. Радикулярна кіста.
- Д. Одонтома
- Е. Амелобластома

12. До лікаря звернувся хлопчик 15 років зі скаргами на періодичне виникнення болю у фронтальному відділі верхньої щелепи. З анамнезу відомо, що два роки тому зуб 12 лікувався з приводу пульпіту. Під час огляду встановлено, що коронка зуба 12 відновлена за допомогою пломби. На рентгенограмі верхньої щелепи виявляється осередок деструкції кісткової тканини біля верхівки кореня зуба 12 діаметром 1,5 см. Кореневий канал зуба 12 запломбований до верхівки. Встановлено діагноз: радикулярна кіста від зуба 12. Визначте найбільш оптимальний метод лікування цього хворого.

- А. Цистектомія з резекцією верхівки кореня зуба 12
- В. Цистотомія
- С. Реплантація зуба 12
- Д. Цистектомія
- Е. Видалення зуба 12

Література:

1. Харьков Я.В., Яковенко Л.М., Чехова І.П. Хірургічна стоматологія дитячого віку. – К, 2003.
2. Виноградова Т.Ф. Стоматологія дитячого віку. – М., 1987.
3. Колесов О.О. Стоматологія дитячого віку. – М., 1991.
4. Масний З.П. «Онкологічні аспекти в стоматології дитячого віку». Львів – 2003.
5. Пачес О.І. Пухлини голови і шиї. – М., 1983.
6. Клінічна оперативна щелепово-лицева хірургія/ Під ред. Баліна М.В., Александрова М.М. – Петербург, 1998.
7. Тимофеев О.О. Захворювання слинних залоз. – Львів; ВНТЛ-Класика, 2007.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ №2

ТЕМА: Злоякісні пухлини тканин ЩЛД у дітей.

Мета: Вивчити особливості клінічного перебігу, патогномонічні рентгенологічні ознаки, діагностику та диференційну діагностику злоякісних пухлин м'яких тканин і щелеп .

Конкретна мета. Вивчити сучасні погляди про етіологію, патогенез, діагностику та клініку злоякісних пухлин м'яких тканин та щелеп у дитячому віці. Звернути увагу на паранеопластичний синдром, первинну верифікацію злоякісних пухлин, види біопсій. Розглянути принципи лікування та диспансеризації.

Контроль початкового рівня знань.

1. Різниця між пухлиною і пухлиноподібним захворюванням щелепової кістки.
2. Особливості анатомічної будови верхньої та нижньої щелеп. Які існують способи діагностики в онкології?

Зміст заняття.

Статистичні дані, етіологія

Злоякісні новоутворення у структурі захворюваності населення України мають стійку тенденцію до зростання. Щорічно в Україні у 160 тис. чоловік розвиваються злоякісні пухлини. Серед них 1,1 % становлять діти.

У дітей злоякісні новоутворення розвиваються у 12 випадків на 100 тис. дитячого населення. Злоякісні пухлини щелепно-лищевої ділянки становлять 10 % усіх пухлин даної локалізації, частіше виникають у дітей віком 3–4 та 7–10 років (так звані періоди швидкого росту лиця). У 84% дітей зі злоякісними пухлинами спостерігаються сполучнотканинні пухлини – саркоми, а в решти – рак.

Злоякісна пухлина – це патологічне безконтрольне розростання клітин. Для злоякісних новоутворень характерно:

- ✓ *інфільтративний ріст*, який характеризується проникненням пухлинних клітин у прилеглі тканини з подальшою деструкцією. Цьому росту сприяють такі чинники: здатність пухлинної клітини відокремлюватися від пухлинного вузла та активно переміщуватися; виробляти «канцероаг्रेसини», що стимулюють хемотаксис цих пухлин у тканини; зменшення клітинної адгезії, що полегшує переміщення клітини;
- ✓ *метастазування* – поширення пухлинної клітини за межі первинного пухлинного вузла. У розвитку метастазів розрізняють 3 стадії: інвазії – проникнення пухлинної клітини через стінку судини у їх просвіт; клітинної емболії – перенесення з током крові чи лімфи пухлинних клітин, зупинка їх у мікросудинах з наступним формуванням клітинного ембола; проникнення пухлинних клітин через судинну стінку у прилеглі тканини і розвиток тут нового пухлинного вузла;
- ✓ *рецидивування* – виникнення пухлини в тому ж місці після її хірургічного видалення, що відбувається за рахунок залишених тут комплексів пухлинних клітин, або метастазування їх із поряд розташованих ділянок;
- ✓ *кахексія* – синдром виснаження та слабкості організму. Це прояв паранеопластичного синдрому, який характеризується зниженням маси тіла за рахунок розпаду білків м'язів та виснаження жирового депо.

Етіологія. Причини, які сприяють розвитку злоякісних пухлин, умовно поділяють на:

1. **Хімічні.** Серед них виділяють 1500 канцерогенів. Існують: а) прекарценогени; б) істинні канцерогени; а саме:

- за локалізацією – місцевої, резорбтивної та міанної дії;
- за кількістю уражених органів – моноорганотропні, мультиорганотропні; - за походженням – екзо – та ендогенні.

2. **Біологічні.** Серед них розвитку злоякісних пухлин сприяють РНК- та

ДНК-віруси – онковіруси (від грец. oncos – пухлина та латинського virus – яд). Вони поділяються на видоспецифічні та видонеспецифічні.

3. **Фізичні:**

- а) сонячна радіація та УФО;
- б) радіоактивні речовини – ^{90}Sr , ^{144}Ca , ^{32}P , ^{131}S ;
- в) іонізуюча радіація;
- г) повторні опіки;
- д) механічна травма.

Теорії виникнення злоякісних пухлин у дітей

Існує багато теорій, які пояснюють механізм канцерогенезу, – це мутаційна (Г.Боверш), вірусогенетична (Л.О.Зільбер), теорія недостатнього імунологічного нагляду (Ф.Бернет), епігеномна теорія (К. Гейдельберг), недостатньої репарації ДНК (М. М.Віленчик), новоутворення пухлинних генів (Н. Темін, Д. Балтимор) тощо. У 70-х рр. XIX ст. Конгейм запропонував теорію виникнення пухлин у дитячому віці, відповідно до якої розвиваються із клітин ембріональних зачатків унаслідок порушень ембріогенезу. Для пояснення походження злоякісних пухлин у дітей Л. А.Дурнов наводить теорію трансплацентарного канцерогенезу S.Peller (1960), згідно з якою більшість пухлин у дитячому віці виникають трансплацентарним шляхом. Відповідно до цієї теорії, пухлини у

дітей розвиваються під впливом канцерогенних речовин, що проникають у плід через плаценту матері. У дітей пухлини верхньої половини тулуба, шиї і голови спостерігаються у 3 рази частіше, ніж у дорослих (відповідно 59 і 21 %). Це можна пояснити тим, що кров з верхніх та нижніх порожнистих вен не змішується у правому передсерді, в результаті чого верхня частина тулуба, голова та шия отримують кров, більше насичену канцерогенними речовинами. Зараз більшість вчених-онкологів дійшли висновку, що переродження нормальної клітини у пухлинну є результатом стійких змін генома клітини.

Принципи класифікацій злоякісних пухлин

В основу класифікацій пухлин покладено різні принципи.

Вони поділяються за:

- локалізацією (топографо-анатомічними);
- біологічними ознаками;
- клініко-анатомічною поширеністю;
- гістологічною будовою;
- ступенем диференціювання клітин (високо-, низько-, недиференційовані).

За клінічним перебігом пухлини поділяють на:

- доброякісні
- проміжні – пухлини, у яких під впливом різних чинників змінюється ступінь диференціювання клітин. У таких випадках у клітинах з'являються ознаки злоякісного росту;
- злоякісні.

В основу Міжнародної класифікації злоякісних пухлин покладено 3 компоненти анатомічної поширеності пухлини:

1. Поширеність первинного вогнища (T0 4-пухлина).
 2. Метастазування клітин пухлини в регіонарні лімфовузли (N0 x-вузол).
 3. Метастазування клітин пухлини у віддалені органи (M0 x-метастаз).
- Основне правило TNM - визначення лише первинних пухлин.

Передпухлинні стани

Виявлення передпухлинних процесів має велике значення щодо своєчасної діагностики злоякісних новоутворень. Точного визначення передраку немає, оскільки процеси у тканинах і органах, що виникають перед розвитком злоякісних пухлин, різноманітні. Найчастіше для них характерні гіперплазія, метаплазія та атипія росту клітин, при цьому спостерігається зниження їх диференціації. Це той стан тканин, коли не вистачає лише однієї кількох ознак, що дають можливість поставити діагноз „злоякісне новоутворення”. Передпухлинні процеси поділяють на *облігатні та факультативні*. Дооблігатних передпухлинних процесів у дітей належить єдине захворювання, що спостерігається дуже рідко, – *пігментна ксеродермія*. Хвороба розвивається у перші роки життя, має сімейний характер і високий ступінь малігнізації. Вогнища локалізуються на відкритих ділянках тіла (лице, верхні кінцівки). Спочатку з'являються червоні плями, які з часом пігментуються. Надалі поряд з пігментованими ділянками шкіри з'являються депігментовані. Шкіра стає атрофічною, на ній утворюються ділянки гіперкератозу, телеангіоектазії та бородавчасті розростання. Вони можуть малігнізуватися, що є підставою для негайної госпіталізації хворого. До *факультативних* передпухлинних процесів у дітей належать такі, які довго існують і стають злоякісними порівняно рідко: *папіломатоз, фіброматоз, фіброзна дисплазія, холестеатома, еозинофільна гранульома, хондрома, міксосома, амелобластома, міобластома, остеобластокластома (літична форма)*. Таким

чином, захворювання, які мають тривалий перебіг, пухлини та пухлиноподібні утворення, що під дією екзо- та ендогенних чинників часто рецидивують, а також неправильно обране та неефективне лікування можуть створювати умови для малігнізації їх.

Діагностика та клініка злоякісних новоутворень

Під час діагностики злоякісних новоутворень 78 % випадків ставлять помилковий діагноз, тобто пухлини не злоякісної, а доброякісної. Нажаль, підозра на наявність у дитини злоякісного новоутворення виникає лише тоді, коли пухлина досягає значних розмірів. У такому разі так званий консультативний період складає в середньому 2,7 міс. Часті діагностичні помилки пояснюються низкою обставин. Це, *по-перше*, відсутність необхідної онкологічної настороженості у лікарів, які ведуть прийом дітей. Останнє пов'язано з думкою, що злоякісні пухлини у дітей виникають рідко. *По-друге* – недостатнє знання лікарями ранніх клінічних проявів злоякісних пухлин у дітей, складність трактовки даних рентгенологічного обстеження тканин щелепно-лицевої ділянки; *по-третє* – психофізіологічні особливості дітей, особливо молодшого віку, внаслідок яких вони не в змозі правильно оцінити відчуття, що виникають на ранніх стадіях захворювання, і розповісти про них. *Скарги* у разі злоякісних новоутворень зазвичай з'являються лише тоді, коли пухлина стає великою. Під час розмови з лікарем батьки розповідають, що дитина за короткий час схудла, погано їсть, знервована, сон у неї порушений. В ураженій щелепно-лицевій ділянці є безболісне новоутворення, яке швидко росте.

Клініка. Клінічних симптомів на ранніх стадіях розвитку пухлини дуже мало. Злоякісна пухлина м'яких тканин звичайно щільна, безболісна, без чітких меж, швидко збільшується, може бути ділянка некрозу у центрі у разі великих її розмірів. Шкіра навколо неї бліда, з вираженим судинним венозним малюнком. Можливе ураження гілок лицевого нерва за рахунок інфільтративного росту пухлини у привушно-жувальній ділянці, що клінічно проявляється парезом мимічних м'язів. За умови кісткових злоякісних пухлин на ранніх стадіях клінічних симптомів також майже немає. Вони можуть стати рентгенологічною „знахідкою” лікаря. У подальшому в разі активного росту пухлини з'являється деформація щелеп. Поява гнійнокрив'янистих виділень з носа та порушення носового дихання є діагностичними симптомами злоякісного процесу у верхньощелепній пазусі або носовій порожнині. Наявність рухомих зубів, виразок у ділянці видаленого зуба, які не загоюються, свідчить про ураження пухлиною коміркового відростка щелепи. Злоякісні пухлини у дітей можуть маскуватися під різні захворювання (періостит, остеомієліт, лімфаденіт). Відхилення від звичайної клінічної картини вищеперерахованих захворювань (відсутність температурної реакції, тривалий перебіг) повинні насторожити лікаря. Тому після ретельного збору анамнезу та огляду дитини проводяться додаткові методи обстеження. Принцип призначення їх у дітей зводиться до отримання максимальної інформації за мінімальної інвазії. Виходячи з цього всі методи можна розташувати у такій послідовності:

- пренатальне розпізнавання пухлини, яке базується на аналізі хромосомного складу (ідіограм) клітини;
- імунодіагностика, що виявляє розбіжність антигенів пухлинної та нормальної тканин;
- садова реакція на рак (ОРР). Суть ОРР полягає у тому, що в сироватці крові онкохворих з'являється нерозчинний білок – у-глобулін, який і виявляється осадовою реакцією; ця реакція найбільш інформативна на ранніх стадіях пухлинного росту; - різні види рентгенологічного обстеження; - біопсія.

Одним з найпростіших та поширених видів рентгенообстеження є звичайна рентгенографія у різних укладках. Рентгенологічне обстеження певною мірою дає змогу лікареві виявити ознаки злоякісного росту, обсяг пухлини, її розташування по відношенню до прилеглих ділянок. Рентгенологічними ознаками злоякісних пухлин кісток є зміна

інтенсивності проникнення рентгенологічних променів порівняно із симетричними ділянками. На відміну від доброякісних пухлин та пухлиноподібних новоутворень, межі переходу патологічного вогнища у здорову кістку нечіткі, кортикальна пластинка зруйнована. У деяких випадках така характеристика може бути і за наявності доброякісних пухлин, але пріоритет треба віддавати комплексу клінічних, цитологічних, морфологічних досліджень. Для виявлення рівня локалізації пухлини і (певною мірою) її обсягу проводять томографію (пошарове рентгенологічне дослідження кісток).

Комп'ютерна томографія надає кількісну пошарову інформацію про розміри, "взаємовідносини" пухлини і прилеглих тканин. За допомогою методу отримують тонкий зріз органів та тканин організму на різних рівнях. Комп'ютерна томографія супроводжується більшою дозою опромінення, ніж звичайне рентгенологічне дослідження, і це треба враховувати під час обстеження дитини.

Ядерно-магнітно-резонансне дослідження ґрунтується на можливості зміни реакції ядер водню, що містяться переважно у тканинній рідині або підшкірній жировій клітковині, у відповідь на радіочастотні імпульси у стабільному магнітному полі. За допомогою цього методу дослідження можна точніше, ніж у разі комп'ютерної томографії, визначити положення пухлини щодо прилеглих тканин, обсяг новоутворення, що дасть можливість обрати правильну хірургічну тактику. На ядерно-магнітних томограмах краще диференціюються судини, лімфатичні вузли у м'яких тканинах.

Радіонуклідний метод дозволяє певною мірою провести диференційну діагностику між злоякісною та доброякісною пухлинами. Він простий, нетравматичний, навантаження опромінення у разі його застосування низьке. **Патогістологічне дослідження.** Уточнення діагнозу злоякісного новоутворення значною мірою досягається шляхом гістологічного дослідження біопсійного матеріалу. Розрізняють пункційну, інцизійну та ексцизійну біопсію. 1

1. *Пункційна біопсія* – здійснюється на глибині пухлини спеціальною голкою з мандреном (наприклад, голка Медвинського та її модифікації). Звичайно матеріалу для патогістологічного дослідження береться небагато, але у достатній кількості для визначення злоякісних ознак пухлини.

2. *Інцизійна біопсія* – висічення однієї або кількох ділянок пухлини.

3. *Ексцизійна біопсія (розширена)* – хірургічне видалення усього патологічного вогнища у межах здорових тканин.

Гістологічне дослідження тканин, отриманих під час пункційної біопсії, у дітей не завжди дозволяє визначити вид пухлини та ступінь її малігнізації, особливо з локалізацією у кістці. Тому інформативнішою буде інцизійна або ексцизійна біопсія. Пухлинний матеріал слід брати на межі зі здоровою тканиною та збоку від центру з найменшою травматизацією пухлини, щоб гістолог міг виявити різницю морфологічної картини пухлини та прилеглих ділянок. Для гістологічного дослідження не беруть матеріал з тієї частини пухлини, у якій дуже виражені вторинні зміни (наприклад, у центрі новоутворення, де є некроз).

Диференційна діагностика злоякісних новоутворень повинна проводитися з доброякісними пухлинами.

Сумарні відмінності між злоякісними і доброякісними пухлинами

Злоякісні пухлини	Доброякісні пухлини
Швидкий ріст	Помірний ріст
Інфільтративний ріст	Експансивний ріст (за винятком гемангіом)
Метастазують	Не метастазують

Клітини мало-чи недиференційовані
Поліморфізм клітинний та їх ядер

Рецидиви
Кахексія
Імунодепресія

Клітини добре диференційовані
Відсутність поліморфізму клітинного та їх ядер
Рецидиви відсутні
Кахексія не розвивається
Імунодепресія відсутня чи виражена незначно

На рентгенограмі кісток межі пухлини На рентгенограмі кісток межі пухлини чіткі, нечіткі, наявність спікул, явища остеолізу явища дистрофії, гіперплазії

У дітей злоякісні пухлини також диференціюють із хронічним продуктивним остеомієлітом, неондонтогенним періоститом.

Принципи лікування

Лікування хворих із злоякісними новоутвореннями повинно проводитися тільки у спеціалізованих онкологічних клініках, де є фахівці необхідної кваліфікації та відповідні умови (апарати для променевої терапії, кріодеструкції, гіпертермії, хіміотерапевтичні препарати). Комплексна терапія онкологічним хворим надається індивідуально, залежно від локалізації, стадії пухлинного процесу, гістологічної будови пухлини, віку дитини. Комплексне лікування передбачає: хірургічне втручання, променеву та хіміотерапію, імунотерапію.

Хірургічне лікування. До 50-х років минулого століття хірургічне втручання було єдиним методом лікування злоякісних новоутворень у дітей. Нині розроблено комплексну терапію пухлин, і понад 50 % дітей можуть бути практично виліковані. Хірургічне втручання передбачає абластичне, тобто максимально радикальне, видалення злоякісної пухлини та регіонарного лімфатичного апарату. У такому разі потрібно дотримуватися методик зональності та анатомічної футлярності. Це означає, що видалення новоутворення необхідно проводити у межах:

- ✓ анатомічної ділянки, що утворена пухлиною, регіонарними лімфатичними судинами та вузлами, а також анатомічними структурами, які знаходяться на шляхах поширення її;
- ✓ анатомічних фасціальних футлярів, які обмежують поширення пухлинних клітин.

Принцип абластичності видалення пухлини у межах здорових тканин, якого треба дотримуватися в загальній онкології, необхідний і в дитячій онкології, але у дітей його дуже важко втілити в життя. Це зумовлено анатомо-топографічними особливостями щелепно-лицевої ділянки та розташуванням пухлини; крім того, кістозно перероджені пухлини важко видалити цілими, оболонки кіст травмуються, рідина виливається назовні. Другим принципом у разі хірургічного видалення злоякісних пухлин є *антибластика* – заходи щодо запобігання поширенню та знешкодженню пухлинних клітин, які залишились у рані. З цією метою застосовують електроніж, діатермокоагуляцію, слиновідсмоктувач, ретельне висушування рани, одноразові серветки тощо. Видалення значних за обсягом уражених та прилеглих тканин часто тягне за собою значні деформації і важкі порушення в післяопераційний період функцій жування, ковтання, мовлення, що (нерідко) робить неможливим перебування дитини серед інших дітей. У зв'язку з цим життєво необхідним є проведення одномоментної ліквідації дефекту тканин, що лишився після видалення пухлини.

Променева терапія нині застосовується більше ніж у 75 % онкологічних хворих та у 88% хворих із новоутвореннями ротової порожнини і глотки. Принцип цього виду терапії

ґрунтується на вибірковій дії променів на низькодиференційовані клітини пухлини. Але разом із пухлинними клітинами гинуть і здорові тканини, які знаходяться на різних стадіях розвитку. Проведення променевої терапії здійснюється за допомогою різних видів іонізовного випромінювання (рентгенівського, електронного, нейтронного, протонного тощо). Сумарна доза опромінювання, яку рекомендують радіоонкологи для дітей, складає 50 Гр.

Чутливість злоякісної пухлини до опромінювання залежить від:

- 1) гістологічної будови та ступеня диференціювання клітин пухлини (зі збільшенням ступеня диференціювання підвищується стійкість до опромінювання);
- 2) анатомічного характеру росту пухлини (екзофітні пухлини більш радіочутливі, ніж інфільтративні та виразкові);
- 3) темпу росту пухлин (пухлини зі швидким темпом росту краще реагують на опромінювання, ніж ті, які ростуть повільно);
- 4) пухлини із добрим кисневим постачанням більш радіочутливі, ніж ті, які знаходяться у поганих умовах постачання ним.

Для підвищення чутливості пухлини до опромінювання проводять місцеву гіпертермію пухлини, спричиняють гіперглікемію, вводять радіомодифікатори (наприклад метронідазол).

Залежно від відповіді злоякісних пухлин на опромінювання їх поділяють на такі групи:

- 1) радіочутливі (лімфосаркома, ретикулосаркома, лімфогранулематоз);
- 2) помірно чутливі (плоскоклітинні форми раку з різним ступенем диференціювання);
- 3) радіорезистентні (остеогенні, фібро- та хондросаркоми, нейросаркома, меланома);
- 4) помірно радіо резистентні (аденокарцинома).

Для профілактики місцевих променевих реакцій застосовують різні мазьові пов'язки (з олією шипшини, обліпихи). Запобігання запальним променевим реакціям сприяє механічний захист важливих органів від опромінювання (щитоподібної залози, статевих органів, нирок, печінки). Крім того, проводять дезінтоксикаційну терапію, призначають гепатопротектори, засоби, що стимулюють імунну та кровотвірну системи.

Хіміотерапія ґрунтується на цитостатичній, цитотоксичній та імунодепресивній дії онкофармакологічних препаратів на пухлину. Перший напрямок дії цих засобів спрямований на знищення пухлинних клітин за рахунок впливу на різні ланки їх метаболізму, другий – на регулювання проліферативних процесів за рахунок рецепторно-медіаторних механізмів. Виділяють такі групи протипухлинних препаратів:

- 1) гормональні;
- 2) алкілізуючі (ще їх називають "хімічними ножами");
- 3) антиметаболіти;
- 4) препарати рослинного походження;
- 5) протипухлинні антибіотики.

Хімічні протипухлинні препарати вводять внутрішньопухлинно, внутрішньопорожнинно, внутрішньосудинно (внутрішньоартеріально, внутрішньовенно, внутрішньолімфатично).

Особливостями хіміотерапії у дітей є те, що:

- 1) найкращий протипухлинний ефект можна отримати у разі поєднання полі хіміотерапії з опромінюванням;
- 2) хіміотерапію проводять на тлі неспецифічної терапії (інфузійно-аналгетичної: амінокислотні суміші, глюкоза, електроліти, вітаміни, ретаболіл, неробол);

- 3) у разі поліхіміотерапії застосовують одночасно не більше двох препаратів;
- 4) найбільш ефективним є введення препаратів внутрішньовенно.

Імуностимулювальна терапія у разі злоякісних новоутворень нині посідає важливе місце. Головним об'єктом дії її є Т-лімфоцити, які здійснюють контроль за появою атипичних клітин. Синтезовані препарати тимозин, тимолін, тиморин, Т-активін самі по собі не мають протипухлинної дії, але вони підсилюють та відновлюють діяльність Т-клітин, ослаблених хіміотерапією чи опромінюванням. Крім того, отримані певні позитивні результати активної специфічної імунотерапії (протипухлинна вакцинація). Препарати рослинного походження (фітогемаглютинін), гормон Т-лімфоциту перетворюють нейтральні лімфоцити у клітиникілери, синтез яких за умови злоякісних пухлин порушений. Нині для лікування злоякісних пухлин застосовують генну інженерію, а також антисенс-терапію; принцип дії останньої полягає у припиненні функціонування конкретного гена за рахунок інгібіції синтезу відповідного' протеїну. Для ефективної фармакотерапії злоякісних новоутворень необхідно діагностувати рівні ушкодження генома клітин та її епігеномний рівень, системи клітинних сигналів.

Наслідки лікування злоякісних пухлин. Протипухлинне лікування впливає на ріст кісток і м'яких тканин і, як наслідок цього, виникають їх деформації. Не виключено як локальний вплив, так і вплив через центральні механізми на ріст цих тканин. Останній може бути зумовлений дефіцитом гормону росту. Променева терапія може спричинити зниження пізнавальної здатності удітей, впливати на функції статевих залоз, пов'язаних як із виробленням гормонів, так і з життєздатністю герментативних клітин. Хіміотерапія негативно впливає на серце, печінку, зумовлюючи різні ускладнення (перикардит, міокардит, аритмію, інфаркт міокарда, гепатити). Найважчим ускладненням протипухлинної терапії є розвиток другої первинної злоякісної пухлини. Наслідками хірургічного лікування злоякісних пухлин лиця є утворення значних дефектів та деформацій м'яких тканин і кісток. Таким чином, лікування дітей із злоякісними новоутвореннями – це складний процес, оскільки треба не лише впливати на пухлину, а й захистити організм від негативної дії її та безпосередньо лікування. Усі діти, які отримали лікування у спеціалізованих онкостационарах, повинні перебувати під наглядом онколога і районного лікаря-стоматолога. Диспансерний нагляд необхідно здійснювати до 16 років, а потім переводити хворого до дорослого лікувального закладу. Такі діти є інвалідами і вони мають усі юридичні права для отримання соціальної пенсії.

Профілактикою злоякісних захворювань у дітей є своєчасна діагностика та кваліфіковане лікування передпухлинних станів.

Контроль рівня засвоєння знань студентами.

1. Суть поняття "злоякісна пухлина".
2. Суть поняття "метастазування".
3. Назвіть сумарні відмінності між злоякісними і доброякісними пухлинами.
4. Які особливості клініки хондросаркоми, фібросаркоми, остеосаркоми, міобластоми, остеобластокластоми (літична форма), міксоми, саркоми Юїнга?
5. Клініка ракової виразки.
6. Методи і засоби лікування злоякісних пухлин.
7. Які існують види біопсій?
8. Наслідки лікування злоякісних пухлин.
9. Що є профілактикою злоякісних захворювань?

Орієнтовані тестові завдання

1. В клініку хірургічної стоматології дитячого віком звернулась мама з 14 річним хлопчиком зі скаргами на періодичне підвищення температури тіла до 38-39 °С, біль в

зубах нижньої щелепи та на значну деформацію щелепи. Обличчя асиметричне за рахунок потовщення нижньої щелепи зліва, СОПР без змін, 34,35,36 зуби рухомі, пальпація альвеолярного гребеня в даній ділянці болюча. На рентгенограмі в ділянці 34,35,36 зубів вогнище деструкції кісткової тканини неправильної форми з нечіткими межами. Встановіть діагноз:

- А. Саркома Юінга
- В. Рак нижньої щелепи
- С. Амелобластома нижньої щелепи
- Д. Гострий одонтогенний остеомієліт нижньої щелепи
- Е. Остеобластокластома нижньої щелепи

2. Дівчинка 13 років звернулась зі скаргами на періодичне підвищення температури тіла до 38,39 °С, біль в зубах нижньої щелепи зліва та на значну деформацію її. На рентгенограмі в ділянці 34,35,36 зубів вогнище деструкції кісткової тканини неправильної форми з нечіткими межами. Перед встановленням діагнозу - саркома Юінга з яким захворюванням слід провести диференційну діагностику?

- А. Остеомієлітом
- В. Остеобластокластома
- С. Дермоїдна та епідермоїдна кіста
- Д. Фіброзна дисплазія
- Е. Рак нижньої щелепи

3. У хлопчика 12 років скарги на рухомість зубів. Об'єктивно: під час пальпації тіла нижньої щелепи наявна біль, яка іррадіює у вухо та око. Лікар припускає діагноз – остеосаркома. Які ознаки характерні для злоякісної пухлини ?

- А. Швидкий ріст, метастазують
- В. Помірний ріст
- С. Клітини добре диференційовані
- Д. Рецидиви відсутні, не метастазують
- Е. Кахексія не розвивається

4. У хлопчика 14 років скарги на слабкість, головний біль, швидку втомлюваність, періодичне підвищення температури тіла, зуд шкіри. Об'єктивно: двостороннє збільшення шийних лімфатичних вузлів. Лімфовузли щільної консистенції, утворюють конгломерати різної величини. З анамнезу відомо, що такі симптоми з'явилися давно і протікають з періодами загострення та довгими ремісіями. Встановіть діагноз.

- А. Лімфогранулематоз
- В. Міобластома
- С. Хвороба Брайцева-Ліштенштейна
- Д. Фібросаркома
- Е. Ліпосаркома

5. Дівчинка 13 років скаржиться на кровоточивість ясен, розхитування здорових зубів. Об'єктивно: атрофія зубоясенних сосочків, оголення коренів зубів, наявність ерозій на слизовій оболонці альвеолярного відростка. На рентгенограмі виявлено розлиті вогнища деструкції кісткової тканини. Лікар припускає діагноз – еозинофільна гранульома. Після якого додаткового дослідження лікар зможе поставити заключний діагноз?

- А. Після проведення біопсії
- В. Після проведення УЗД

- С. Після проведення ортопантомограми
- Д. Після проведення електроодонтодіагностики
- Е. Після проведення рентгенограми черепа у аксіальній проекції

6. Батьки хлопчика скаржаться на потовщення нижньої щелепи. Об'єктивно: пальпаторно щільне, безболісне випячування щелепи з гладкою поверхнею. Слизова оболонка над потовщенням в кольорі не змінена. На рентгенограмі явне вогнище деструкції кісткової тканини з нечіткими границями. Лікар припускає діагноз – міксому. Після якого додаткового дослідження лікар зможе поставити заключний діагноз?

- А. Після проведення патогістологічного дослідження пухлини
- В. Після проведення УЗД
- С. Після проведення ортопантомограми
- Д. Після проведення електроодонтодіагностики
- Е. Після проведення рентгенограми черепа у аксіальній проекції

7. Батьки хлопчика скаржаться на потовщення нижньої щелепи. Об'єктивно: пальпаторно щільне, безболісне випячування щелепи з гладкою поверхнею. Слизова оболонка над пухлиною в кольорі не змінена. На рентгенограмі явне вогнище деструкції кісткової тканини з нечіткими границями. Лікар встановив діагноз – міксому. Які фізичні чинники сприяють виникненню пухлини?

- А. Сонячна радіація та УФО
- В. Онковіруси
- С. РНК-віруси
- Д. ДНК-віруси
- Е. Погане харчування

8. До дитячого щелепно-лицевого відділення звернулася дівчинка 14 років зі скаргами на потовщення нижньої щелепи. Об'єктивно: пальпаторно щільне, безболісне випячування щелепи з гладкою поверхнею. Слизова оболонка над пухлиною в кольорі не змінена. На рентгенограмі наявне вогнище деструкції кісткової тканини з нечіткими границями. Лікар перед встановленням діагнозу – міксому, скерував пацієнтку на проведення додаткових методів дослідження. Що показує комп'ютерна томографія?

- А. Пошарову інформацію про розміри, "взаємовідносини" пухлини і прилеглих тканин
- В. Можна точніше визначити положення пухлини щодо прилеглих тканин, обсяг новоутворення, що дасть можливість обрати правильну хірургічну тактику. Добре диференціюються судини, лімфатичні вузли у м'яких тканинах
- С. Дозволяє певною мірою провести диференційну діагностику між злоякісною та доброякісною пухлинами. Дає можливість виявити новоутворення не тільки у кістці, але і в м'яких тканинах
- Д. Добре диференціюються судини, лімфатичні вузли у м'яких тканинах
- Е. Дає можливість виявити новоутворення не тільки у кістці, але і в м'яких тканинах

9. На консультативний прийом в клініку щелепно-лицевої хірургії звернулася дівчинка 9 років зі скаргами на новоутворення на язиці, яке викликає не тільки деформацію, а й утруднює прийом їжі. Об'єктивно: пухлина знаходиться в товщі язика має еластичну консистенцію, форму вузла безболісна. Пухлина покрита слизовою оболонкою з вираженими сосочковими розростаннями. Утруднює розмову. Лікар перед встановленням діагнозу - міобластома, скерував пацієнтку на проведення додаткових методів дослідження. Що показує ядерномагнітно-резонансне дослідження?

- А. Можна точніше визначити положення пухлини щодо прилеглих тканин, обсяг новоутворення, що дасть можливість обрати правильну хірургічну тактику. Добре диференціюються судини, лімфатичні вузли у м'яких тканинах
- В. Дає можливість виявити новоутворення не тільки у кістці, але і в м'яких тканинах
- С. Пошарову інформацію про розміри, "взаємовідносини" пухлини і прилеглих тканин
- Д. Дозволяє певною мірою провести диференційну діагностику між злоякісною та доброякісною пухлинами. Дає можливість виявити новоутворення не тільки у кістці, але і в м'яких тканинах
- Е. Добре диференціюються судини, лімфатичні вузли у м'яких тканинах

10. До хірурга-стоматолога звернулась дівчинка 10 років зі скаргами на новоутворення на язиці, яке утруднює прийом їжі. Об'єктивно: пухлина знаходиться в товщі язика, покрита слизовою оболонкою з вираженими сосочковими розростаннями. Лікар встановив діагноз – міобластома. Які біологічні причини, сприяють розвитку пухлини?

- А. РНК- та ДНК- віруси – онковіруси
- В. Сонячна радіація та УФО
- С. Радіоактивні речовини
- Д. Повторні опіки
- Е. Механічна травма

Список літератури:

1. Харьков Л.В., Яковенко Л.М., Чехова І.Л. Хірургічна стоматологія дитячого віку. – К.: Книга плюс, 2003 302-314 с.
2. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Киев: «Червона Рута-Турс», 2002.-156, 146, 156-159 с.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ №3

Тема. Вроджені вади розвитку ЩЛД. Незрошення губи. Незрошення піднебіння. Комплексне лікування та етапи реабілітації дітей з вродженими вадами розвитку тканин ЩЛД. Короткі вуздечки губ та язика. Комплексне лікування та етапи реабілітації дітей з вродженими вадами розвитку тканин ЩЛД.

Мета: вивчити природу вроджених вад ЩЛД у дітей та їх основні класифікації і статистику, етіологію та патогенез, клініку та лікування незрошення верхньої губи, піднебіння, вуздечок язика та верхньої губи, мілкового присінку ротової порожнини.

Конкретна мета:

- Ознайомити студентів з сутністю вроджених вад, зокрема – вроджених вад ЩЛД.
- Ознайомити студентів з ембріогенезом ЩЛД в плані розвитку можливих патологічних порушень у вказаному процесі.
- Розглянути статистику вроджених вад ЩЛД.
- Навчити формулювати діагноз при вроджених вадах ЩЛД на підставі їх класифікації.
- Розглянути методи хірургічного лікування незрошення верхньої губи.
- Ознайомити студентів з принципами хірургічного лікування незрошення піднебіння.
- Ознайомити студентів з сутністю вроджених вад, зокрема – вроджених вад ЩЛД.
- Розглянути методи хірургічного втручання при вадах розвитку вуздечок язика та верхньої губи.

Контроль початкового рівня знань:

1. Ембріогенез ЩЛД
2. Дати визначення поняттям "спадкове захворювання", "спадкова схильність", "тератогенна вада розвитку".
3. Дати визначення медичним поняттям "вроджена вада", "аномалія", "деформація".
4. В які періоди дитячого віку будь-які хірургічні втручання є небажаними і чому?
5. Які вимоги ставляться до штучного вигодовування дитини?

Зміст заняття.

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. Орофаціальні дисплазії м'яких тканин і кісток лиця.
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. Незрощення 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 незрощення 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.

ВРОДЖЕНІ НЕЗРОЩЕННЯ ВЕРХНЬОЇ ГУБИ.

Розрізняють такі види вроджених незрощень губи:

- 1) за глибиною незрошення (явні, приховані);
- 2) залежно від локалізації незрошення у трансверзальній площині (бічні – 99 % і присередні – 1 %). Бічні, в свою чергу, поділяють залежно від боку незрошення на однобічні – 82 % (лівобічні частіше, ніж правобічні) та двобічні – 17 %; двобічні незрошення губи можуть бути симетричними і несиметричними;
- 3) за довжиною незрошення у сагітальній площині губи (часткові, повні);
- 4) ізольовані та поєднані (з незрошенням коміркового відростка верхньої щелепи, піднебінням). Скарги батьків на наявність у дитини косметичного дефекту тканин верхньої губи, неможливість сосати груди і природно харчуватися.

Клініка. Клінічна картина вроджених незрощень губи має характерні ознаки і звичайно не викликає труднощів під час постановки діагнозу. За наявності ізольованих прихованих незрощень губи дефект і деформація м'яких тканин найменша, навіть іноді це лише втягнутість шкіри у проекції колонки верхньої губи. Незрошення є частковим за наявності дна носового ходу. У разі наскрізних дефектів верхньої губи клінічна картина обтяжується.

Однобічні ізольовані незрошення верхньої губи виявляються у вигляді дефекту верхньої губи з одного чи іншого боку. У такому разі червона облямівка складається з двох фрагментів, на більшому фрагменті вона піднімається на 1/3-1/2 висоти верхньої губи, а іноді й більше. Колонка верхньої губи на незрощеному боці розділена також на дві частини, висота колонки на великому фрагменті завжди зменшена, а на малому – майже нормальна. Крило носа з боку незрошення сплюснене (м'язи верхньої губи на малому фрагменті уплетені в основу крила носа, що призводить до фіксації його в патологічному положенні), кінчик також сплюснений і разом з перегородкою зміщений у здоровий бік, дно носового ходу відсутнє – його "замінює" дефект. Якщо незрошення верхньої губи поєднуються із

незрошенням коміркового відростка, то великий фрагмент останнього (завдяки росту лемеша) переміщується вперед і догори (ніби вивертається), вуздечка верхньої губи завжди коротка. Малий фрагмент у такому разі повернутий медіально донизу і виглядає недорозвиненим.

Двобічні незрошення губи являють собою найважчу ваду щелепно-лицевої ділянки як за клінічною картиною, так і щодо надання лікарської допомоги. Біомеханізм розвитку її значно відрізняється від однобічних. За наявності такої вади верхня губа поділена на три фрагменти, м'які тканини на бічних фрагментах досить виражені, висота колонок дещо зменшена, червона облямівка та м'язовий шар звичайно добре виражені. Присередній фрагмент представлено міжщелепною кісткою, м'якими тканинами пролябіума (центральною ділянкою верхньої губи обмежена колонками), червоною облямівкою та перегородкою носа. Від його положення (наявність протрузії міжщелепної кістки, її повороту, зміщення в один із боків), взаєморозташування з бічними фрагментами і вираженості м'яких тканин на ньому залежать терміни та вид хірургічного втручання і необхідність ортодонтичного лікування. М'яких тканин на присередньому фрагменті завжди обмаль (як червоної облямівки, так і шкірної частини верхньої губи), особливо по висоті. Присінок ротової порожнини мілкий. За такого виду незрошення відбувається значна деформація носа. Перегородка носа завжди дуже коротка, медіальні ніжки крильних хрящів недорозвинені. Іноді перегородка носа притягнута до м'яких тканин губи, кінчик носа роздвоєний, крила розтягнуті і ніс має вигляд баранячого.

Соматичний стан таких дітей залежить від виду та ступеня незрошення, наявності супутніх захворювань. У разі ізольованих незрошень губи дитина може добре харчуватися, тому вона нормально фізично розвивається, набирає вагу, що дуже важливо, особливо у 1-й рік життя. У разі наскрізних (одно- та двобічних) незрошень верхньої губи, що поєднані з незрошенням піднебіння, порушуються функції ссання, дихання. Це призводить до розвитку різних запальних процесів верхніх дихальних шляхів та ЛОР-органів, анемії і гіпотрофії. Так, наприклад, протипоказання до оперативного лікування загальносоматичного характеру мають 30 % таких дітей. Під час детального обстеження у них виявляються тимомегалія, отит, хронічні захворювання нирок тощо. Тільки додаткові методи дослідження дозволяють виявити супутні захворювання, що дуже важливо для підготовки дитини до хірургічного втручання.

Існує багато методик хейлопластики, як односторонніх, так і двосторонніх незрошень (Тенісона, А. А. Лімберга, Л. М. Обухової, Р. Мілларда, К. Кобуса, Харькова-Яковенко та ін.). Їх поділяють в залежності від розкрою тканин на 2 – лінійні та прямокутні. Але всі вони переслідують одну мету відновити анатомічну цілість елементів губи (червоної кайми, колонок, носового ходу, м'язів, присінку порожнини рота) та її функціональну спроможність.

Етапи операції передбачають: розкрій тканин шкірної частини фрагментів губи по одній із методик, мобілізацію м'язів основи крила носа, та слизової оболонки червоної кайми, присінку порожнини рота, ушивання країв рани пошарово з урахуванням нової ретротранспозиції тканин.

Оптимальний термін хейлопластики при вроджених односторонніх незрошеннях верхньої губи при відсутності загальних протипоказань становить 3-6 місяців. При двосторонніх незрошеннях – 6-12 місяців.

ВРОДЖЕНІ ВАДИ НЕЗРОЩЕННЯ ПІДНЕБІННЯ.

Незрошення піднебіння – це щілина піднебіння, яка виникає внаслідок незрошення двох половин піднебіння в період ембріонального розвитку. Може бути уражена лише частина піднебіння (наприклад, тільки м'яке піднебіння або язичок), або ж щілина може проходити по всій довжині піднебіння.

Вродженні незрощення піднебіння класифікують таким чином:

1. Явні (наскрізні) та приховані (ненаскрізні).
2. Повні та неповні (часткові).
3. Однобічні, двобічні та присередні.
4. Твердого і (або) м'якого піднебіння.
5. Поєднанні з незрощенням губи та (чи) коміркового відростка.

Скарги. У разі вроджених незрощень піднебіння батьки дитини скаржаться на наявність дефекту тканин піднебіння і попадання їжі у ніс під час годування, що спричиняє кашель та захлинання. У старшому віці дитина «гугнявить», нечітко вимовляє слова.

Клініка. У разі присередніх ізольованих незрощень під час огляду ротової порожнини комірковий відросток цілий, тверде та м'яке піднебіння складаються із двох фрагментів, леміш розташований посередині. За наявності прихованого ізольованого незрощення твердого та м'якого піднебіння виявляється: на твердому – ділянка утягнення тканин посередині, що просвічується синюватим кольором, а під час пальпації визначається відсутність кісткової тканини в цій ділянці; на м'якому таке утягнення тканин добре видно під час вимовляння дитиною голосної "А" або крику. Часто ізольовані незрощення супроводжуються вадами розвитку опорно-рухового апарату та інших систем. Саме тому такі діти потребують ретельного обстеження.

За наявності однобічного наскрізного незрощення комірковий відросток, тверде та м'яке піднебіння складаються із двох фрагментів, один з них більший, другий менший; леміш зрощений завжди з більшим на всьому протязі або частково (на 1/3, 2/3 довжини). Ротова порожнина сполучається з носовою порожниною з боку незрощення. Звичайно малий фрагмент недорозвинутий, коротший, западає внутрішньо, а більший вивернутий назовні.

У разі двобічних наскрізних незрощень комірковий відросток складається з трьох фрагментів – двох бічних та присереднього. Останній представлений міжщелепною (різцевою) кісткою, частиною коміркового відростка з різцями та лемешем, що лежить між бічними фрагментами посередині. У решті випадків міжщелепна кістка випинається вперед – це так звана протрузія, яка може бути вродженою або набутою в результаті неправильного годування дитини. Значна протрузія міжщелепної кістки потребує ортодонтичного передопераційного лікування. Бічні фрагменти представлені комірковим відростком та горизонтальними пластинками піднебінної кістки (в більшості випадків зміщені досередини та дозад). Ротова порожнина сполучається з носовою порожниною.

За наявності всіх видів незрощень фрагменти м'якого піднебіння звичайно короткі, можуть бути асиметричними. Середній відділ глотки – широкий. У дітей старшого віку визначаються гіпертрофовані мигдалики та аденоїдні вегетації на задній стінці глотки.

Природне вигодовування новонародженого знижує смертність серед малюків, задовольняє сосальний рефлекс, підсилює м'язову активність дитини. Дефіцит їжі на 1-му році життя не може бути компенсований ні в які наступні періоди. Тому забезпечення якісною за складом їжею та вибір правильного способу вигодовування є основоположними для гармонійного розвитку малюків з незрощенням піднебіння, у яких з перших днів життя порушені функції сосання, ковтання, дихання, що утруднює вигодовування та створює умови для розвитку різних запальних захворювань дихальної системи, травного каналу тощо. У малюків сосання впливає на секреторну та моторну функції органів травлення, обмін речовин, гармонійний ріст щелеп і лицевого скелета в цілому.

Існує кілька штучних способів годування дітей з незрощеннями піднебіння: з використанням зонда, ложечки, соски та obturatorів. Перші два сприяють згасанню одного з важливих рефлексів немовляти – смоктання, під дією якого зміцнюються м'язи прищелепних тканин, нижня щелепа переміщується вперед, завдяки чому нівелюється фізіологічна мікрогенія. У разі зондового годування травмується слизова оболонка глотки, стравоходу, виникає її набряк, запалення, а в подальшому можливе формування пролежнів,

стриктур. Тому ці способи годування у дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння повинні бути виключені, якщо не існує інших показань до них (наприклад, синдром П'єра Робена).

Застосування obturatorів різної конфігурації виправдано у дітей з наскрізними незрощеннями верхньої губи, коміркового відростка, твердого та м'якого піднебіння чи ізольованих незрощень (м'якого та твердого) піднебіння. Нині основним призначенням obturatorів є забезпечення можливості природного вигодовування таких дітей.

Obturator (типу знімного протеза на верхню щелепу) виготовляють одразу після народження дитини в умовах щелепно-лицевого відділення у присутності анестезіолога. Для виготовлення повноцінного obturatorа треба якісно зняти відбитки з верхньої щелепи. Це дуже важливий і складний етап роботи, тому що ортодонт працює з дитиною перших днів та тижнів життя, у якій ротова порожнина з'єднана з носовою порожниною, а звідси виникає головне ускладнення на цьому етапі – попадання відтискної маси у дихальні шляхи. Щоб запобігти цьому, необхідно підготувати індивідуальну ложку для відбитка відповідно до розміру щелепи малюка, правильно вибрати відтискну масу; маніпуляцію дитині проводять натщесерце разом із анестезіологом в умовах перев'язувальної або операційної, дитину тримають у вертикальному положенні із нахиленою вперед головою. Після отримання відбитка виготовляють obturator типу знімного протеза із безколірної пластмаси на верхню щелепу. Пластинка повинна бути легкою, тонкою, охоплювати комірковий відросток з обох боків, що істотно підвищує фіксацію, не заходить за межі твердого піднебіння. Достатня адгезія досягається шляхом перебазування пластинки м'якою пластмасою.

В Українському центрі з надання допомоги дітям із вродженими та набутими захворюваннями щелепно-лицевої ділянки запропонована та апробована соска для годування дітей з незрощеннями піднебіння. Вона має пласку форму. Зовні над її поверхнею прикріплена тонка латексна пластинка. Як сама форма соски, так і додаткова пластинка сприяють щільному перекриванню дефекту піднебіння та відокремленню носової порожнини від ротової, що, в свою чергу, створює оптимальні умови для ссання. Застосування такої соски у немовлят із вродженими незрощеннями верхньої губи та піднебіння дозволяє виключити з етапів реабілітації такі травмівні способи, як годування через зонд, застосування протягом доопераційного періоду кількох obturatorів, а також запобігти деформації твердого піднебіння. Крім того, ця соска є універсальною і може бути використана за наявності всіх видів наскрізних незрощень.

Лікування дітей із вродженим наскрізним та ізольованим незрощенням піднебіння комплексне і включає хірургічну, ортодонтичну, логопедичну та психологічну реабілітацію. Залежно від виду незрощення піднебіння, соматичного стану дитини визначають терміни, послідовність проведення того чи іншого виду лікування, але на кожному етапі вони взаємодіють, мають свої закономірності.

Завдання ураностафілопластики:

- закриття сполучення носової порожнини з ротовою;
- звуження середнього відділу глотки;
- подовження м'якого піднебіння.

Базова методика щадної ураностафілопластики передбачає проведення таких етапів:

- Викроювання слизово-окісних клаптів.
- Відшарування цих клаптів до межі твердого та м'якого піднебіння.
- Відокремлення їх від заднього краю горизонтальних пластинок піднебінної кістки.
- Остеотомія задньої стінки піднебінного отвору та виведення судинно-нервового пучка.
- Зняття з гачка крило-піднебінного відростка клиноподібної кістки сухожилля м'язанатягача піднебінної завіски.

➤ На останньому етапі освіжають краї незрощення і пошарово накладають шви на рану м'якого піднебіння кетгутом та поліамідною ниткою. Дефект у передньому відділі піднебіння за показами закривають за допомогою перевернутого на 180° слизово-окісного клаптя або клаптем на ніжці з боку слизової оболонки верхньої губи.

ВАДИ РОЗВИТКУ ВУЗДЕЧКИ ЯЗИКА

Вада розвитку вуздечки язика проявляється зменшенням довжини та нетиповим місцем прикріплення "ніжок", а також зміною товщини її. Вона може бути представлена як складкою слизової оболонки (тонка вуздечка), так і міцними тяжами зі вплетенням сполучнотканинних та м'язових волокон.

У нормі вуздечка язика прикріплюється на 1-1,5 см нижче від його верхівки. Друга точка прикріплення – у ділянці дна ротової порожнини по присередній лінії за під'язиковими сосочками. Частіше аномалії вуздечки язика проявляються прикріпленням її у нетиповому місці, значною вираженістю тяжа та зменшенням довжини аж до зрощення з дном ротової порожнини. Усе це обмежує рухи або призводить до нерухомості (контрактури) язика та неприродного розташування його.

У разі короткої вуздечки язика спостерігається 2 варіанти прикріплення її:

- 1) до верхівки язика та тканин дна ротової порожнини допереду від під'язикових сосочків;
- 2) до верхівки язика та коміркового відростка.

Скарги батьків різні і залежать від віку дитини:

1. З перших днів життя дитини – на порушення акту смоктання. Одне годування триває 50-60 хв., дитина втомлюється, плаче, засинає біля груді, ковтає багато повітря. Часто немовлят з короткою вуздечкою язика переводять на штучне вигодовування через те, що вони відмовляються ссати грудь.
2. У віці 6-9 міс. – на помітне відставання у рості фронтальної ділянки нижньої щелепи з наявністю сполучнотканинних та м'язових елементів у вуздечці язика.
3. У 5-6-річному віці – на порушення вимови (частіше діти не вимовляють букви "р" та "л").
4. У 7-9-річному віці – на неправильне розташування фронтальних зубів на нижній щелепі, порушення прикусу, а в разі прикріплення вуздечки до ясенного краю нижньої щелепи виникають скарги на запалення ясен у ділянці фронтальних зубів її, кровотечу з ясен під час чищення зубів та вживання їжі. Іноді можливий розрив вуздечки (у разі надмірних рухів язиком), тоді скарги будуть на наявність короткочасної кровотечі та біль у місці розриву вуздечки.

Клініка. У немовлят вуздечка язика представлена лише слизовою оболонкою, тому вона тонка і коротка. У дітей більш старшого віку під час огляду ротової порожнини – язик звичайних розмірів, рухи його обмежені. Кінчиком язика торкнутися піднебіння та облизати верхню губу дитина не може, а під час спроби зробити це може виявлятися роздвоєння кінчика язика. Вуздечка язика частіше коротка, представлена щільним сполучнотканинним тяжем або дублікатурою слизової оболонки, місця прикріплення її зміщені зовнішньо. Іноді вона практично відсутня, тобто язик прирощений до дна тканин ротової порожнини, що спричиняє контрактуру його.

З віком виявляється деформація фронтального відділу нижньої щелепи, неправильне розташування зубів у цій ділянці, дистальний прикус. Нерідко виражені явища локального пародонтиту в ділянці названої групи зубів – набряклі ясна, що легко кровоточать і відстають від шийок зубів, зубо-ясенні кишені з нальотом та неприємним запахом тощо.

Лікування. Новонародженим з короткою вуздечкою язика, що зумовлює порушення функції смоктання, у перші місяці життя виконують френулотомію – поперечне перетинання складки слизової оболонки за умови тонкої вуздечки. Іноді цю маніпуляцію проводять із застосуванням аплікаційного знеболювання. За наявності щільного широкого

тяжа у ранньому грудному віці проводять пластику вуздечки за О.О. Лімбергом (Z-пластика) або Дифенбахом (V-пластика) під загальним знеболюванням.

Дітям з короткою тонкою вуздечкою язика у віці 3-6 років спочатку показана міогімнастика, яка сприяє розтягуванню вуздечки та збільшенню рухомості язика. У разі неефективності консервативного лікування таким дітям показана пластика вуздечки язика з обов'язковим проведенням міогімнастики у післяопераційний період. Френулотомія виконується за такою ж методикою, що і в новонароджених, але з накладанням швів на рану у поздовжньому напрямку. Вибір методу знеболювання залежить від віку дитини, її соматичного здоров'я та рівня психоемоційної лабільності. Загальне показане дітям до 5 років із вразливою психікою, хронічними соматичними захворюваннями, непереносимістю місцевих анестетиків тощо. В інших випадках застосовують інфільтраційну анестезію.

ВАДИ РОЗВИТКУ ВУЗДЕЧОК ВЕРХНЬОЇ ТА НИЖНЬОЇ ГУБ

Вади розвитку вуздечок губ проявляються зменшенням їх довжини, нетиповим місцем прикріплення ніжки її, збільшенням кількості вуздечок.

Розрізняють дві форми вад вуздечки губ залежно від прикріплення її ніжки: до міжзубного сосочка без уплетення волокон вуздечки у міжальвеолярний шов (непроникна форма) та прикріплення вуздечки губи, у разі якого волокна її уплітаються у серединний шов (проникна форма).

Скарги. У разі короткої вуздечки верхньої чи нижньої губи скарги дітей та їх батьків здебільшого відсутні. Коротку вуздечку губи виявляє частіше ортодонт, до якого звертаються вони зі скаргами на наявність щілини між центральними різцями (частіше на верхній щелепі). Решта дітей звертаються до терапевта-стоматолога зі скаргами на кровотечу з ясен під час чищення зубів, відставання зубоясенних сосочків від шийок різців, рихлість та болючість ясен, неприємний запах з рота, іноді – на рухомість зубів.

Клініка. Вуздечка верхньої чи нижньої губи коротка, що зумовлює утягування середньої частини червоної облямівки. Ніжка вуздечки прикріплюється до сосочка між центральними різцями, що може супроводжуватися діастемою. За умови вплетення волокон вуздечки в серединний шов діастема є завжди. У таких випадках на прицільній рентгенограмі між коренями центральних різців визначається відсутність кісткової тканини у вигляді вузької "темної" смуги. У разі розвитку явищ локального пародонтиту (здебільшого на нижній щелепі) в ділянці фронтальних зубів ясна набряклі, гіперемовані, сосочки відстають від шийок різців. Якщо за такого стану не провести лікування, то з часом утворюються зубо-ясенні кишені, а в подальшому може з'явитися патологічна рухомість зубів, аномалії їх положення. У дітей 10-12 років можна виявити дистальний прикус або аномалії положення різців – нахил їх у бік язика та поворот по осі.

Лікування. Хірургічне втручання за наявності короткої вуздечки верхньої губи частіше здійснюють у період змінного прикусу після прорізування центральних та бічних різців. Однак за умови розвитку явищ локального пародонтиту або у разі постійного травмування вуздечки під час їди втручання виконується після 2 років, коли прорізалися всі тимчасові зуби.

Існують такі способи лікування вад розвитку вуздечок губ:

- поперечне перетинання – френулотомія – виконується у разі короткої вуздечки без відхилення прикріплення її "ніжки";
- пластика вуздечки трикутними клаптями за О.О. Лімбергом – застосовується дуже рідко, оскільки після Z-пластики вуздечка практично зникає, чого не повинно бути;
- переміщення вуздечки V-подібним розтином за Дифенбахом – найпоширеніший спосіб втручання, суть якого полягає у переміщенні "ніжки" вуздечки, що фіксується до коміркового відростка або коміркової частини.

У разі прикріплення "ніжки" вуздечки верхньої чи нижньої губи на міжзубному сосочку та вплетення волокон її у серединний шов з утворенням діастеми оперативне втручання проводять таким чином: V-подібним розтином переміщують вуздечку догори; скальпелем висікають тканини різцевого сосочка до кістки, переходячи на піднебіння і намагаючись не травмувати ділянку виходу судинно-нервового пучка (це може призвести до виникнення кровотечі, яку краще зупинити електрокоагуляцією); кюретажною ложкою або за допомогою бормащини кулястим бором ретельно вибирають решту сполучнотканинних волокон з серединного шва. Вподібний клапоть фіксують у новому положенні. Після такого втручання ортодонт за допомогою капи, пластинки або брекет-системи ліквідує діастему.

За умови короткої вуздечки нижньої губи виконують ті ж самі операції, що описані вище для лікування короткої вуздечки верхньої губи.

Наслідками коротких вуздечок губ є поява діастем (частіше на верхній щелепі), обмеженого локального пародонтиту (частіше на нижній щелепі), деформації зубних рядів та фронтальної ділянки коміркового відростка і коміркової частини.

Контроль рівня засвоєння знань студентами:

1. Яка відмінність між «незрощенням» та «розщілиною»?
2. Класифікація незрощень верхньої губи.
3. Причини виникнення вроджених вад ЩЛД.
4. Анатомічні та функціональні порушення у дитини при незрошеннях верхньої губи.
5. Завдання хейлопластики.
6. Ранні та середні терміни проведення хейлопластики.
7. Які є види незрощень піднебіння і в чому їх суть?
8. Анатомічні та функціональні порушення у дитини при незрошеннях піднебіння?
9. Середні терміни хірургічного лікування незрощень твердого та м'якого піднебіння.
10. Основні клінічні прояви вроджених вад вуздечок язика та верхньої губи.
11. Методи лікування вроджених вад вуздечок язика та верхньої губи.
12. Основні принципи найбільш поширених методик ураностафілопластики.
13. Основні клінічні прояви вроджених вад вуздечок язика та верхньої губи.
14. Методи лікування вроджених вад вуздечок язика та верхньої губи.

Орієнтовані тестові завдання.

1. У відділенні ЩЛХ у хлопчика 2 місяців діагностовано повне ізольоване вроджене двобічне незрощення верхньої губи. Загальносоматичних захворювань у дитини не виявлено. В якому віці найбільш оптимально провести одноетапну хейлопластику?
A. 9 місяців
B. 3 місяці
C. 6 місяців
D. 12 місяців
E. 18 місяців
2. У новонародженій дитини виявлено вроджений дефект верхньої губи зліва. В які періоди ембріонального розвитку можуть формуватися вроджені вади верхньої губи?
A. Протягом 4-8 тиж. розвитку плоду
B. Протягом 1-4 тиж. розвитку плоду
C. Протягом 9-12 тиж. розвитку плоду
D. Протягом 1-2 тиж. розвитку плоду

Е. Протягом 12-15 тиж. розвитку плоду

3. В клініку щелепно-лицевої хірургії госпіталізована дитина віком 3 місяці з вродженою вадою верхньої губи. Об'єктивно: обличчя асиметричне за рахунок одностороннього незрощення верхньої губи зліва, незрощення твердого і м'якого піднебіння відсутнє. Який термін проведення хейлопластики в даному випадку?

- А. В 6 місяців
- В. В 3-4 роки
- С. В 10-12 місяців
- Д. В 1-2 роки
- Е. В 3-4 місяці

4. В клініку дитячої хірургічної стоматології звернулися батьки дитини, у якої вроджена вада верхньої губи. Об'єктивно: часткове незрощення верхньої губи зліва, комірковий відросток та піднебіння в нормі. Маса дитини при народженні 3050 г, соматично здорова. Визначте термін виконання первинної хейлопластики.

- А. 2,5-3 міс.
- В. 3,5-4 міс.
- С. 4,5-5 міс.
- Д. 5,5-6 міс.
- Е. 6,5-7 міс.

5. 45-річна жінка при першій вагітності народила дівчинку, у якої верхня губа та альвеолярний відросток поділені на 3 фрагменти, середній фрагмент різко зміщений вперед та вгору, крила носа сплюснені, піднебіння ціле. Маса тіла дитини при народженні 2700 г. Годування штучне, через відсутність молока у матері. Назвіть повний клінічний діагноз.

- А. Вроджене двобічне явне повне незрощення верхньої губи та альвеолярного відростка, протрузія міжщелепної кістки
- В. Вроджене двобічне наскрізне часткове незрощення верхньої губи та альвеолярного відростка, протрузія міжщелепної кістки
- С. Вроджене двобічне приховане незрощення верхньої губи та альвеолярного відростка
- Д. Вроджене двобічне приховане незрощення верхньої губи, протрузія міжщелепної кістки
- Е. Вроджене двобічне часткове незрощення верхньої губи

6. Батьки 1-місячної дитини звернулися у відділення ЩЛХ. Встановлено діагноз: одностороннє повне явне незрощення верхньої губи. Під наглядом яких лікарів має знаходитись дитина до початку хірургічного лікування?

- А. Щелепно-лицевого хірурга, педіатра.
- В. Педіатра та логопеда
- С. Педіатра та дитячого психоневролога
- Д. Педіатра, щелепно-лицевого хірурга, ортодонта
- Е. Логопеда та щелепно-лицевого хірурга

8. До дитячого щелепно-лицевого відділення поступила 3-річна дівчинка з діагнозом: вроджене одностороннє незрощення твердого та м'якого піднебіння, полідактилія. Яких спеціалістів потрібно залучити для реабілітації цієї дитини?

- А. Щелепно-лицевого хірурга, педіатра, отоларинголога, логопеда, ортодонта, психолога, хірурга-ортопеда
- В. Щелепно-лицевого хірурга, педіатра, логопеда, ортодонта, хірурга-ортопеда

- С .Щелепно-лицевого хірурга, педіатра, отоларинголога, логопеда, психолога
- Д .Щелепно-лицевого хірурга, отоларинголога, логопеда, ортодонта
- Е .Щелепно-лицевого хірурга, психолога, ортодонта, хірурга-ортопеда

9. У дитини 2-х років при огляді виявлено лінійну боріздку на шкірі верхньої губи, а також виїмку на червоній облямівці. Який діагноз можна припустити?

- А. Приховане незрощення верхньої губи
- В. Неповне незрощення верхньої губи
- С. Повне незрощення верхньої губи.
- Д. Явне незрощення верхньої губи
- Е. Ізольоване незрощення верхньої губи.

10. Батьки хлопчика 4-ох місяців, звернулися до хірурга-стоматолога. При огляді виявлено вроджений дефект м'яких тканин верхньої губи, який не доходить до нижнього відділу носового відростка. Який діагноз можна встановити в даному випадку?

- А. Неповне незрощення верхньої губи
- В. Приховане незрощення верхньої губи
- С. Повне незрощення верхньої губи
- Д. Явне незрощення верхньої губи
- Е. Ізольоване незрощення верхньої губи

11. Назвіть можливі способи лікування короткої вуздечки язика

- А. Френулотомія
- В. Френулоектомія
- С. Френулопластика зустрічними трикутниками за Лімбергом
- Д. Френулопластика за Дифенбахом
- Е. Усі названі вище

Список літератури:

1. Харьков Я.В., Яковенко Л.М., Чехова І.Л. Хірургічна стоматологія дитячого віку. –К, 2003.
2. Бернадський Ю.Й. Основи хірургічної стоматології. – К., 1984.
3. Виноградова Т.Ф. Стоматологія дитячого віку. – М., 1987.
4. Гуцан А.Е. Вроджені розщілини верхньої губи і піднебіння. – Кишинів, 1980.
5. Колесов О.О. Стоматологія дитячого віку. – М., 1991.
6. «Стоматологія: симптоми, синдроми, епонімні хвороби, термінологія» під ред. З.П. Масного.– Львів – 2001.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ № 4

Тема. Закономірності клінічного перебігу, алгоритм діагностично-лікувальних та профілактичних заходів, вибір методу знеболення у дітей з запальними захворюваннями ЩЛД та супутніми соматичними захворюваннями в умовах поліклініки та стаціонару. Патогномонічні клінічні ознаки травматичних ушкоджень тканин ЩЛД у дітей

Мета. Вивчити закономірності клінічного перебігу запальних захворювань у дітей та вибір методу знеболення в залежності від клінічної ситуації. Вивчити травматичні пошкодження кісток ЩЛД у дитячому віці, клінічні особливості, методи діагностики та лікування.

Конкретна мета. Вивчити клініку, діагностику та диференційну діагностику запальних захворювань ЩЛД у дітей. Вивчити покази та проти покази до місцевого та загального знеболення у дітей запальними захворюваннями ЩЛД та соматичними захворюваннями.

Вивчити класифікацію травматичних пошкоджень кісток щелеп. Розглянути основні клінічні ознаки травматичних пошкоджень кісток щелеп. Провести обстеження хворих з травмою щелеп. Розглянути надання невідкладної допомоги при переломах щелеп.

Контроль початкового рівня знань:

1. Анатомо-фізіологічні особливості тимчасових та постійних зубів, щелепових кісток у дитячому віці, їх іннервація та кровопостачання.
2. Вибір препаратів та їх концентрацій до даного типу знеболення при стоматологічних втручаннях у дітей різного віку.
3. Значення реактивності організму хворого та патології різних груп зубів у виникненні та розвитку запальних процесів ЩЛД.
4. Шляхи поширення інфекції у щелепово-лицевій ділянці у дітей.
5. Важливість ранньої діагностики та лікування запальних процесів щелепово-лицевої ділянки у дітей.
6. Значення планової санації у попередженні виникнення запальних процесів у дітей.
7. Анатомо-фізіологічні особливості будови ЩЛД у дітей, які зумовлюють особливості травм щелеп.
8. Зони росту щелепових кісток.
9. Визначення відкритого та закритого переломів.
10. Характер зміщення відламків при переломах щелеп.

Зміст заняття

Гострі запальні процеси відносять до категорії хвороб, при яких переважно показані лікувальні втручання в перші години звертання хворих за медичною допомогою, тобто з захворюваннями, які потребують негайного хірургічного втручання. До таких захворювань відносять гострі одонтогенні запальні процеси щелепно-лицевої ділянки: періостит, остеомієліт, абсцеси, флегмони, а також лімфаденіти, які є наслідком патологічних процесів, що розвиваються в порожнині рота, і ін. Необхідно пам'ятати, що оперативність лікаря при вказаних захворюваннях є необхідною якістю, оскільки часто тільки негайно проведене оперативне втручання може попередити тяжкі ускладнення і позбавити хворого від страждань. Враховуючи близьке розташування головного мозку, анатомічнотопографічні особливості, які сприяють швидкому поширенню запального процесу, а також масивну васкуляризацію, яка обумовлює активне всмоктування продуктів запалення й інтоксикацію організму, значення негайного оперативного втручання важко переоцінити. Цілком ймовірно, що лікарі будь-якої спеціальності повинні мати елементарні знання для встановлення правильного діагнозу і проведення негайного втручання при гострих гнійних захворюваннях щелепно-лицевої ділянки.

Серед запальних захворювань щелепно-лицевої ділянки та шиї найбільш часто зустрічаються одонтогенні процеси.

Періостит. Гострий. Періостит щелеп найчастіше розвивається в результаті загострення хронічного запального процесу в періодонті. Внаслідок резорбції кістки при хронічному періодонтиті інфекція з тканин періодонта легко проникає в окістя. Значно рідше періостит щелепи виникає як ускладнення гострого гнійного апікального і маргінального

періодонтиту. Консервативне лікування зуба в ряді випадків також може ускладнитись запаленням окістя. Захворювання розвивається також після операцій видалення зуба, коли вони виконуються травматично, з пошкодженням кісткової тканини і ясен, у випадку неповного видалення зуба з приводу періодонтиту.

Клінічна картина. Клінічні прояви і перебіг періоститу щелеп дуже різноманітні. У початковому періоді процес в одних хворих перебігає бурхливо, запальні явища наростають з кожною годиною. У інших захворювання розвивається більш повільно, протягом 1-2 днів. У цей період самопочуття погіршується, виникає слабкість, розбитість, підвищується температура тіла. Хворі відмічають, що больові відчуття в ділянці зуба, який був джерелом інфекції, переміщуються у відповідну половину щелепи. З розвитком запального процесу в окісті з'являється набряк навколощелепних м'яких тканин, виражений в тому чи іншому ступені. Припухлість змінює конфігурацію обличчя. Локалізація набряку типова і залежить головним чином від локалізації зуба, що був джерелом інфекції. Періостит частіше перебігає у вигляді обмеженого запального процесу в окісті альвеолярного відростка на протязі декількох зубів. Якщо запалення поширюється на значні ділянки окістя, то прояви захворювання виражені більш різко. Взагалі температура тіла при періоститі в межах 37,3-37,8 °С, інколи в перші дні захворювання вона може залишатись нормальною. Збільшення числа лейкоцитів (10-12 x 10⁹/л, інколи більше). Кількість лейкоцитів може бути в межах норми або спостерігатись лейкопенія (особливо в таких випадках, коли проводилось лікування сульфаніламидами та антибіотиками). Нейтрофілоз за рахунок збільшення числа сегментоядерних (до 70-75 %) і паличкоядерних лейкоцитів (до 8-20 %). Одночасно зменшується відсотковий вміст лімфоцитів (до 10-20 %) та еозинофілів. Через декілька днів від початку захворювання ШОЕ дорівнює 15-20 мм/год. При дослідженні сечі в більшості хворих змін не виявляється. Тільки в деяких в гострому періоді з'являється білок. Іноді відмічається невелика кількість лейкоцитів. Описані загальні клінічні симптоми характерні для більшості хворих з періоститом щелеп. Місцеві прояви захворювання мають деякі особливості залежно від локалізації запального процесу. Періостит найчастіше виникає з вестибулярної сторони альвеолярного відростка, рідше з піднебінної і язикової. Пояснюється це особливістю анатомічної будови щелеп: більш тонкою зовнішньою стінкою альвеоли, направленням відтоку венозної крові і лімфи від зубів. При вестибулярній локалізації періоститу верхньої щелепи в ділянці центральних і бокових різців сильно набрякають верхня губа і крила носа. Інколи набряк поширюється на дно нижнього носового ходу. Якщо верхівка зуба близько підходить до дна носової порожнини, то там може утворитись абсцес. При виникненні періоститу в результаті патології верхніх бокових різців набряк захоплює лише одну половину обличчя. При локалізації процесу в ділянці малих корінних зубів та першого великого корінного зуба набряк захоплює щічну, підочну та виличну ділянки, поширюється на нижню повіку та верхню губу. Носогубна складка згладжується, кут рота опускається. Через декілька днів набряк м'яких тканин верхнього відділу обличчя починає опускатись до краю нижньої щелепи. Періостит з піднебінної сторони характеризується своєрідним перебігом. З самого початку з'являється сильний ниючий, потім пульсуючий біль в ділянці твердого піднебіння. Запальний інфільтрат піднімає слизову оболонку, займаючи нерідко значну частину відповідної половини твердого піднебіння. При періоститі нижньої щелепи з вестибулярної сторони в ділянці центральних та бокових різців набрякають нижня губа і підборіддя. Інколи набряк поширюється і на підборідню ділянку. Нижня губа видається вперед внаслідок набряків червоної облямівки прилеглої до неї слизової оболонки рота. Підборідногубна борозна згладжується. При пальпації центральних відділів підборідної ділянки відмічається запальний інфільтрат. У результаті проникнення гною в м'які тканини утворюється абсцес. Взагалі періостит розвивається з однієї сторони щелепи. Але в ослаблених хворих при наявності множинних хронічних вогнищ одонтогенної інфекції можливе одночасне ураження нижньої і верхньої щелеп чи двобічний періостит.

Лікування. Найкращі результати лікування хворих з гострим гнійним періоститом дає комплексна терапія, коли своєчасне хірургічне втручання поєднується з медикаментозним і фізичним лікуванням. Використання в стадії розвинутого гнійного запалення консервативної терапії без хірургічного втручання не тільки не зупиняє розвиток запального процесу, але, навпаки, затягує його перебіг і в ряді випадків призводить до розвитку ускладнень. Основні лікувальні заходи при розвинутому гострому гнійному періоститі полягають в оперативному розкритті запального вогнища і створенні вільного відтоку ексудату. Відсутність флюктуації не є протипоказанням до розрізу. Для успішного проведення оперативного втручання необхідно досягнути знеболювання тканин на місці майбутнього розрізу. Найчастіше використовують місцеве знеболювання - провідникову, інфільтраційну анестезію. Як анестетик використовують 1 % розчин лідокаїну. Розріз при періоститі роблять, розсікаючи слизову оболонку і окістя по перехідній складці довжиною 2-2,5 см на всю глибину тканини до кістки. Одночасно з розтином підокісного гнійника проводять видалення зуба, що був джерелом інфекції, якщо подальше збереження його недоцільне (зуб з сильно зруйнованою коронкою, не має функціональної цінності, зуб, що не піддається консервативному лікуванню). В інших випадках зуб зберігають. Після припинення запального процесу його піддають лікуванню і накладають пломбу. Після хірургічного втручання для швидкої резорбції запального інфільтрату призначають полоскання порожнини рота теплим (40-42 °C) розчином перманганат) калію (1:3 000) чи 1-2% розчином гідрокарбонату натрію 4-6 разів на день. У початковому періоді гострого періоститу, а також після хірургічного втручання, доцільно призначати сульфаніламід (сульфадимезин чи сульфадиметоксин), піразолонові похідні (анальгін, амідопірин), антигістамінні препарати (розчин хлориду кальцію, глюконат чи лактат кальцію), вітаміни (особливо С).

Запалення лімфовузлів щелепно-лицевої ділянки та шиї

Дослідження стану лімфовузлів щелепно-лицевої ділянки та шиї має практичне значення для розпізнавання основного захворювання, наслідком якого є розвиток запального процесу. Особливе значення дослідження лімфовузлів має при диференціальній діагностиці.

Найбільше практичне значення мають підщелепні вузли, які знаходяться за гілкою нижньої щелепи, нижче неї і на шиї. Причиною розвитку лімфаденіту є проникнення мікроорганізмів з вогнища запалення. Розрізняють одонтогенний і неодонтогенний лімфаденіт. Як і при будь-якій локалізації лімфаденіту в щелепно-лицевій ділянці, можливе специфічне і неспецифічне запалення лімфовузлів.

Згідно з патологоанатомічною картиною, розрізняють гострий (серозний) і хронічний (гнійний та гіперпластичний) лімфаденіт.

Лікування. Найбільш часто в щелепно-лицевій ділянці розвивається гострий одонтогенний лімфаденіт. Відповідні лімфовузли збільшуються, стають болючі при пальпації. Лікування хворого зуба ліквідує запалення лімфовузлів. При іншому джерелі інфікування проводять активне лікування основного захворювання. При переході серозного процесу в лімфатичному вузлі і прориві інфекції в оточуючі тканини розвиваються аденофлегмони. При специфічній причині лімфаденіту (але при виключенні метастазу пухлини) проводять консервативне лікування. Нагноєння вузла є показанням до його розтину і подальшого дренивання.

У випадку, якщо хронічний лімфаденіт ускладнений утворенням підшкірної мігруючої гранульоми, показано висічення останньої і видалення хворого зуба. При підозрі на наявність специфічного лімфаденіту необхідне спеціальне обстеження: проба Пірке, Манту, реакція Васермана на сифіліс, спеціальні проби на актиномікоз. Щільний, збільшений, не болючий горбистий лімфатичний вузол дає можливість передбачити метастаз пухлини. При цьому потрібні спеціальні методи обстеження. Першою ознакою СНІДУ може бути збільшення декількох лімфовузлів, малоболючих і рухомих.

Одонтогенний остеомієліт щелеп. Під остеомієлітом розуміють запальний процес не лише в кістковому мозку, а також у всіх структурних частинах кістки і м'яких тканинах. Остеомієліт щелеп може бути одонтогенним, травматичним, гематогенним і специфічним. Крім того, розрізняють обмежений, вогнищевий і дифузний остеомієліт.

В гострій фазі захворювання хворі звичайно скаржаться на біль в ділянці одного зуба, який є джерелом інфекції. Однак швидко до цього приєднуються ознаки запалення періодонту і інших, поряд розміщених, зубів. Біль посилюється, стає рвучим, іррадіює по розгалуженнях трійчастого нерва в очну, скроневу ділянки, вухо.

Однією з основних скарг при остеомієліті нижньої щелепи є порушення поверхневої чутливості червоної облямівки губи, слизової оболонки присінка рота, підборіддя з відповідної сторони (оніміння, відчуття повзання мурашок). У випадках розвитку гнійно-запального процесу в м'яких тканинах біль ніби переміщується за межі щелепи, з'являються скарги (припухлість, зведення щелепи, біль при ковтанні, жуванні). Майже завжди спостерігаються головний біль, загальна слабкість, підвищення температури тіла, порушення апетиту і сну.

При опитуванні хворого вдається з'ясувати, що одонтогенному остеомієліту передував гострий апікальний, маргінальний періодонтит або загострення хронічного періодонтиту.

Хворі бліді. Пульс почашений, в деяких випадках аритмічний. В ділянці ураження щелепи з'являються інфільтрація і набряклість м'яких тканин. Відчувається неприємний запах з рота. "Хворий" зуб спочатку нерухомий, але швидко розхитується. Стають рухомими і поряд розміщені зуби: перкусія їх болюча. Ясна і слизова оболонка перехідної складки в ділянці зубів, втягнутих в процес, набряклі і гіперемійовані. Пальпація їх різко болюча. Під окістям альвеолярного відростка і тіла щелепи накопичується гній. Слідом за розхитуванням зубів гній з'являється також в зубноясенних кишнях. В ряді випадків утворюються під'ясенні абсцеси. При проникненні гною в під'ясенні простори виникають абсцеси і флегмони білящелепних тканин. В таких випадках виявляється інфільтрація тканин щільної консистенції і гіперемія шкірних покривів. Поряд з інфільтратом з'являється різко виражений колатеральний набряк м'яких тканин. Відображенням запальної реакції при остеомієліті може бути також регіонарний лімфаденіт. Інфільтрація м'яких тканин нерідко поширюється на жувальні м'язи, що призводить до зведення щелеп.

Найбільш постійними і ранніми симптомами при остеомієліті нижньої щелепи є потовщення її краю, порушення поверхневої чутливості червоної облямівки нижньої губи і шкіри підборіддя, зміна електрозбудливості зубів. Морфологічним субстратом даного симптому є ураження нижнього альвеолярного нерва, що знаходиться в товщі нижньої щелепи. Порушення чутливості м'яких тканин при остеомієліті нижньої щелепи отримало назву симптому Венсана - за прізвищем автора, що його описав.

Загальна реакція організму проявляється лихоманкою, почашенням пульсу і дихання, ознобом, особливо ввечері, змінами крові і сечі. При гострій фазі остеомієліту температура тіла підвищується до 39-40 °С. В сироватці крові хворих в гострій фазі остеомієліту щелеп з'являється в значній кількості С-реактивний білок, співвідношення альбумінів і глобулінів змінюється в бік переважання останніх.

Хронічна фаза остеомієліту щелеп — найтриваліша. У міру переходу остеомієліту щелепи в цю фазу затухає біль в ділянці щелепи, зменшується інфільтрація м'яких тканин. В місцях розрізів або інших ділянок шкіри, слизової оболонки порожнини рота з'являються нориці, із яких виділяється гній.

Відторгнення секвестрів супроводжується появою грануляцій із норицевих ходів. В ділянці остеомієлітичного вогнища щелепа потовщена, зуби рухомі. Зондування нориці дозволяє виявити нерівні контури секвеструючої кістки.

Утворення секвестрів при остеомієліті нижньої щелепи визначається як особливостями зміни її інтраосального кровообігу, так і локалізацією абсцесу або флегмони в навколощелепних м'яких тканинах.

В результаті затримки виділення ексудату через нориці і утворення гнійних затікань може виникнути загострення запального процесу. Знову інфільтруються м'які тканини.

Важливе місце в діагностиці хронічного остеомієліту щелеп належить рентгенологічному дослідженню Вогнища руйнування, оточені щільними склеротичними стінками, чергуються з вогнищами склерозу. Кістка набуває строкатого грубоволокнистого малюнка. Але найбільше діагностичне значення при остеомієліті має секвестрація, характерна для хронічної фази захворювання. Рентгенологічною ознакою секвестру є підвищення інтенсивності його тіні. Тінь секвестру різко виділяється на фоні більш прозорих оточуючих кісткових елементів.

Хронічний одонтогенний остеомієліт щелеп диференціюється від специфічних уражень щелеп (актиномікози, туберкульоз, сифіліс), доброякісних та злоякісних пухлин.

Абсцеси і флегмони щелепно-лицевої ділянки. Серед інфекційно-запальних захворювань щелепно-лицевої локалізації значну частину складають гнійні обмежені або розлиті запальні процеси м'яких тканин, тобто абсцеси і флегмони.

Клінічна картина. Захворювання при одонтогенних абсцесах і флегмонах часто починається із загострення хронічного періодонтиту, перикоронариту, якщо він має виражені зміни в крайовому пародонті, з'являється біль, що посилюється при натискуванні на зуб. Через деякий час до перерахованих проявів захворювання приєднуються інші, які свідчать про поширення інфекційно-запального процесу за межі щелепи. Місце прояву перших ознак запалення навколо щелепних м'яких тканин залежить від локалізації первинного інфекційного вогнища в зоні того чи іншого зуба і деструкції кістки. Подальше поширення інфекційно-запального процесу в навколощелепних м'яких тканинах відбувається звичайно по клітковині, яка заповнює міжфасціальні та міжм'язові простори та оточує судини, нерви, слинні залози. При цьому виникає ущільнення тканин, яке часто супроводжується появою асиметрії обличчя і шиї у вигляді припухлості. Біль ніби поширюється за межі щелепи, стає менш локалізованим. Може спостерігатись порушення жування за рахунок болю і обмеження відкривання рота. Хворі часто через біль відмовляються від приймання їжі і рідини. Інколи порушується зовнішнє дихання, нарастають ознаки інтоксикації. Хворі відмічають загальну слабкість, швидку втомлюваність, втрату апетиту, порушення сну. Часто спостерігаються порушення фізіологічних відправлень у вигляді запору, зменшення добового діурезу. Температура тіла підвищується до 38-39 °С.

При обстеженні хворого виявляються класичні місцеві ознаки запалення: інфільтрація та набряк тканин, самовиникаючий біль чи біль в момент пальпації, гіперемія шкірних покривів чи слизової оболонки, підвищення місцевої температури і порушення функції жування, ковтання, дихання, мовлення. Вираженість кожного вищеперерахованого симптому змінюється у широкому діапазоні, що залежить не лише від гостроти запального процесу, але і від його локалізації.

Діагноз гнійного запалення (флегмона, абсцес) ставлять на основі врахування таких місцевих проявів: розм'якшення у центрі інфільтрату, флуктуація, локальне підвищення температури тіла. Крім того, при гнійному запаленні спостерігається лейкоцитоз більше $10 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофіліоз 80 % і більше. У сироватці крові спостерігається С-реактивний білок у кількостях, які оцінюються ++++. Для вирішення питання про характер запалення при глибокій локалізації процесу можна провести діагностичну пункцію.

Гнилісно-некротичні флегмони щелепно-лицевої ділянки, у розвитку яких важливу роль відіграє гемолітичний стрептокок, кишкова паличка і анаеробна мікрофлора, характеризуються переважанням загальних реакцій над місцевими проявами захворювання і швидкістю поширення на сусідні ділянки. Найбільш поширена локалізація таких уражень —

дно порожнини рота, навколоушно-жувальна ділянка. З початку захворювання хворі скаржаться на слабкість, головний біль, підвищення температури тіла. Місцево у них виявляється щільний болючий інфільтрат без чітких меж і ознак флуктуації. Шкіра над ними бліда, рухома. У деяких випадках при пальпації визначається крепітація. Температура тіла підвищується до 39 °C і більше, спостерігається виражена тахікардія. При лабораторному дослідженні виявляються ознаки імунідепресії і метаболічних зрушень: відсутність лейкоцитозу, лейкопенія, зниження функціональної активності нейтрофілів, низький титр гуморальних факторів імунітету, метаболічний ацидоз, порушення антитоксичної функції печінки.

Лікування. Кінцевою метою лікування хворих з абсцесами і флегмонами щелепно-лицевої ділянки є ліквідація інфекційного процесу і повне відновлення порушених функцій організму у максимально короткий час. Досягається це проведенням комплексної терапії. Що стосується конкретних лікувальних заходів, то при їх виборі необхідно враховувати стадію захворювання, характер запального процесу, вірулентність мікроорганізмів, тип відповідної реакції організму, локалізацію вогнища ураження, супровідні захворювання, вік хворого. При цьому лікар повинен чітко бачити завдання, які стоять перед ним на тій чи іншій стадії захворювання, добре знати шляхи їх вирішення. В гострій стадії захворювання, коли наростають запальні явища, прогресують ознаки ураження тканин щелепно-лицевої ділянки, основне завдання зводиться до того, щоб обмежити зону поширення інфекційного процесу, відновити рівновагу, яка існувала між вогнищем хронічної одонтогенної інфекції і організмом хворого. Досягається це двома шляхами: проведенням заходів, що забезпечать зниження вірулентності інфекційного вогнища, і направленою регуляцією імунітологічних реакцій.

Під час оперативного втручання необхідно обережно обходитись з тканинами, уникаючи їх надмірного стискання, перерозтягнення. Небажане також широке розшарування окістя. Довжина розрізу шкіри і слизових оболонок при розтині абсцесів і флегмон визначається довжиною інфільтрату. Слизову оболонку, шкіру, підшкірні м'язи і фасції (апоневроз) на шляху до інфекційного вогнища необхідно розсікти, тканини, що лежать глибше, розшарувати за ходом клітковинних просторів.

У хворих з гнилісно-некротичними флегмонами некротизовані тканини не лише є джерелом інтоксикації, але і позитивним середовищем для мікроорганізмів. У зв'язку з цим при наявності великих ділянок некрозу показана їх некротомія. При гнилісно-некротичних флегмонах, коли у рані часто виявляють анаеробну мікрофлору, антибактеріальну терапію антибіотиками доцільно поповнити призначенням метронідазолу.

Виражену антибактеріальну дію має УФ-опромінення рани. Оскільки розвиток гнилісно-некротичних флегмон, як правило, перебігає на фоні імунідепресії, при подібних формах захворювання показані заходи з підвищення специфічної і неспецифічної реактивності. У зв'язку з цим заслуговують на увагу препарати так званої групи адаптогенів, які полегшують пристосування організму до впливів будь-яких несприятливих факторів, в тому числі бактеріальної інфекції.

Очищення операційної рани перебігає паралельно з появою грануляційної тканини, для прискорення цього процесу широко застосовують фізіотерапію: вплив електричних полів УВЧ і СВЧ, випромінювання гелійнеонового лазера, УФ-опромінення.

Прискорене загоєння ран досягається застосуванням препаратів, які стимулюють тканинний обмін, фізіо- і дієтотерапією.

Знеболення – це втрата больової чутливості, яка досягається комплексом дій, спрямованих на тимчасове виключення центральної або периферичної нервової системи. В залежності від цього знеболення поділяють на загальне (наркоз) і місцеве.

Місцеве знеболення є ведучим методом знеболювання, що застосовується на дитячому амбулаторному стоматологічному прийомі. Вибір методу місцевого знеболення при

лікуванні і видаленні зубів, операціях поза і всередині порожнини рота обумовлений не тільки характером специфічної патології, але й особливостями психоемоційного стану і віком дитини. Місцеве знеболення має ряд *переваг*: його проведення не потребує дорого вартісної апаратури, простота виконання, мінімальна токсичність. Після оперативного втручання під місцевим знеболенням хворий не потребує спеціального нагляду лікаря і може бути відпущений додому. На сьогоднішній день знання принципів місцевої анестезії, її видів і методик проведення є абсолютно необхідними для стоматолога любого профілю, тим більше для стоматолога-хірурга.

Під місцевою анестезією слід розуміти зворотній перерив провідності імпульсів по чутливих нервових волокнах, який досягається фізичним, хімічним або фізико-хімічним шляхом з метою усунення болю в ділянці хірургічного втручання і не супроводжується виключенням притомності.

Показання до місцевого знеболення:

- ✓ будь-які втручання в порожнині рота і на обличчі, що супроводжуються болем;
- ✓ у ослаблених хворих, тобто у осіб з дихальною і серцево-судинною недостатністю – в тих випадках, коли наркоз пов'язаний з великим ризиком.

Протипоказання до місцевого знеболення.

Абсолютним протипоказом до місцевого знеболення може бути тільки індивідуальна непереносимість анестетика, однак це відноситься строго до конкретного знеболюючого препарату, який може бути замінений, а не до методу. Відносним протипоказом є страх хворого і інші психологічні прояви несприйняття ін'єкції, які можуть бути блоковані седативними препаратами; супутні захворювання і стани, при яких необхідний індивідуальний підбір препарату; порушення серцево-судинної діяльності, гіпертонія, цукровий діабет та ін..

В залежності від застосованої методики анестезію в стоматології поділяють на поверхневу, інфільтраційну (місцеву) та провідникову (регіональну), а по засобу введення анестетика на ін'єкційну (інфільтраційну та провідникову) та неін'єкційну (аплікаційну: фізичні та хімічні засоби). *Фізичні методи* обмежено використовуються в стоматології. Застосування їх зводиться до місцевого охолодження обмеженої ділянки тканини. Це досягається шляхом застосування льоду, сухої вуглекислоти або хімічного агента, який швидко випаровується – хлоретилу.

До фізико-хімічних методів слід віднести електроанальгезію, електромагнітну, лазерну і аудіоанальгезію, при яких електричний струм, випромінювання або звукові хвилі викликають відповідні біохімічні процеси в тканинах. Сюди можна віднести і досягнення знеболення при застосуванні акупунктурної методики. В основному ж місцева анестезія досягається при застосуванні фармакологічних препаратів, які викликають відповідні зміни в хімізмі нервового волокна, що приводить до блокади ноніцептивних (больових) імпульсів.

Неін'єкційна анестезія дозволяє отримати тільки поверхневе знеболення тканин. Використовують:

- ✗ лікарські речовини – аплікаційний метод;
- ✗ низьку температуру – заморожування;
- ✗ промені лазера, електромагнітні хвилі – фізичний метод;
- ✗ комбінацію анестетика з електричним струмом – фізико-хімічний метод.

Ін'єкційна анестезія ділиться на інфільтраційну і провідникову.

При інфільтраційній, аплікаційній анестезії і знеболенні охолодженням вимикаються периферичні рецептори, що сприймають больові імпульси. При провідниковій анестезії блокують нервовий стовбур, який проводить больові імпульси із ділянки оперативного втручання.

Види ін'єкційного знеболення:

1. *Інфільтраційне знеболення.* Досягається завдяки блокуванню розчином анестетика нервових закінчень в тому місці, де виконують оперативне втручання. При проведенні розтинів в м'яких тканинах або в межах слизової оболонки розчин анестетика вводять безпосередньо в місце розтину – пряме, або термінальне, інфільтраційне знеболювання. При видаленні зубів на верхній щелепі, в передньому відділі альвеолярного паростку нижньої щелепи і при операціях в ділянці твердого піднебіння застосовують так зване непряме знеболення, коли блокують нервові закінчення зубних сплетень.

2. *Провідникове знеболення.* При цьому виді анестезії анестезуючий розчин концентрується біля ділянки нерва або нервового стовбура і блокує проведення нервового імпульсу, завдяки чому виникає анестезія в тій щелепно-лицевій ділянці, яка інервується заблокованим нервом. Переваги провідникової анестезії: обмежена кількість уколів для знеболення великих ділянок тканин, які інервуються заблокованим нервом, що знижує ризик після ін'єкційних травматичних ускладнень; можна використовувати невелику кількість анестетика, що знижує ризик виникнення місцевих і системних токсичних реакцій; більш повне і продовжене знеболювання завдяки більш високій концентрації анестетика в ділянці нерва – відсутність деформації тканин в місті майбутньої операції; можливе введення анестетика поза запальним вогнищем, де його активність знижується. Провідникові анестезії класифікуються по анатомічним признакам: шляхам і місцю введення анестезуючого розчину. Традиційно способи знеболювання тканин верхньої щелепи розглядаються окремо від способів знеболення на нижній щелепі

2.1 *Провідникове знеболення на верхній щелепі:* туберальна анестезія (блокада задніх верхніх луночкових нервів); піднебінна анестезія (у великого піднебінного отвору); різцева анестезія (блокада носо-піднебінного нерва); інфраорбітальна анестезія (блокада підочного нерва); блокада стовбуру верхньощелепного нерва у круглого отвору (центральна анестезія).

2.2 *Провідникове знеболення на нижній щелепі.* Блокада гілок нижньощелепного нерва здійснюється шляхом введення розчину анестетика біля нижньощелепного, підборідного, овального отвору (анестезія третьої гілки трійчастого нерва), крилоподібно-щелепного і крилоподібно-скроневого просторів: мандибулярна анестезія, торусальна анестезія, ментальна анестезія, анестезія біля овального отвору (центральна анестезія) **Загальне знеболення.**

Загальне знеболювання, або наркоз, полягає у штучно зумовленій зворотній зміні функцій ЦНС, що супроводжується "вимкненням" свідомості, втратою різноманітних видів чутливості, пригніченням рефлексорної активності.

Мета загального знеболення – забезпечення безпеки хворого і створення оптимальних умов для роботи хірурга. При вибиранні засобу знеболення враховують загальний стан хворого, вік, характер майбутнього оперативного втручання.

Показання до загального знеболення:

- ✓ неможливості проведення втручань під місцевим знеболюванням;
- ✓ дітей з вадами розвитку і захворюваннями ЦНС та особливостями нервово-психічного стану;
- ✓ у дітей із вродженими і набутих вадами серця (у стадії компенсації);
- ✓ у дітей із бронхіальною астмою та астматичним бронхітом;
- ✓ у дітей із невротичними алергічними реакціями на місцеві анестетики.

Протипоказаннями до проведення наркозу у дітей в амбулаторних умовах є:

- ✓ Наявність гострих або хронічних у стадії загострення запальних процесів верхніх дихальних шляхів (особливо у дітей перших трьох вікових груп).
- ✓ Інфекційні захворювання у гострий період.
- ✓ Гострі запальні захворювання нирок і сечовивідних шляхів, печінки, легень

✓ Повний шлунок (через 4 год. після вживання їжі можна проводити загальне знеболення).

Класифікація методів загального знеболення, що можуть застосовуватися під час операцій у дітей із захворюваннями органів ротової порожнини і щелепно-лицевої ділянки

I. Інгаляційний

✓ масковий (назо- і орофаренгіальний); ≡ ендотрахеальний (назо- або оротрахеальний);

✓ через трахеостому.

II Неінгаляційний наркоз

✓ внутрішньовенний;

✓ внутрішньом'язевий;

✓ ректальний;

✓ електронаркоз.

III Комбіновані методи загального знеболення

✓ нейролептанальгезія;

✓ атаральгезія;

✓ центральна анальгезія;

✓ комбінована загальна електроанальгезія;

✓ загальна анестезія за умови збереження спонтанного дихання.

За способом введення лікарських речовин розрізняють:

✓ мононаркоз (одним анестетиком);

✓ полінаркоз (комбінований, багатокомпонентний або, потенційований).

Для хірурга найважливішим є метод загального знеболювання, оскільки від нього багато в чому залежить можливість проведення адекватного втручання на щелепно-лицевій ділянці та органах ротової порожнини. Перед проведенням інгаляційного та неінгаляційного наркозу призначається премедикація. Це комплекс медикаментозної підготовки, спрямованої на забезпечення проведення безпечного наркозу та операції, що передбачає седативний, анальгетичний ефекти і зниження саливації, запобігання ваго-вагальним рефлексам. Великого значення набуває введення атропіну в схему премедикації, особливо у разі неінгаляційного знеболювання. Це обумовлено фармакологічними властивостями препарату. Він, пригнічуючи слиновиділення, зменшує ризик аспірації слини під час хірургічного втручання. У разі інгаляційного наркозу введення в організм загальних анестетиків у вигляді пари або газу здійснюється у дихальні шляхи з наступною дифузією їх із альвеол у кров. Розвиток наркотичного ефекту і вихід із наркозу залежать від концентрації анестетиків у суміші, що вдихається, їх розчинності у крові і тканинах, стану дихання і кровообігу. Інгаляційний наркоз більш керований, ніж неінгаляційний.

Сучасна комбінована загальна анестезія передбачає три обов'язкових компоненти дії на організм: анальгезію, відсутність свідомості і релаксацію.

Нині широко застосовується нейролептанальгезія (НЛА) – вид комбінованої загальної анестезії, у разі якої використовують препарати, що спричиняють нейролепсію й анальгезію. Метод особливо показаний у дитячій хірургії. Найбільшого поширення набули три види НЛА:

- з використанням фентанілу, дроперидолу, закису азоту з киснем, міорелаксантів, ШВЛ (штучна вентиляція легенів);
- як допоміжний засіб у разі інгаляційної загальної анестезії;
- у поєднанні з місцевою анестезією за умови збереження спонтанного дихання.

Відносно новим видом загальної анестезії є комбінована електроанестезія, у разі якої використовують генератори імпульсного, синусоїдального струму тощо.

Під час забезпечення загального знеболювання анестезіологу і хірургу слід урахувати особливості найбільш важливих систем організму дитини, відмінні від дорослих анатомо-

фізіологічні і психологічні характеристики дітей різного віку, специфіку оперативних втручань у щелепно-лицевій ділянці і ротовій порожнині. Обсяг і розміри різноманітних органів та анатомічних утворень дитини значно менші, ніж у дорослих, що потребує спеціальних інструментів та апаратури. Уявлення про те, що діти (особливо молодшого віку) менш чутливі до больових і психічних травм, помилкові. Ці хворі потребують адекватного знеболювання.

Після закінчення операції і виведення дитини із наркозу правильність дій хірурга набуває дуже важливого значення. Принципово важливими є ефективність та послідовність таких етапів і маніпуляцій:

- у разі проведення оперативного втручання у ротовій порожнині необхідно після закінчення операції пересвідчитися у ретельному гемостазі в рані. Без цього застосовувати заходи щодо виведення дитини із наркозу недоцільно;
- необхідно уважно та ретельно оглянути операційне поле і ротову порожнину і переконатися у відсутності шматочків зубів, кісток, голок, інструментів, тампонів, гумових прокладок, дренажів поза раню, залишків лігатурного дроту тощо;
- у разі проведення операцій на м'якому піднебінні, піднебінно-язикових і піднебінно-глоткових дужках, у ділянці кореня язика асистент часто широко відкритий рот фіксує роторозширювачем, надмірна дія якого може призвести до переднього вивиху нижньої щелепи, вивиху (частіше) тимчасових зубів у змінному прикусі – таку можливість необхідно передбачити;
- під час ларингоскопії можуть бути ушкодження фронтальної групи зубів верхньої щелепи, їх травматичне видалення, що не виключає можливості під час виведення із наркозу обтураційної асфіксії;
- у разі накопичення у ротовій порожнині слини, слизу, кров'яних згустків необхідно їх видалити слиновідсмоктувачем, оскільки в цей період подразнювальний вплив будь-яких сторонніх тіл може спровокувати блювання, ларингоспазм та інші ускладнення.

ТРАВМИ ЩЕЛЕП.

Переломи щелеп частіше виникають у разі падіння з висоти та внаслідок дорожнотранспортних пригод. У переважній більшості випадків травмується нижня щелепа. У 30% випадків переломи супроводжуються закритою черепно-мозковою травмою. Найчастішою локалізацією переломів нижньої щелепи є виrostковий відросток – 50% випадків; у третини хворих перелом виrostкового відростка поєднується з переломами інших відділів нижньої щелепи і частіше спостерігається у дітей віком 10-12 років. Така локалізація певною мірою пояснюється анатомічними особливостями будови щелепи в дитячому віці, серед яких найвагомішими є: еластичність кістки, потовщене окістя, наявність зон росту і зачатків постійних та тимчасових зубів у щелепі.

Забиття щелеп у дітей – явище досить часте. Однак у низці випадків наслідки такого ушкодження досить неприємні. Забиття щелеп нерідко супроводжується ушкодженням м'яких тканин (від саден до забитих ран), утворенням гематом м'яких тканин та післятравматичним регіонарним лімфаденітом. У таких випадках за умови неправильного лікування (призначення зігрівальних компресів) виникає гнійне запалення м'яких тканин та щелеп. Серед наслідків забиття щелепи слід сказати про післятравматичний періостит, який часто переходить у хронічну стадію і викликає деформацію щелеп. У разі забиття ділянки жувальних м'язів може виникати післятравматичний міозит або контрактура. Найгрізнішим наслідком забиття щелепи може бути розвиток саркоми у дітей молодшого віку, оскільки саме у віці до 8 років окістя перебуває у стані активного росту та перебудови і його малодиференційовані клітини можуть набувати ознак атипового росту.

ПЕРЕЛОМИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Скарги дитини на біль у щелепі у місці удару, порушення прикусу, неможливість вживати їжу, натискати на зуби, іноді – на їх відсутність унаслідок травми.

Клініка. Переломи нижньої щелепи без зміщення фрагментів часто поєднуються з гематомами, саднами або ранами м'яких тканин, тому під час огляду спостерігається набряк тканин навколо місця удару (лінії перелому), тобто значна асиметрія обличчя. Відкривання рота звичайно болісне, порушення прикусу не відбувається. Може спостерігатися травма зубів – забиття, травматична дистопія, перелом.

У більшості випадків переломи підокісні, типу „зеленої гілки“, у разі яких періост тримає фрагменти щелеп мов у футлярі. Такі переломи частіше виникають унаслідок дії травмуючого агента, незначного за силою у дітей з тимчасовим або з постійним прикусом.

Переломи щелепи, які відбулися за умови сильного удару та супроводжувались зміщенням відламків, клінічно характеризуються наявністю гематоми, рани у місці травмування м'яких тканин, болісністю і неможливістю відкривання та закривання рота, кровотечею з тканин ясен, ранами слизової оболонки та окістя, відсутністю одного або кількох зубів, порушенням прикусу. Останнє залежить від того, в якому напрямку зміщені уламки щелепи.

У разі присередніх переломів зміщення уламків не відбувається за умови вертикальної лінії перелому або розташування у ній одного із центральних різців, тому клінічно порушення прикусу немає. Останнє відбувається тоді, коли лінія перелому проходить під кутом, але звичайно це зміщення уламків незначне, бо останні врівноважуються м'язами.

Ментальні переломи, а також переломи у ділянці молярів (одно- або двобічні) завжди будуть характеризуватися наявністю одно- чи двобічного відкритого прикусу з контактом лише на кутніх зубах; пальпаторно по краю нижньої щелепи виявляється симптом сходинки, тобто зміщення поверхонь уламків, крепітація їх під час бімануального дослідження з одного чи обох боків. У разі двобічного ментального перелому (якщо є значне зміщення присереднього уламка дозад та донизу) можливе виникнення дислокаційної асфіксії.

За умови однобічного перелому кута нижньої щелепи серединна лінія зміщується у хворий бік і з цього ж боку формується відкритий прикус, а за наявності двобічного вона лишається посередині, але теж утворюється відкритий прикус.

Для однобічних переломів виросткового відростка, які частіше виникають у разі падіння на підборіддя, характерним є: 1) обмежене відкривання рота та наявність болісного набряку привушної ділянки; 2) асиметрія обличчя за рахунок зміщення щелепи у бік перелому; 3) біль з боку перелому під час надавлювання на підборіддя; 4) зміщення середньої лінії у хворий бік. У разі двобічного перелому виросткових відростків у дітей віком до 7 років зміщення відламків практично не відбувається, а частіше виникають переломи-вивихи головки або переломи шийок виросткового відростка типу зеленої гілки. Тоді дитину турбує біль у СНЩС під час жування та натискання на підборіддя. У дітей старшого віку переважають переломи виросткових відростків зі зміщенням, тоді обидві гілки нижньої щелепи зміщуються догори, а нижня щелепа – назад й упирається молярами в моляри верхньої щелепи, тому виникає відкритий і дистальний прикус. Заключний діагноз перелому нижньої щелепи ставлять після проведення рентгенологічного дослідження у бічній укладці за Генішем чи оглядової рентгенограми нижньої щелепи у прямій проекції, у разі перелому виросткового відростка – ортопантомограми або рентгенограми суглоба за Шуллером чи Парма.

На *рентгенограмах* звичайно виявляється порушення цілісності кісткової тканини, наявність лінії перелому, зміщення відламків щелепи.

Диференційний діагноз переломів нижньої щелепи слід проводити із забиттям м'яких тканин, травмами зубів, передніми та задніми вивихами нижньої щелепи, патологічними переломами на тлі пухлинного процесу, який на рентгенограмі характеризується відсутністю кісткової тканини.

Лікування переломів нижньої щелепи залежить від віку дитини, локалізації перелому, зміщення уламків, супутніх ушкоджень тканин щелепно-лицевої ділянки тощо. Консолідація уламків нижньої щелепи на комірковій частині відбувається у терміни до 2 тиж., у ділянці тіла та гілки щелепи – до 3 тиж. Саме на цей час накладаються пристрої для іммобілізації уламків. Розрізняють тимчасову та постійну іммобілізацію. Тимчасова іммобілізація фрагментів нижньої щелепи здійснюється за допомогою лігатурного зв'язування. Постійна іммобілізація уламків передбачає застосування різних видів зубоясенних шин, шин-кап, остеосинтезу тощо. Наслідками переломів нижньої щелепи можуть бути: розвиток запальних процесів м'яких тканин і кістки (абсцеси, флегмони, остеомієліт), відставання у рості та деформація щелепи, прикусу, дефект зубного ряду, артрит й анкілоз СНЩС, контрактури.

ПЕРЕЛОМИ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ.

Переломи верхньої щелепи у дітей бувають рідко і звичайно є наслідком важких травм. Класичною є класифікація переломів верхньої щелепи за Ле-Фором. Остання виділяє не тільки переломи верхньої щелепи, а й виличної кістки, дуги, носа, тобто середньої зони лица. У дітей розрізняють нижній, середній та верхній тип перелому.

Скарги дітей на біль у травмованій ділянці щелепи, набряк тканин верхньої губи або прилеглих до очної ямки, кровотечу з рота, носа, вух, відламані зуби чи їх відсутність у комірці, неможливість стиснути зуби, відмову від їжі, головний біль, нудоту, блювання.

Клініка. У разі поєднаної травми верхньої щелепи із закритою черепно-мозковою на перший план виходять порушення загального стану хворого. Діти адинамічні, бліді, в анамнезі може бути запаморочення або втрата свідомості. Такого хворого обов'язково треба проконсультувати й одночасно лікувати у нейрохірурга або невропатолога, особливо це стосується дітей молодшого віку, коли діагноз "струс" чи "забиття" головного мозку поставити важко. Місцеві прояви перелому верхньої щелепи такі: м'які тканини верхньої губи, підчонамкових ділянок, носа набряклі, можливе порушення їх цілісності; кровотеча з носа, рота, іноді опущення середнього відділу лица, симптом окулярів. Останній виникає у разі крововиливів у клітковину повік одразу після перелому верхньої щелепи, виличної кістки чи очної ямки і зазвичай поширений. За наявності ізольованих переломів основи черепа симптом окулярів з'являється лише через 24-48 год. і не виходить за межі колового м'яза ока. У ротовій порожнині спостерігається розрив слизової оболонки коміркового відростка чи гематома в місці удару; зуби відламані чи вбиті у кістку верхньої щелепи; можлива патологічна рухомість відламків, дефект кісткової тканини верхньої щелепи, сполучення ротової порожнини з верхньощелепною пазухою.

Для виявлення переломів верхньої щелепи проводять рентгенологічне обстеження щелепи та черепа в різних укладках, що обумовлено складністю виявлення лінії перелому, будовою верхньої щелепи тощо. Діагноз ставлять, ґрунтуючись на скаргах, анамнезі, даних об'єктивного та рентгенологічного обстеження верхньої щелепи й черепа.

Диференційну діагностику слід проводити із забиттям верхньої щелепи, травмами м'яких тканин, переломами кісток носа та основи черепа.

Лікування дітей з переломами верхньої щелепи та травмою головного мозку проводиться разом з невропатологом або нейрохірургом. За наявності струсу головного мозку призначають суворий ліжковий режим (особливо у перші 4 доби), снودійні (за необхідності). Для запобігання розвитку запальних процесів м'яких тканин та кісток

проводять антибактеріальну, дезінтоксикаційну, вітамінотерапію. Призначають повноцінну їжу, збагачену вітамінами, білками та механічно оброблену (протерту або напіврідку).

Місцеве лікування переломів верхньої щелепи полягає в ефективній іммобілізації уламків, первинній хірургічній обробці ран м'яких тканин та кісток, яку проводять під загальним знеболюванням після огляду дитини педіатром, анестезіологом і невропатологом. Первинна хірургічна обробка включає ревізію ран (за необхідності – верхньощелепної пазухи), видалення дрібних уламків, зупинку кровотечі, репозицію відламків щелепи та їх фіксацію, ушивання м'яких тканин і слизової оболонки.

Основним принципом іммобілізації уламків верхньої щелепи незалежно від виду перелому (нижній, середній, верхній) є фіксація їх до нерухомих кісток черепа та вилично-очногомкового комплексу, які знаходяться вище від лінії перелому. Уламки верхньої щелепи у разі середніх переломів фіксують за допомогою остеосинтезу, а верхніх – до верхньощелепного чи виличного відростка лобової кістки застосовуючи S-подібні гачки.

Наслідками переломів верхньої щелепи можуть бути: розвиток запальних процесів м'яких тканин та кісток щелепи – абсцеси, флегмони, остеомієліт, синусити, менінгіт; порушення прикусу, розвиток деформацій, гайморит і затримка прорізування зубів; медіастиніт.

Діти з травмами верхньої щелепи підлягають диспансерному нагляду і лікуванню в ортодонта, терапевта-стоматолога, щелепно-лицевого хірурга та інших спеціалістів (за показаннями) не менш двох років.

Контроль рівня засвоєння знань:

1. Класифікація запальних захворювань ЩЛД у дітей.
2. Періостит. Етіологія. Патогенез. Діагностика. Диференційна діагностика. Лікування.
3. Гострий та хронічний остеомієліт. Етіологія. Патогенез. Діагностика. Диференційна діагностика. Лікування.
4. Лімфаденіт. Етіологія. Патогенез. Діагностика. Диференційна діагностика. Лікування.
5. Абсцеси ЩЛД у дітей. Етіологія. Патогенез. Діагностика. Диференційна діагностика. Лікування.
6. Флегмони ЩЛД у дітей. Етіологія. Патогенез. Діагностика. Диференційна діагностика. Лікування.
7. Фурункули та карбункули ЩЛД у дітей. Етіологія. Патогенез. Діагностика. Диференційна діагностика. Лікування.
8. Місцеве потенційне знеболення (суть премедикації).
9. Медикаменти, які застосовують з метою премедикації, їх коротка характеристика.
10. Покази до застосування аплікаційного методу знеболення у дітей.
11. Види інфільтраційного знеболення. Покази до їх застосування при стоматологічних втручаннях у дітей різного віку.
12. Види провідникового знеболення щелепово-лицевої ділянки у дітей різного віку. Покази та протипокази до їх застосування.
13. Можливі ускладнення при проведенні місцевого знеболення, їх класифікація, невідкладна допомога, профілактика.
14. Центральне знеболення на нижній щелепі, покази та протипокази, зона знеболення, техніка проведення.
15. Периферичне знеболення на нижній щелепі, його суть, покази та протипокази, класифікація, особливості проведення у дітей різних вікових груп.
16. Центральне знеболення на верхній щелепі, покази та протипокази, зона знеболення, техніка проведення.
17. Периферичне знеболення на верхній щелепі, його суть, покази та протипокази, класифікація, особливості проведення у дітей різних вікових груп.

18. Покази до проведення загального знеболення при стоматологічних втручаннях у дітей в умовах поліклініки.
19. Протипокази до загального знеболення. Класифікація травматичних пошкоджень кісток ЩЛД у дітей.
20. Особливості обстеження дітей з травмами ЩЛД.
21. Характер зміщення уламків щелеп при переломах.
22. Клініка та діагностика переломів щелеп.
23. Диспансеризація та реабілітація хворих з пошкодженнями ЩЛД

Орієнтовані тестові завдання

1. У дитини 12 років показано видалення 46 зуба з приводу загострення хронічного періодонтиту, та ендодонтичне лікування 36, 35, 16. Дитина хворіє бронхіальною астмою. Яким методом знеболення слід застосувати для проведення даних втручань?
А. Загальне знеболювання
В. Центральну анестезію за Берше-Дубовим
С. Інфільтраційну анестезію
D. Туберальну і піднебінну анестезію
Е. Торусальну анестезію.
2. Дитині 3,5 років проведена операція подовження вуздечки язика. Лікар використав місцевий анестетик для проведення інфільтраційної анестезії Septanest SVC-4% без вазоконстриктора. До якого віку не рекомендовано використовувати анестетики з вазоконстриктором?
А. До 5 років
В. До 4 років
С. До 7 років
D. До 2 років
Е. Немає вікових обмежень.
3. Хлопчик 12 років скаржиться на біль та набряк в підочній ділянці. Об'єктивно: відмічається асиметрія обличчя за рахунок набряку м'яких тканин, носо-губна складка згладжена, очна щілина звужена. При внутрішньоротовому огляді виявлена гіперемійована і набрякла слизова в ділянці зубів 11, 12 та 13. Симптом флюктуації. Встановлено діагноз – одонтогенний гострий гнійний періостит. Призначено періостотомію. Де проводиться розріз?
А. Вище перехідної складки
В. Нижче перехідної складки
С. Вирізання трикутного клаптя
D. Розріз лінійний в найбільшому місці випинання
Е. Вирізання овального слизово-окісного клаптя.
4. Батьки дівчинки 7 років звернулись до лікаря-стоматолога. Об'єктивно: набряк у піднижньощелепній ділянці. Рот відкривається на 1,5 см, подальше відкривання утруднене, температура тіла 38°C, гіперемія та набряк слизової з вестибулярного боку альвеолярного паростку. У 74, 75 зубах наявні пломби, перкусія різко позитивна, у 74 рухомість I ступеню. Поставте діагноз ?
А. Одонтогенний гострий гнійний періостит.
В. Одонтогенний гострий остеомієліт
С. Одонтогенний хронічний періостит
D. Одонтогенний хронічний остеомієліт

Е.Загострення хронічного періодонтиту.

5. Батьки дівчинки 12 років звернулись зі скаргами на наявність припухлості лівої щоки, що з'явилась 11 годин тому. Під час внутрішнього ротового огляду виявлено: перехідна складка згладжена з вестибулярної сторони альвеолярного паростка, набрякла, гіперемійована в ділянці зубів 25, 26. Зуб 26 зруйнований, перкусія різко позитивна. Для встановлення діагнозу слід використати ?
- А. Скарги та дані об'єктивного обстеження, рентгендіагностика зуба 26
 - В. Електроодонтодіагностика зуба 26
 - С. Оглядова рентгенограма черепа у прямій проекції
 - Д. Контрастна рентгенограма гайморової порожнини
 - Е. Пункція в ділянці вибухання.
6. Дитина 14 років скаржиться на головний біль у ділянці нижньої щелепи зліва, підвищення температури до 39°C, утруднене ковтання. Об'єктивно: лице асиметричне, язик обкладений, неприємний запах із рота. Перкусія зубів 4,35,36,37 болюча. Ясна гіперемовані, набряклі з обох боків альвеолярного відростка. Має місце симптом Венсана. Встановлено діагноз – одонтогенний гострий гнійний остеомієліт нижньої щелепи. З яким захворюванням слід провести диференційну діагностику?
- А. Усі перераховані
 - В. Гострий серозний одонтогенний остеомієліт
 - С. Гострий гнійний одонтогенний періостит
 - Д. Нагноєна киста
 - Е. Гострий серозний одонтогенний періостит.
7. Дитина 4 років. Загальний стан середньої важкості, температура тіла 38,5°C. Об'єктивно: асиметрія обличчя за рахунок припухлості правої щоки в нижній третині обличчя та правої підщелепної ділянки. Відкривання рота вільне, потовщення альвеолярного відростка в ділянці зубів 83, 84, 85 з обох боків. Вказані зуби рухомі, перкусія різко позитивна. Який метод лікування показаний у даному випадку?
- А. Видалення причинного зуба, розріз підокісних абсцесів з обох боків коміркового відростка, медикаментозне лікування
 - В. Розріз підокісних абсцесів з обох боків коміркового відростка
 - С. Видалення причинного зуба та проліферативно зміненого окістя
 - Д. Видалення причинного зуба та розріз по перехідній складці
 - Е. Видалення причинного зуба, медикаментозне лікування.
8. Дитина 8 років скаржиться на потовщення нижньої щелепи зліва. Хворіє 2,5 місяці. Об'єктивно: обличчя асиметричне, регіонарний лімфаденіт. Слизова оболонка альвеолярного відростка нижньої щелепи зліва ціанотична, зуби 36 рухомий. Із лунок видалених зубів 74 та 75 виділяється гній. На Rg-грамі: деформація нижньої щелепи зліва за рахунок надлишкового кістоутворення по краю нижньої щелепи у вигляді періостальних нашарувань. Множинні вогнища деструкції кістки в ділянці гілки і кута нижньої щелепи зліва. Встановіть клінічний діагноз?
- А. Хронічний одонтогенний остеомієліт, деструктивно-продуктивна форма
 - В. Хронічний одонтогенний остеомієліт, деструктивна форма
 - С. Хронічний одонтогенний остеомієліт, продуктивна форма
 - Д. Хронічний одонтогенний періостит, гіперпластична форма
 - Е. Хронічний одонтогенний періостит, осифікуюча форма.

9. Батьки дитини М., 6 років, скаржаться на потовщення нижньої щелепи зліва, наявність нориці з постійними виділеннями в підщелепній ділянці. Лікар встановив попередній діагноз: хронічний одонтогенний остеомієліт, деструктивно-продуктивна форма. Які зміни на Rtg-грамі повинен виявити лікар для підтвердження діагнозу?

А. Надлишкове субперіостальне кістоутворення, порушення структури кістки, множинні ділянки деструкції, остеопороз

В. Вогнища остеопорозу та зони остеосклерозу кісткової тканини, збільшення обсягу кістки, додаткова тінь осифікованого окіста

С. Уражена ділянка не має чітких меж, виявляються вогнища деструкції кісткової тканини

Д. Спостерігається ділянка деструкції губчастої та коркової речовини, періостальна будова кістки виражена слабо

Е. Зміни не виявляються.

10. Дитина М. 12 років звернулася до стоматолога зі скаргами на припухлість в ділянці нижньої щелепи справа, та наявність нориць на альвеолярному відростку в ділянці зуба 46, неприємний присмак та запах з рота. Після проведення об'єктивного обстеження та рентген-діагностики встановлено деструктивно-продуктивну форму хронічного одонтогенного остеомієліту. Обов'язковим компонентом лікування хронічного остеомієліту являється:

А. Хірургічне лікування

В. Фізіотерапевтичне лікування

С. Загальноскріплююча терапія та стимуляція імунітету

Д. Специфічна терапія

Е. Антибактеріальна терапія.

11. Хлопчик 10 років після падіння з гойдалки доставлений в травматологічне відділення каретою швидкої допомоги. Після огляду лікар поставив попередній діагноз: закритий перелом нижньої щелепи справа. Який додатковий метод обстеження необхідно провести для встановлення клінічного діагнозу?

А.Рентгенографію тіла нижньої щелепи справа.

В.Рентгенографію зубів нижньої щелепи.

С. Електроодонтодіагностику зубів нижньої щелепи.

Д.Термовізіографію

Е. Ортопантомографію

12. Дитина віком 6 років отримала травму при падінні. При огляді лікар відмічає біль в ділянці нижньої щелепи, неможливість змикання зубів, під час натискання на підборіддя біль посилюється в ділянці нижньої щелепи справа. Дитині встановлено діагноз – перелом тіла нижньої щелепи без зміщення уламків. Які заходи необхідно провести для попередження зміщення кісткових фрагментів?

А. Накладання шини-капи.

В. Призначення протизапальної терапії.

С.Накладання пращоподібної пов'язки.

Д. Фіксацію шиною Тигерштедта.

Е. Проведення остеосинтезу.

Література:

1. Харьков Я.В., Яковенко Л.М., Чехова І.П. Хірургічна стоматологія дитячого віку. – К, 2003.
2. Бернадський Ю.Й. Основи хірургічної стоматології. — К, 1984.
3. Виноградова Т.Ф. Стоматологія дитячого віку. — М., 1987.
4. Колесов О.О. Стоматологія дитячого віку. — М., 1991.
5. Пачес О.І. Пухлини голови і шиї. — М., 1983.
6. Соловйов М.М. Онкологічні аспекти стоматології. — М., 1983.
7. Конрад П., Ертл Дж. Дитяча онкологія/ Пер. з англ. — М., 1981.
8. Клінічна оперативна щелепно-лицева хірургія/ Під ред. Баліна М.В., Александрова М.М. — Петербург, 1998.
9. Тимофеев О.О. Захворювання слинних залоз. – Львів; ВНТЛ-Класика, 2007.

Орієнтовний перелік теоретичних питань для контролю засвоєння знань

- 1 Пухлини та пухлиноподібні новоутворення м'яких тканин та слинних залоз 1. Класифікація доброякісних пухлин та пухлиноподібних новоутворень м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.
2. Капілярні гемангіоми м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки. Закономірності клінічного перебігу, їх діагностика та способи лікування.
3. Кавернозні гемангіоми м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки. Закономірності клінічного перебігу, їх діагностика та способи лікування.
4. Клініка та диференційна діагностика поверхневих та глибоких гемангіом щелепно-лицевої ділянки.
5. Клініка та діагностика мішаних гемангіом щелепно-лицевої ділянки та методи лікування.
6. Переваги та недоліки основних методів лікування гемангіом щелепно-лицевої ділянки.
7. Нейрофіброматоз. Етіологія, клініка, діагностика, диференційна діагностика.
8. Невуси обличчя. Клініка, діагностика, методи лікування.
9. Лімфангіоми щелепно-лицевої ділянки. Класифікація, клініка, діагностика та лікування.
10. Диференційна діагностика лімфангіом щелепно-лицевої ділянки від інших м'якотканних пухлин.
11. Істинні пухлини слинних залоз у дітей. Клініка, діагностика, методи лікування.
12. Ретенційні кісти слинних залоз. Клініка, діагностика, методи лікування.
13. Атерома. Клініка, діагностика, лікування Серединні кісти та нориці шиї. Клініка, діагностика, лікування.
14. Бокові кісти та нориці шиї. Клініка, діагностика, лікування.
15. Диференційна діагностика та методи лікування бокових кіст та нориць шиї.
16. Дермоїдні кісти щелепно-лицевої ділянки. Клініка, діагностика, методи лікування.
17. Епідермоїдні кісти щелепно-лицевої ділянки. Клініка, діагностика, методи лікування.
18. Фіброма, ліпома. Клініка, діагностика, лікування Злоякісні пухлини тканин ЩЛД
19. Класифікація та клінічні ознаки злоякісних пухлин м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.
20. Клінічні, патоморфологічні та інші додаткові ознаки злоякісних пухлин щелепно-лицевої ділянки.
21. Методи діагностики злоякісних пухлин щелепно-лицевої ділянки.
22. Комплексне лікування злоякісних пухлин щелепно-лицевої ділянки.
23. Диференційна діагностика злоякісних і доброякісних пухлин.
24. Злоякісні новоутворення щелеп. Саркома Юінга.
25. Первинна верифікація злоякісних пухлин щелеп та принципи хірургічного лікування.
26. Біопсія злоякісних пухлин, правила та методика її виконання.

27. Комплексне лікування злоякісних пухлин щелепно-лицевої ділянки.
28. Променевий спосіб лікування в комплексному лікуванні злоякісних пухлин.
29. Хіміотерапія злоякісних пухлин щелепно-лицевої ділянки. Ускладнення та їх профілактика. Пухлини кісток одонтогенного та остеогенного походження. Пухлиноподібні новоутворення кісток
30. Класифікація доброякісних пухлин та пухлиноподібних новоутворень кісток щелепнолицевої ділянки.
31. Остеобластокластома. Клініка, діагностика, лікування.
32. Диференційна діагностика остеобластокластоми з іншими новоутвореннями та злоякісними пухлинами щелепно-лицевої ділянки.
33. Остеома. Клініка, діагностика, лікування.
34. Паратиреоїдна остеодистрофія. Етіологія, клініка, діагностика, лікування. 35. Фіброзна остеодисплазія. Етіологія, клініка, діагностика.
36. Одонтогенні кісти верхньої щелепи від тимчасових та постійних зубів. Діагностика, клінікорентгенологічна картина, методи лікування.
37. Одонтогенні кісти нижньої щелепи від тимчасових та постійних зубів. Діагностика, клінікорентгенологічна картина, методи лікування.
38. Фолікулярні кісти верхньої щелепи. Етіологія, клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.
39. Фолікулярні кісти нижньої щелепи. Етіологія, клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.
40. Диференційна діагностика кіст щелеп
41. Банальний та гігантоклітинний епулід. Клініка, диференційна діагностика, методи лікування.
42. Амелобластома. Клінічні проявлення, діагностика, принципи лікування.
43. Диференційна діагностика амелобластоми з іншими пухлинами щелеп.
44. Одонтома та цементома щелеп. Клініка, діагностика, принципи лікування. 45. Диференційна діагностика одонтогенних пухлин з іншими пухлинами щелеп.
46. Методи лікування одонтогенних пухлин щелеп. Травматичні пошкодження щелепно-лицевої ділянки у дітей Анкілоз скронево-нижньощелепного суглоба
47. Класифікація переломів тіла нижньої щелепи. Клініка, діагностика, методи лікування в залежності від віку дитини.
48. Класифікація, клінічна картина переломів верхньої щелепи. Методи їх діагностики.
49. Комплексне лікування переломів верхньої щелепи в залежності від тяжкості травми та віку дитини.
50. Особливості лікування переломів щелеп у дітей в період змінного прикусу.
51. Мікстові ураження щелепно-лицевої ділянки. Клініка, діагностика, принципи лікування.
52. Травматичні пошкодження зубів. Класифікація, діагностика, клініка.
53. Вивихи тимчасових та постійних зубів. Клініка, діагностика, особливості лікування у дітей різного віку.
54. Переломи постійних зубів. Клініка, діагностика, лікування.
55. Причини та клініка односторонніх анкілозів скронево-нижньощелепного суглобу. Хірургічні методи лікування анкілозів скронево-нижньощелепного суглобу.
56. Клінічна картина, діагностика та диференційна діагностика двосторонніх анкілозів скронево-нижньощелепного суглобу.
57. Принципи комплексного лікування хворих з анкілозами.
58. Діагностика та способи лікування мікрогенії при одно- та двосторонніх анкілозах. Компресійно-дистракційний метод.
59. Використання вільного хрящового трансплантату в якості інтерпонуєчого матеріалу при лікуванні анкілозів у дітей. Вроджені вади розвитку тканин ЩЛД

60. Етіологія, класифікація вроджених незрощень верхньої губи та піднебіння.
61. Вроджені ізольовані незрощення верхньої губи: клініка та принципи хірургічного втручання.
62. Одностороннє наскрізне незрощення верхньої губи та піднебіння: клініка, строки та принципи хірургічного втручання.
63. Двостороннє наскрізне незрощення верхньої губи: клініка, строки хірургічного втручання.
64. Комплексна підготовка хворого до хейлопластики при двосторонніх наскрізних незрощеннях верхньої губи.
65. Вільна пересадка шкіри. Показання, протипоказання. Методика забору шкіри. Післяопераційне ведення. Ускладнення вільної пересадки шкіри.
66. Вільна пересадка шкірно-хрящового та хрящового клаптів за Сусловим. Показання, протипоказання. Методика забору матеріалу. Післяопераційне ведення. Ускладнення та їх попередження.
67. Способи годування дітей з наскрізними незрощеннями піднебіння.
68. Показання, час виготовлення і застосування обтуратора при наскрізних незрощеннях піднебіння.
69. Анатомічні і функціональні порушення, які обумовлені незрощеннями верхньої губи і піднебіння.
70. Вплив вроджених незрощень губи і піднебіння на загальний розвиток організму дитини в перші роки життя.
71. Клінічна картина вроджених односторонніх незрощень верхньої губи та піднебіння. Строки та принципи хірургічного втручання.
72. Принципи ортодонтичної реабілітації дитини з вродженим незрощенням піднебіння.
73. Двостороннє незрощення твердого і м'якого піднебіння. Доопераційна підготовка таких дітей і строки хірургічного втручання.
74. Комплексне лікування та строки його проведення хворим з вродженим незрощенням піднебіння.
75. Етапи реабілітації хворих з незрощеннями піднебіння.
76. Медико-соціальна реабілітація хворих з вродженими вадами тканин щелепно-лицевої ділянки.
77. Особливості перебігу, показання, строки та види хірургічного втручання при коротких вужечках губ і язика, мілкому присінку рота.

ПЕРЕЛІК ПРАКТИЧНИХ ЗАВДАНЬ ДЛЯ ПІДСУМКОВОГО КОНТРОЛЮ

1. Оформити медичну історію хвороби.
2. Зробити виписку з історії хвороби.
3. Вміти виконати місцеве знеболювання нижньої щелепи внутрішньо- та позаротовими методами.
4. Вміти виконати провідникове знеболювання верхньої щелепи внутрішньо - та позаротовими методами.
5. Вміти виконати аплікаційне та інфільтраційне знеболювання тканин ЩЛД.
6. Зробити розтин тканин ЩЛД при запальних процесах (абсцесах, інфільтратах).
7. Призначити консервативну терапію та фізметоди хворим із захворюваннями тканин ЩЛД.
8. Призначити додаткові методи обстеження, які необхідні для встановлення діагнозу (дослідження крові, сечі, мазок-відбиток з слизової оболонки, взяття пунктатів, гною)
9. Призначити рентгенологічне обстеження тканин ЩЛД.
10. Вміти зробити типово та атипово видалення тимчасових та постійних зубів.
11. Видалити конкремент із переднього відділу протоки слинної залози.

12. Зробити пункцію новоутворень м'яких тканин та кісток ЩЛД.
13. Вправити вивих нижньої щелепи.
14. Правильно вибрати та направити хворого у лікувальну установу в разі необхідності консультації суміжних спеціалістів.
15. Видалити доброякісні пухлини та пухлиноподібні новоутворення в амбулаторних умовах (атерому, ретенційну кісту слизової оболонки порожнини рота, невеликі кісти щелеп, папілому).
16. Вміти виконати реплантацію зуба, резекцію верхівки кореня зуба.
17. Провести первинну хірургічну обробку рани м'яких тканин ЩЛД без дефекту.
18. Зробити імобілізацію зубів у разі їх пошкодження.
19. Накласти назубо-ясеневу шину у разі перелому тіла нижньої щелепи.
20. Виконати біопсію невеликих пухлин ЩЛД.
21. Виконати кістектомію та кістотомію у разі кіст слинних залоз та щелеп.
22. Надати невідкладну швидку допомогу у разі втрати свідомості, шоці, кровотечах, асфіксіїх, колапсі.
23. Знати показання до госпіталізації дітей в щелепно-лицеве відділення.
24. Знати принципи деонтологічної роботи з дітьми із захворюваннями ЩЛД.
25. Вміти оформити документи дітям із захворюваннями ЩЛД для отримання соціальної пенсії.

Рекомендована література

Базова

1. Хірургічна стоматологія та щелепно-лицева хірургія дитячого віку: підручник/ Харьков Л.В., Яковенко Л.М., Чехова І.Л.; за ред. Л.В.Харькова. – К.: ВСВ “Медицина”, 2015, 496 С.
2. Мельник В.С., Горзов Л.Ф., Халак Р.О. М 38 Дитяча хірургічна стоматологія: Навчальний посібник. – Ужгород: Видавництво УжНУ «Говерла», 2018. – 92 с.
3. Маланчук В.О., Борисенко А.В., Харьков Л.В., Хоменко Л.О., Рибалов О.В., Неспрядько В.П., Фліс П.С., Яковенко Л.М., Остапко О.І., Скікевич М.Г. Основи стоматології. – Київ: Медицина, 2009. – 592 с.
4. Безпека та ефективність місцевої анестезії у стоматології дитячого віку – Р.Гумецький – Видавництво «ГалДент», 2004
5. Малеви́ч О.Є., Житній М.І., Чернов Д.В. та ін. Техніка місцевої анестезії при малих операціях у порожнині рота. Практичний посібник: Навчальний посібник для студентів і лікарів інтернів стоматологічних факультетів вищ. мед. навч. закл. III-IV рівнів акредитації / – Д.: АРТПРЕСС, 2003. – 93 с.
6. Малеви́ч О.Є., Кравченко С.В., Світловський А.А та ін. Техніка операцій видалення зубів та їх коренів: Практичний посібник. Підручник для студентів та інтернів стоматолог. фак. вищ. мед. навч. закладів III-IV рівнів акредитації /– Д.: Арт - ПРЕС, 2003. – 71 с.
7. Стоматологічний діагноз (за МКХ-10): навчальний посібник / В. А. Кльомін, П. В. Іщенко, І. В. Борисова [та ін.]. – Київ : Медицина , 2015, 214 С..
8. Ткаченко П.І., Гуржій О.В. Лімфаденіт щелепно-лицевої ділянки у дітей.: Навчальний посібник /: Центр. метод. кабінет з вищ. мед. освіти, Укр. мед. стоматологічна акад. – Полтава, 2001. – 106 с

Допоміжна

1. Анестезіологія та інтенсивна терапія : [підручник для студентів вищих мед. навч. закладів IV рівня акредитації] / за ред. Ф.С. Глумчера ; Фелікс Семенович Глумчер, Леонард

- Петрович Чепкий, Людмила Василівна Усенко та ін. - К. : Медицина, 2010. - 336 С.: іл. - Бібліогр.: 335 С.
2. Кононенко Ю.Г., Рожко М.М., Рузін Г.П. – Місцеве знеболення при амбулаторних стоматологічних втручаннях, Івано-Франківськ, «Книга-плюс», 2011, 881 С.
 3. Туберкульоз, ВІЛ – інфекція/СНІД, В. Ф. Москаленко, Р. Г. Процюка, К., «Медицина», 2009, 424 С.
 4. Тимофєєв О.О., Захворювання слинних залоз. – Львів, ВНТЛ-Класика, 2007, 160 С.
 5. Шаргородский А.Г. – Запальні захворювання тканин щелепно-лицевої ділянки та шиї, М., 2001, 273 С
 6. Бернадський Ю.І. Основи щелепно-лицевої хірургії і хірургічної стоматології. – Київ: «Спалах», 2003, 512 С.
 7. Local Anesthesia in Dentistry. Edition by Jacques A. Baart, Henk S. Brand. Springer; 2nd ed. 2017 edition (June 8, 2017), 204 p.
 8. Pediatric Oral and Maxillofacial Surgery. Edition by Leonard Kaban, Maria Troulis. Saunders; 1 edition (April 9, 2009), 496 p.
 9. Харьков Л.В. Яковенко Л.М. «Причини послідовності та механізми розвитку клініко-рентгенологічних симптомів при анкілозах скронево-нижньо-щелепового суглоба у дітей»./ Новини стоматології №2, 2009, 14-17 С.
 10. Яковенко Л.М. Комплексне лікування первинних та вторинних деформацій верхньої губи, піднебіння при їх двобічних незрощеннях: Автореф. дис... док. мед. наук: /14.01.22/ /МОЗУ; НМУ ім.О.О.Богомольця. - К., 2004. 39 С.
 11. Єфименко В.П. Діагностика та лікування травматичних пошкоджень виросткового відростка нижньої щелепи у дітей: Автореф. дис... канд.мед.наук:/14.01.22/МОЗУ; НМУ ім. – К., 2006. – 20 с.
 12. Чехова І.Л. Діагностика та лікування гострих неспецифічних лімфаденітів щелепно-лицевої ділянки та шиї у дітей: Автореф. дис... канд.мед.наук: /14.01.22/ /МОЗУ; НМУ ім.О.О.Богомольця. - К., 1994 – 20 С.
 13. Анатомія людини: підручник: у 3 т. А.С. Головацький, В.Г. Черкасов, М.Р. Сапін та ін. – Вид.3. – Вінниця: Нова книга, 2013, 368 с.
 14. Оперативна хірургія та топографічна анатомія : підручник / Ю. Т. Ахтемійчук , Ю. М . Вовк , С. В. Дорошенко, О. Б. Кобзар, М. П. Ковальський, І. Л. Первак, В. І. Півторак , Н. Ю. Радомська, О. А. Радомський, М. В. Пархоменко, К. А. Прокопєць, Т. Т. Хворостяна; за ред. проф. М.П.Ковальського. – К: ВСВ «Медицина», 2010. — 504 С. + кольор. вкл. 40 С
 15. С. І. Дорошенко «Синдроми в ортодонтії» Киев.- «Здоров'я», 2008, 124 С.
 16. Хоменко Л.О., Кисельникова Л.П., Вознюк В.П. Терапевтична стоматологія дитячого віку. – Київ: Медицина, 2013 р. – 864 с.
 17. Фліс П.С., Тріль С.І., Вознюк В.П., Леоненко Г.П. Дитяче зубне протезування. – Київ: Медицина, 2011 р. – 192 с.
 18. Eckehard Kostka, Simon Meissner, Christian H. Finke, Manlio Mandirola and Saskia Preissner. Multidisciplinary Treatment Options of Tooth Avulsion Considering Different Therapy Concepts, The Open Dentistry Journal, 2014, 8, 180-183 p.
 19. Raynomd J. Fonseca. Oral and maxillofacial trauma, Saunders, an imprint of Elsevier Inc, 2013, 153 p.
 20. Mervyn Shear, Paul Speight. Cysts of The Oral and Maxillofacial Regions. – Blackwell Munksgaard, 2007, 237 p.
 21. Michael Miloro. Oral and maxillofacial surgery. – BC Decker Inc., 2004, 1477 p.
 22. David A. McGowan. An Atlas of Minor Oral Surgery: Principles and Practice. – Martin Dunitz Ltd, 1999, 141 p.

23. Peter D.Quinn. Color Atlas of Temporomandibular Joint Surgery. – Elsevier Health Science,1998,248 p.
24. Mitsuhiro Tsukibashi. Treatment planning for traumatized teeth, Quintessence Publishing Co, Ltd Tokyo, 2000 p.
25. The influence of traumatic occlusion on the repair process for teeth following subluxation. 2017, M. F. Amaral, C. Vinicius, L. Debortoli, W. Roberto Poi, S. R. Panzarini, D. A. Brandini, doi: 10.1111/edt.12330
26. Гайдаш І.С., Флегонтова В.В. Казимирко Н.К. Вірус імунодефіциту людини: біологічна характеристика // Український медичний альманах.-2003., №1., 167-171 С.
27. Тест-системи нового покоління для діагностики сифілісу, гонореї, хламідіозу трихомоніазу (методичні рекомендації) / Г.І. Мавров, Л.Д. Калюжная, Л.С. Тацкая, Г.П. Чинов / МЗ та АМН України., 2002.,34 С.