

Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького

Факультет післядипломної освіти

Кафедра хірургічної та ортопедичної стоматології

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА
інтернатури за фахом „Стоматологія”
(практичні заняття) субспеціальність
«Хірургічна стоматологія»

ЛЬВІВ-2016

УДК 616.31(07.07)

М 545

Методичні розробки підготували викладачі кафедри хірургічної та ортопедичної стоматології ФПДО:

зав.кафедри, д.мед.н., професор **Ю.В. Вовк**

к.м.н., доцент **І.М. Мигович**

к.м.н., асистент **А.В. Палій**

Відповідальний за випуск:

Проректор з навчальної роботи ЛНМУ імені Данила Галицького, професор **Гжегоцький М.Р.**

Рецензент:

Завідувач кафедри хірургічної стоматології і щелепно-лицевої хірургії, професор **Варес Я.Є.**

Методичну розробку з інтернатури обговорено
на методичному засіданні кафедри від „__” _____ 2016 р.,
протокол №__ .

Завідувач кафедрою

проф. Вовк Ю. В.

Методичну розробку з інтернатури схвалено
на засіданні методичної комісії ФПДО від „__” _____ 2016 р.,
протокол №__ .

Голова методичної комісії

доц. Січкоріз О.Є.

Методична розробка інтернатури за фахом „Стоматологія” складена на підставі типового навчального плану та програми спеціалізації (інтернатури) випускників вищих медичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації за фахом „Стоматологія”, затверджена МОЗ України 08.08.2013 р.

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

Інтернатура зі спеціальності „Стоматологія” є одною із форм безпосередньої післядипломної освіти лікарів-інтернів.

Основною метою інтернатури за фахом „Стоматологія” є підготовка лікаря-інтерна до роботи в лікувально-профілактичних закладах системи охорони здоров'я на посадах, які передбачені типовими номенклатурними табелями та освітньо-кваліфікаційною характеристикою лікаря-спеціаліста.

Програма передбачає вивчення 3 основних курсів, які необхідні лікарю-стоматологу для його професійної діяльності з базовим, етапним та заключним контролем. До додаткових включені курси: особливо небезпечні інфекційні хвороби, медична інформатика, клінічна імунологія, медицина катастроф, клінічна фармакологія.

Після закінчення інтернатури проводиться атестація на визначення знань та вмінь лікаря-інтерна, яка включає в себе:

- контроль знань та вмінь за комп'ютерними тестуючими програмами, затвердженими МОЗ України;
- ліцензійний іспит „Крок-3”;
- оцінка знань та вмінь володіння практичними навичками;

Атестація проводиться в комісії, яка створена при Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького.

Інтернам, які успішно складають іспит, видається сертифікат „Лікаря спеціаліста” встановленого зразка (наказ МОЗ України № 359 від 19.12.1997р.).

ТЕМАТИЧНИЙ ПЛАН

№	Тема заняття	Години
	Методи обстеження в хірургічній стоматологічній практиці. Основні симптоми у хворих з хірургічною стоматологічною патологією.	2
	Класифікація знечулення. Місцеве аплікаційне та інфільтраційне знечулення. Місцеве провідникове знечулення. Покази та способи виконання. Премедикація, покази та схеми.	2
	Місцеві та загальні ускладнення при ін'єкційному знечуленні, їх профілактика та лікування.	2
	Покази та протипокази до видалення зуба. Методика типового та атипичного видалення зуба.	2
	Місцеві та загальні ускладнення під час та після видалення зуба, лікування та профілактика.	4
	Гострі та хронічні періодонтити зубів. Методи діагностики, клініка. Хірургічні методи лікування періодонтитів зубів.	2
	Проведення інтенсивної терапії та реанімаційних заходів при невідкладних станах.	4
	Періостити щелеп. Класифікація, клініка та діагностика. Методи лікування періоститів щелеп.	2
	Класифікація флегмон. Абсцеси та флегмони клітковинних просторів, що прилягають до верхньої щелепи. Патогенез, клініка, діагностика.	2
	Абсцеси та флегмони клітковинних просторів, що прилягають до нижньої щелепи. Патогенез, клініка, діагностика.	2
2	Етіопатогенез та класифікація одонтогенних остеомиєлітів щелеп.	2
	Клініка, діагностика та лікування гострого одонтогенного остеомиєліту щелеп.	4
	Ускладнення гнійно-запальних захворювань м'яких тканин ЩЛД.	4
	Клініка, діагностика та лікування хронічного одонтогенного остеомиєліту щелеп.	4
	Клініка, діагностика та диференційна діагностика гострих одонтогенних гайморитів.	2
	Клініка, діагностика та диф. діагностика хронічних одонтогенних гайморитів.	2
	Загальна характеристика та класифікації специфічних запальних процесів (актиномікоз, туберкульоз, сифіліс) щелепно-лищевої ділянки.	4
	Класифікація та основні симптомокомплекси при захворюваннях пародонту.	4
	Класифікація та етіопатогенез дисфункційних больових станів СНЩС, артритів та артрозів щелепно-лищевої ділянки.	4
	Клініка, діагностика та лікування дисфункційних больових станів СНЩС, гострих та хронічних артритів.	2
	Методи лікування артрозо-артритів скронево-нижньощелепового суглобу, покази до лікування.	2
	Операції відкритого кюретажу зубоясенних кишень, гінгівотомія, гінгівектомія з гінгівопластикою. Покази до операції. Методики проведення.	2
	Доброякісні пухлини ЩЛД. Етіологія та патогенез. Доброякісні пухлини м'яких тканин. Клініка, діагностика та лікування.	2
	Одонтогенні, остеогенні пухлини і пухлиноподібні новоутвори ЩЛД. Клінічні ознаки, діагностика та лікування.	2
	Сучасні класифікації злоякісних пухлин ЩЛД.	2

	Злоякісні новоутвори шкіри обличчя. Клініка, діагностика та методи лікування.	2
	Злоякісні новоутвори органів порожнини рота. Клініка, діагностика та методи лікування.	2
	Злоякісні новоутвори кісток ЩЛД. Клініка, діагностика та методи лікування.	2
	Класифікація, клінічні особливості та лікувальна тактика стоматолога при пухлинах слинних залоз.	2
	Пошкодження м'яких тканин щелепо-лицевої ділянки. Особливості обстеження раневої поверхні. Методика проведення первинної хірургічної обробки (ПХО) ран обличчя. Сучасні види швів і шовного матеріалу.	4
	Основні методи знечулення при вогнепальних пораненнях щелепно-лицевої ділянки.	2
	Хірургічна обробка вогнепальних ран м'яких тканин та поранень з ушкодженням кісток обличчя. Видалення сторонніх предметів з тканин щелепно-лицевої ділянки.	2
	Травматичні пошкодження нижньої щелепи: особливості клінічного перебігу та лікування. Клінічні прояви, способи консервативного лікування. Види шинуючих присторів.	2
	Травматичні пошкодження верхньої щелепи: особливості клінічних ознак, перебігу, діагностики та надання невідкладної та кваліфікованої допомоги.	2
	Травматичні пошкодження вилицевих кісток і кісток носа: клініка, діагностика та лікувальна тактика лікаря-стоматолога.	2
	Тимчасові та постійні методи іммобілізації при травматичних пошкодженнях ЗЩС і ЩЛД. Травматичні пошкодження слинних залоз.	2
	Ортопедичні методи закріплення кісткових уламків при пораненнях щелепно-лицевої ділянки.	6
	Ускладнення при вогнепальних пораненнях обличчя та щелеп.	4

ЗМІСТ ТЕМ ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ

Практичне заняття № 1

Методи обстеження в хірургічній стоматологічній практиці. Основні симптоми у хворих з хірургічною стоматологічною патологією

Навчальна мета заняття: Вдосконалення знання лікарів – інтернів з питань обстеження хворого з хірургічною патологією щелепно – лицевої ділянки

Навчальні питання

- Правила обстеження хворого
- Скарги хворих з хірургічною патологією ЩЛД
- Збір анамнезу
- Об'єктивне обстеження щелепно – лицевої ділянки

Короткий зміст заняття:

Обстеження хворого з хірургічною патологією щелепно – лицевої ділянки – це комплекс досліджень, які проводять для виявлення індивідуальних особливостей хворого з метою встановлення діагнозу, підбору раціонального лікування, спостереження за протіканням захворювання, визначення прогнозу.

Обстеження завжди починають з вияснення скарг на теперішній момент:

- Больовий симптом – причина виникнення, характер, тривалість, поширеність, інтенсивність, локалізованість.
- Скарги на припухлість, набряк.
- Скарги на дефект чи деформацію тканини, частини органу чи системи.

Збір анамнезу хвороби: коли виникли перші ознаки захворювання, хто їх помітив (сам хворий чи хтось із його оточення); чи спричиняє біль той процес або стан, що привів пацієнта до лікаря; чи звертався він за допомогою раніше; які проводилися дослідження; в чому полягало лікування та який його результат.

Збираючи анамнез життя, слід довідатись про умови праці та побуту, харчування та відпочинку, перенесені в дитячому віці і пізніше захворювання (венеричні, туберкульоз, ангіна і т.д.).

До об'єктивного обстеження щелепно – лицевої ділянки належить огляд, пальпація, зондування, пункція, рентгенографія, артроскопія, біопсія, біохімічні, мікробіологічні та інші дослідження.

Розпочинаючи обстеження хворого, необхідно мати набір стерильних інструментів:

- шпатель;
- стоматологічне дзеркало;
- стоматологічний дзьобоподібний пінцет;
- зубний зонд;

- зонд Баумана;
- голівчастий зонд.

При огляді обличчя звертають увагу на наявність, характер і ступінь асиметрії (межі дефекту або набряку), як змінена шкіра (колір, складчастість), наявність нориць і виділень з них. При пальпації визначається ступінь щільності і еластичність змінених тканин (пастозність, хрящуватість, флюктуація узури в кістковій тканині; симптоми прогинання дитячої пластмасової іграшки або пергаментний хрускіт), відношення змінених ділянок м'яких тканин до прилеглої кістки (зрощення, вільна рухомість, деяке обмеження рухомості). Далі обстежують регіональні лімфатичні вузли. Обстеження порожнини рота розпочинають зі спостереження за вільним і безболісним відкриванням рота. Оглядаючи ротову порожнину, потрібно звернути увагу на забарвлення (гіперемія, анемія, ціаноз, пігментація), блиск (афти, вогнища лейкоплакії) і цілісність (виразки, ерозії, тріщини, дефекти, стягнення рубцями) слизової порожнини рота; обстежити стан перехідної згортки (глибина, наявність природніх згорток, рубцевих перетинок).

Оцінка зубних рядів і окремих зубів, глибина зубо-ясенних боріздов, ступінь відкладень, лінію крайових ясен, місце дефекту зубного ряду і заміщення його ортопедичними конструкціями та їх стан, стан гігієни ротової порожнини.

Закінчуючи обстеження пацієнтів із захворюваннями щелепно-лищевої ділянки, необхідно звернути особливу увагу на точне детальне документування стану хворого.

Контрольні питання

1. Назвіть суб'єктивні методи обстеження хворого з хірургічною патологією ЩЛД.
 2. Які Ви знаєте особливості збору анамнезу хвороби та життя хворого?
 3. Огляд щелепно-лищевої ділянки.
 4. Як проводиться пальпація тканин щелепно-лищевої ділянки, їх слідовність?
1. Особливості проведення внутрішньоротового обстеження.

Практичне заняття № 2

Класифікація знечуження. Місцеве аплікаційне та інфільтраційне знечуження. Місцеве провідникове знечуження. Покази та способи виконання. Премедикація, покази та схеми.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-інтернів з питань місцевого знечуження в ЩЛД.

Навчальні запитання:

1. Характеристика місцевого знечуження.
2. Класифікація місцевого знечуження.

3. Переваги місцевого знечулення.
4. Недоліки місцевого знечулення.

Короткий зміст заняття:

Знечулення – це втрата чутливості, яка досягається комплексом заходів, спрямованих на тимчасове виключення центральної або периферичної нервової системи. В залежності від цього розрізняють загальне і місцеве знечулення.

Місцева анестезія – це регульована, наростаюча та тимчасова втрата больової чутливості. Під впливом місцевих анестетиків у нервовому стовбурі чи нервових закінченнях різко сповільнюються електрохімічні процеси, змінюється проникність та переміщення катіонів натрію, калію та інших йонів через мембрани мієлінових волокон.

За технікою виконання місцеве знечулення поділяється на неін'єкційне та ін'єкційне.

Неін'єкційне знечулення передбачає проведення різноманітних заходів (механічних, фізичних, хімічних, фізико-хімічних) та застосування медикаментозних засобів (розчини, гелі, облатки, тощо)

Ін'єкційна анестезія здійснюється впорскуванням місцево-анестезуючого засобу вглиб тканин за допомогою шприца і порожнистої голки (винятком є струминне знечулення безголковими ін'єкторами).

Необхідно відмітити, що основним методом знечулення в практичній роботі хірурга-стоматолога залишається місцеве. Місцеве знечулення має ряд переваг:

- а) його проведення не потребує дорогокоштовної апаратури,
- б) простота його виконання,
- в) мінімальна токсичність,
- г) у проведенні місцевого знечулення хворий приймає активну участь (в необхідному положенні тримає голову; відкритий рот);
- д) після закінчення оперативного втручання хворий не потребує спеціального нагляду лікаря і може бути відпущений додому.

Поряд з позитивними властивостями місцеве знечулення має і негативні сторони. Основним із них є зміна контурів і співвідношення тканин, їх деформація (при інфільтраційній анестезії), що особливо важливо при проведенні пластичних операцій.

Контрольні питання:

1. Дайте характеристику місцевого знечулення в ЩЛД.
2. Класифікація місцевого знечулення.
3. Вкажіть переваги місцевого знечулення.
4. Назвіть недоліки місцевого знечулення.

Практичне заняття № 3

Місцеві та загальні ускладнення при ін'єкційному знечуженні, їх профілактика та лікування.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-інтернів з питань ускладнень під час та після проведення місцевого знечуження та їх профілактики.

Навчальні запитання:

1. Ускладнення під час проведення місцевого знечуження.
2. Ускладнення після проведення місцевого знечуження.
3. Профілактика ускладнень.

Короткий зміст заняття:

Ускладнення, пов'язані з ін'єкційним знеболюванням у щелепно-лицевій хірургії, можна умовно поділити на місцеві й загальні, а також ранні (виявляються відразу після або під час операції) та пізні (розвиваються через добу й пізніше після ін'єкції). Лікар *повинен передбачати* можливість цих ускладнень, щоб ужити необхідних профілактичних заходів і правильно призначити належне лікування.

Усі ускладнення можна поділити на такі групи: 1) загальні ускладнення, **що** виникають під час **або** відразу після ін'єкції анестезуючого розчину; 2) загальні ускладнення, що виявляються через деякий час після ін'єкції; 3) місцеві ускладнення, які проявляються під час або відразу після ін'єкції; 4) місцеві ускладнення, які розвиваються через деякий час після анестезії.

Наведена класифікація є умовною, **бо** деякі з ускладнень (наприклад, внаслідок помилкового введення неанестезуючої рідини) досягають свого повного наступного розвитку (у даному прикладі - некроз тканин, контрактура щелепи, параліч лицевих м'язів та ін.) у значно віддалені строки через 5-8 тижнів і більше.

До загальних ускладнень під час анестезії відносять непритомність, інтоксикацію місцевознечужуючим препаратом, інтоксикацію адреналіном.

Непритомність починається з таких провісників: збліднення шкіри обличчя, холодний піт, нудота і блювання. Причиною її найчастіше є вазомоторні розлади кровопостачання в головному мозку, пов'язані з відчуттям страху.

Лікування: негайно надати хворому горизонтального положення, послабити комір, пояс, забезпечити прилив свіжого повітря, дати понюхати нашатирий спирт. Далі проводяться заходи, які підвищують серцеву діяльність і збуджують дихальний центр.

Механізм розвитку інтоксикацій місцевим анестетиком закладено у абсолютному (перевищення максимальної дози) або відносному (введення його в судину та підвищеній резорбції).

Клінічна картина гострого отруєння анестетиком характеризується такими ознаками, як блідість шкірних покривів обличчя та слизової оболонки губ, блідо

- синюшний відтінок червоної облямівки губ, поява поту, нудоти і судорожних рухів кінцівками і всім тулубом, марення, тахікардія, часте дихання. Лікування залежить від ступеня отруєння, в деяких випадках хворого кладуть у позицію Тренделенбурга, розчин нашатирного спирту, кисень через маску, холодна вода на обличчя, ввести кофеїн підшкірно. У важких випадках отруєння: строфантину 0,05 - 0,5 мг довенно або настойка строфантину (2-5 крапель).

Інтотоксикація адреналіном виникає в разі додавання його до анестезуючого розчину. Ознаки отруєння адреналіном: задуха, відчуття стиснення в грудях, блідість шкіри, непритомність. Лікування полягає в негайному призначенні судинно-розширюючих засобів - валідол, нітрогліцерин, вдихання кисню.

Анафілактичний шок належить до загальних ускладнень під час знечулення тканин і є одним з тяжких виявів алергії на введений знечулюючий розчин. У клінічній картині виокремлюють 5 різновидів клінічних виявів анафілактичного шоку:

- типову,
- кардіальну,
- астматичну,
- церебральну,
- абдомінальну.

Найчастіше спостерігається порушення дихання та кровообігу. Починається іноді зі свербіння шкіри, інколи хворі неспокійні, з'являється страх, головний біль і шум у вухах, холодний піт, часто задишка, кашель, стиснення у грудях, приступоподібні болі в животі.

Хворому необхідна невідкладна кваліфікована лікарська допомога. В місце ін'єкції анестетика негайно вводять 0,5 мл 0,1% розчину адреналіну. Якщо тиск не піднявся вводять 5 мл 0,2% розчину норадреналіну у 500мл 5% розчину глюкози, кордіамін (1-2 мл), серцеві глікозиди (0,5мл 0,05% розчину строфантину), лазикс (2-4 мл 1% розчину). Одночасно треба вводити антигістамінні препарати 1-2 мл 2% розчину супрастину або 1-2 мл 2,5% розчину піпольфену, вдихання кисню, довенне введення глюкокортикоїдних препаратів.

До загальних ускладнень, що виявляються через деякий час після анестезії, відносять невралгічні болі і парестезії, інфікування хворого вірусами гепатиту В, С, D, герпесу, цитомегаловірусу, ВІЛ і гноєтворними мікроорганізмами.

До місцевих ускладнень, які виникають під час або відразу після ін'єкції відносять ускладнення, що виникають від дії введення розчинів (ішемія відповідної зони обличчя, диплопія, параліч або парез м'язів) та ускладнення пов'язані з порушенням техніки знечулення (поранення судин, нервів, м'язів, злам голки, тощо).

Серед ускладнень, які розвиваються через деякий час після анестезії відносять:

- невралгії, неврити, парестезії, парези і паралічі;

- розвиток гнійного запального процесу в ділянці ін'єкції;
- післяін'єкційний біль;
- некроз тканин;
- післяін'єкційні пульпіти та періодонтити;
- дерматит у ділянці обличчя, шиї;
- контрактура нижньої щелепи.

Контрольні питання

1. Як класифікують ускладнення під час та після проведення місцевого знечулення?
2. Які загальні ускладнення можуть виникнути під час анестезії?
3. Анафілактичний шок, його прояви та лікування.
4. Опишіть місцеві ускладнення, які виникають під час або після анестезії.

Практичне заняття № 4

Покази та протипокази до видалення зуба. Методика типового та атипового видалення зуба.

Навчальна мета заняття: з'ясувати сучасні підходи до показів і протипоказів до видалення зубів і коренів.

Навчальні запитання:

- Абсолютні та відносні покази до видалення зуба.
- Протипокази до видалення зуба.
- Положення лікаря і хворого при видаленні зубів на верхній щелепі.
- Етапи операції видалення зуба.
- Особливості видалення різних зубів та коренів верхньої щелепи.
- Положення лікаря і хворого при видаленні зубів і коренів на нижній щелепі.
- Видалення нижніх різців.
- Видалення нижнього ікла.
- Видалення нижніх премолярів.
- Видалення нижніх молярів зі збереженою і зруйнованою коронковою частиною.
- Загальні питання ретенції зубів.
- Методика видалення ретенованих зубів верхньої щелепи.
- Методика видалення ретенованих зубів нижньої щелепи.
- Методика видалення напівретенованого нижнього зуба мудрості

Короткий зміст заняття:

Покази до видалення зуба поділяють на абсолютні (негайні) та відносні, коли видалення зуба показане, але його на деякий час можна перенести залежно від обставин.

Абсолютним, тобто негайним, показом до видалення зуба є гострий одонтогенний остеомієліт щелепи, який може призвести до таких місцевих (абсцес, флегмона, синусит) і загальних ускладнень (медіастеніт, септичний метастатичний процес у паренхіматозні органи, тощо). Всі інші покази є відносними, тобто плановими.

Покази до видалення зубів за Бернадським:

- Санаційні – хронічні гранулюючі і гранулематозні періодонтити, вогнища інфекції у яких не піддаються консервативному лікуванню і неможливо усунути їх хірургічними методами – резекцією верхівки кореня, гемісекцією, ампутацією кореня або реплантацією.
- Санаційно-функціональні – неправильно розташовані зуби, які травмують слизову оболонку щоки, язика і у новонароджених з зубами, які травмують сосок грудної залози матері.
- Санаційно-протетичні – одинокі зуби, які перешкоджають стабілізації протезу; висунуті через відсутність антагоніста; зуби, які перешкоджають ортодонтичному і хірургічному лікуванню аномалій прикусу.
- Косметичні – надкомплектні і аномально розташовані зуби, які спотворюють зовнішній вигляд пацієнта.
- Комплекс місцевих показів, коли поєднуються кілька факторів – тимчасові зуби, які затримують прорізування постійних і тимчасові зуби, які є джерелом запального процесу щелепи та м'яких тканин, наявність новоутвору альвеолярного відростка з метою радикального його видалення.

Всі протипокази до видалення зуба є відносними, тобто тимчасовими. Абсолютних протипоказів, тобто таких, які упродовж життя хворого не давали б можливості видалити зуб, не існує. Бернадський виділяє абсолютні протипокази:

- загальні – перші дні після гострого інфаркту міокарду, ускладнення інфаркту міокарду з повторним колаптоїдним станом, гіпертонічні кризи;
- місцеві – розміщення зуба в осередку злоякісної пухлини чи гематоми.

Відносними протипоказами до видалення зуба є:

- гострий і в стадії загострення інфекційний гепатит;
- серцево-судинні захворювання (3-5 місяців після інфаркту міокарду, миготлива аритмія, виражена декомпенсація серцевої діяльності, гіпертонічний криз, тощо);
- захворювання крові (лейкоз, агранулоцитоз, гемофілія, тромбоцитопенія);
- гострі інфекційні захворювання (кір, кашлюк, скарлатина, дифтерія);
- гострі захворювання дихальних шляхів (грип, ангіна, бронхіт, пневмонія);

- захворювання нирок (гострий гломерулонефрит);
- захворювання підшлункової залози (гострий панкреатит, гіпоглікемічна кома);
- променева хвороба;
- С – авітаміноз;
- захворювання центральної нервової системи (менінгіт, енцефаліт, істерія, інсульт);
- вагітність (1-2, 8-9 місяці через загрозу викидня або передчасних пологів);
- гостра променева хвороба і період променевої терапії;
- гострі хвороби слизової оболонки рота;
- тимчасові зуби у дорослих при відсутності постійних.

При видаленні зубів на верхній щелепі лікар завжди повинен стояти з правого боку і дещо допереду до хворого. Крісло підняте на таку висоту, щоб зуб, який видаляється знаходився приблизно на рівні плечового суглобу лікаря.

Видалення зуба потрібно розпочинати з руйнування кругової зв'язки зуба, яку здійснюють гладилкою, лезом або елеватором.

Техніка видалення складається з п'яти послідовних етапів:

- накладання щипців;
- просування щипців;
- фіксація щипців;
- люксація;
- тракція.

При видаленні зуба щипці утримують правою рукою одним із способів:

- охоплюючи ручки щипців, вводять між ними 4-й палець, яким розкривають щипці;
- між ручками розміщують 2-й і 3-й пальці, якими розкривають щипці.

При видаленні верхніх різців лікар вказівним пальцем лівої руки відсуває губу хворого і фіксує їх на зовнішній стороні альвеолярного відростка зуба, що видаляється, а великий палець – з піднебінної сторони.

Видаляються верхні різці за допомогою прямих щипців ротаційними рухами, корені верхніх різців видаляються прямим елеватором і прямими щипцями чи байонетоподібними щипцями.

При видаленні правого ікла голова хворого повернута дещо вліво, а лівого – навпаки вправо. Вказівним пальцем лікар піднімає верхню губу, а середнім відтягує кут рота. Прямими щипцями робить вивихуючий рух назвні, а потім - ротаційні рухи.

При видаленні лівих премоларів вказівним пальцем лівої руки відтягує верхню губу, а великий палець розміщує з піднебінної сторони альвеолярного наростка.

S-подібними щипцями проводять розхитувальні рухи. При видаленні коренів користуються прямим елеватором і байонетними щипцями.

При видаленні молярів верхньої щелепи використовують коронкові S-подібні щипці з шипами (для першого і другого молярів) або S-подібні щипці для верхніх зубів мудрості. Видалення першого моляра – перший розхитувачий рух проводять у піднебінному напрямку. Якщо коронкова частина першого моляра зруйнована, при щільній міжкореневій перегородці, яку розділюють з допомогою елеватора чи бору, корені видаляють прямими елеваторами і байонетними щипцями. Кожен корінь окремо.

При видаленні зубів нижньої щелепи голова пацієнта повинна знаходитись в прямому положенні, а нижня щелепа на рівні ліктя лікаря. Видаляючи зуби на нижній щелепі зліва, голову пацієнта повертають до лікаря, який лівою рукою охоплює голову пацієнта, вказівним пальцем відводить нижню губу або щоку, а великим – язик і фіксує ними альвеолярний відросток.

Решта пальців охоплюють край нижньої щелепи. При видаленні нижніх зубів зліва, голову пацієнта повертають вправо, а положення великого і вказівного пальців лівої руки міняють місцями і фіксують альвеолярний відросток.

Для видалення нижніх різців використовують шпигвидні щипці з вузькими щічками, якими проводять розхитування різця чи його кореня у зовнішню і внутрішню сторони.

Видалення нижнього ікла проводять дзьобовидними щипцями з більш широкими щічками за допомогою розхитування і, деколи, поворотних рухів.

При видаленні премолярів нижньої щелепи використовують дзьобовидні коронкові чи кореневі щипці без стиків з широкими щічками і шипами, які входять між коренями.

При видаленні першого моляра перші рухи проводять у щічну сторону, а далі у язикову. При видаленні сьомого і восьмого зубів – спочатку в язикову, а далі у щічну сторону. Ротаційні рухи не використовують. Для видалення коренів нижніх молярів використовують дзьобовидні щипці з щічками, що змикаються, прямі і бокові (кутові) елеватори.

Ретенція (затримка прорізування зуба) – явище за якого нормально розвинений зуб не прорізався у відповідний час на тому місці в зубному ряду, де він мав прорізатися. Затримка прорізування може бути повною і неповною. Якщо зуб прорізався не повністю, його називають напівретенованим. В окремих випадках ретеновані зуби значно зміщуються, займаючи аномальне положення – у ділянці тіла і гілки щелепи, нижнього краю очниці або у верхньощелеповій пазусі.

Найчастіше хірургам доводиться стикатися з потребою видаляти верхні ікла і різці, які іноді бувають надкомплектними. Якщо при діагностиці встановлено, що зуб розміщений ближче до зовнішньої поверхні альвеолярного відростка, розріз треба робити горизонтально по перехідній згортці і від переднього кінця продовжити його вниз (т-подібний розріз). Якщо ікло знаходиться поблизу піднебінної поверхні ясен, то видаляють з боку піднебіння. Зробивши у місці трепанації отвір зуб розпилують і видаляють його частинами.

Під час видалення аномально розміщеного верхнього восьмого зуба звичайно користуються фрезами і долотом, а потім – прямим елеватором, вдаючись до останнього не слід дуже натискати на кістку, щоб не відламати горба верхньої щелепи.

Видалення напівретенованого нижнього зуба мудрості.

Проводять розріз слизової оболонки по альвеолярному гребеню над зубом мудрості, а від шийки другого моляра спрямовують його косо вниз і вперед. Слизово-окісний клапоть трикутної форми відсепаровують вниз і назад. Після видалення зовнішньої стінки кісткового ложа фрезами, зуб видаляють елеваторами або щипцями. Якщо ж зуб похилений вперед і виведенню якого перешкоджає сьомий зуб, то треба повністю звільнити зуб мудрості від кістки, що нависає, або перепиляти його на 2-3 частини і послідовно їх видалити. Після промивання рани її ушивають.

Атипове видалення зуба є складним оперативним втручанням, тому його виконують по загальноприйнятим правилам хірургії в півлежачому або лежачому положенні хворого при допомозі асистента, який відтягує щоку і губу. Останнім часом долото і молоток використовують лише у крайньому разі, коли неможливо застосувати щипці, елеватори, фрези та трепани, маніпулювання якими не завдає значної психічної і фізичної травми хворому.

Контрольні питання

1. Розкажіть про основні і відносні покази до видалення зубів;
2. Який абсолютний показ до видалення зуба?
3. Назвіть відносні протипокази до видалення зуба.
4. Назвіть етапи видалення зуба.
5. Вкажіть положення лікаря та хворого при видаленні зубів на верхній щелепі.
6. Видалення різців верхньої щелепи.
7. Особливості видалення першого і другого постійного молярів верхньої щелепи.
8. Опишіть положення лікаря і хворого при видаленні зубів і коренів на нижній щелепі.
9. Опишіть техніку видалення нижніх різців, ікла, премоларів.
10. Вкажіть причини затримки прорізування зубів.
11. Опишіть методику видалення ретенованих зубів верхньої щелепи.
12. Назвіть особливості видалення ретенованих зубів нижньої щелепи.
13. Наведіть технічні етапи проведення видалення напівретенованого нижнього зуба мудрості.

Практичне заняття № 5-6

Місцеві та загальні ускладнення під час та після видалення зуба, лікування та профілактика.

Навчальна мета заняття: Удосконалити знання лікарів – інтернів з питань ускладнень при видаленні зубів.

Навчальні питання:

- Загальні ускладнення під час видалення зубів
- Загальні ускладнення після видалення зубів
- Луночнова кровотеча.
- Особливості видалення зубів при гемофілії А.
- Біль у луночковій рані.
- Неврологічні порушення після видалення зубів.

Короткий зміст заняття:

До загальних ускладнень, що виникають під час видалення зубів належать непритомність і колапс; порівняно рідко розвиваються шок, гіпертонічний криз, стенокардія, афіксія, кома, клінічна смерть.

Передопераційне психоемоційне напруження, вигляд інструментарію та всієї обстановки стоматологічного хірургічного кабінету або амбулаторної операційної, страх перед больовими відчуттями та можливими ускладненнями можуть спричинити різні нейрорефлекторні судинні зміни в організмі пацієнта.

Стан непритомності є порівняно легким і таким, що зазвичай швидко проходить, порушенням кровообігу головного мозку, котре призводить до його ішемії. Через знекровлювання кори і підкоркових структур центральної нервової системи хворий втрачає свідомість. Провісниками непритомності є:

- несподіване збліднення обличчя;
- загальна слабкість;
- шум у вухах;
- потемніння в очах;
- нудота;
- похолодіння рук та ніг.

Під час знепритомнення обличчя стає холодним та покривається потом, зіниці розширюються; якщо хворий стоїть він падає на підлогу, а сидячи в кріслі – сповзає донизу. Пульс стає прискореним та слабким. Такий стан триває декілька хвилин після чого хворий опритомнює, відчуваючи деяку слабкість та головний біль протягом 20-40 хв. Лікування: негайно припинити операцію, надати хворому горизонтального положення, послабити комір, пояс, ремінь; подразнення нюхових та холодних рецепторів; підшкірно серцеві засоби.

Колапс є більш тяжкою формою розладу життєвих функцій організму. Розвивається внаслідок гострої недостатності кровоносних судин і серця. Причи-

нами колапсу є значна крововтрата, а сприятливими факторами – інтоксикація продуктами хронічного чи гострого одонтогенного запалення в щелепно-лицевій ділянці, значне і тривале травмування тканини у ділянці рани, фізична перевтома, психоемоційне перенапруження, різні інфекційні захворювання.

Шкірні покриви синюшні та бліді, сухі, лише іноді, може бути піт на шкірі обличчя. Свідомість збережена, якщо у хворих до колапсу не приєднується непритомність. Суб'єктивно: запаморочення, нудота, позив до блювання, дзвін у вухах, послаблення зору. Серцева діяльність поступово знижується – падіння артеріального тиску, глухі тони серця, аритмія. Скелетні м'язи атонічні іноді з легкими судомами. Температура тіла знижується до 35-34°C.

Лікування спрямоване на усунення кровотечі та больових подразнень, підвищення артеріального тиску і посилення судинного тиску.

До загальних ускладнень, які виникають після видалення зуба належать такі рідкісні ускладнення, як інфаркт міокарду, інсульт, підшкірна емфізема в ділянці щоки, шиї та підшкірної клітковини грудної клітки, крововилив у склеру ока, істеричні напади, травматичний делірій, гіпертермія, тромбоз печеристої пазухи.

Луночкова кровотеча може виникнути відразу чи після операції, через півгодини, годину, добу і пізніше після видалення зуба.

Місцеві причини кровотеч:

1. Розриви і розтотчення м'яких тканин;
2. Відламування частин альвеоли або міжкореневої перегородки;
3. Наявність запального процесу у ділянці видаленого зуба;
4. Припинення дії введенного адреналіну, що спричиняє стійкий вазопрез навколо рани;
5. Гнійне розплавлення кров'яного згустку у зв'язку з розвитком альвеоліту;
6. Ускладнення аномально розміщеної внутрішньо – кісткової судини або такої, що проходить у м'яких тканинах ясен;
7. Наявність внутрішньокісткової судинної пухлини.

Загальні причини луночкової кровотечі:

1. Порушення процесу зсідання крові;
2. Функціональна або кількісна недостатність тромбоцитів;
3. Ураження судинної стінки;
4. Гормональні геморагії.

Лікування: висушування рани тампонами, її огляд, встановлення джерела, інтенсивності і характеру кровотечі. При пошкодженні судин слизової оболонки, після знечуження, проводять коагуляцію, перев'язку судин і промивання тканин. Зупинку післяопераційної кровотечі завершують мобілізацією країв рани і її ушиванням. Для коагуляції тканин використовують фізичні фактори чи хімічні речовини. При пошкодженні кісткової судини її стискають щипцями чи ін-

шим хірургічним інструментом. Після зупинки кровотечі післяопераційну рану ушивають. Кровотечу з глибини рани зупиняють тампонадою судини марлеви-ми турундами з різними лікарськими засобами (йодоформ, тромбін, іпсилон-а-мінокапронова кислота, гемофобін, аміфер), а також гемостатичну, фібринову, колагенову чи желатинову губки, фібриновий клей, біологічний антисептичний тампон.

Видалення зубів у хворих на гемофілію А потрібно проводити тільки в умовах гематологічного відділення.

Гемофілія – це група розповсюджених геморагічних діатезів, обумовлена спадковим дефіцитом коагуляційного компоненту VIII фактора. В залежності від рівня концентрації у крові хворого VIII фактору розрізняють три форми захворювань:

- Легка ступінь – час зсідання крові менше 25 хв., споживання тромбіну – не менше 25%, вміст фактору VIII – більше 10%;
- Середня ступінь – час зсідання крові не більше 120 хв., споживання тромбіну – не менше 20%, вміст фактору VIII – менше 5%;
- Важка ступінь - час зсідання крові не більше 2 год., споживання тромбіну – не менше 10%, вміст фактору VIII – менше 5%;

Пацієнтам із захворюванням середнього ступеня важкості застосовують загальну перед- і післяопераційну терапію антигемофільними препаратами: за 2 години до операції вводять довенно 6 доз кріопреципітату (одноразово), у перші 3 доби – 4 дози, на 4-ту добу – 3 дози, на 5-ту і 6-ту добу – по 2 дози, а на 7-му добу – 4 дози.

Для попередження післяопераційної кровотечі при гемофілії А після екстракції зуба достатньо вводити 10-15 од/кг маси концентрату фактору VIII 3 рази на добу впродовж 2-4 днів, при гемофілії В – перед втручанням 2-3 дні струминно вводять препарат з вмістом фактору IX 15 од/кг маси тіла.

Біль у луночковій рані може бути зумовлений альвеолітом, який виник після видалення зуба, або альвеолітом, що розвинувся через кілька днів після операції.

Альвеоліт може протікати у двох формах: перша у вигляді остемієліту альвеолярного відростка, при якій до кінця 2-3 тижня захворювання, в результаті секвестрації стінок лунки зуба, виникає необхідність оперативного втручання; друга – у вигляді “сухої лунки” яка триває на протязі одного тижня і не потребує проведення хірургічного лікування.

Альвеоліт часто розвивається в результаті травматичного видалення зуба, особливо при недотриманні хворим правил гігієни порожнини рота, при тривалому проведенні операції видалення зуба чи кореня, при значному травмуванні кістки і слизової оболонки.

Гострий альвеоліт поділяють на серозний і гнійно-некротичний, а хронічний – гіпертрофічний (гнійний).

Звичайно біль у рані виникає через 2-4 доби після видалення зуба і набуває нестерпного характеру, іррадіює у вухо, скроню, око, позбавляючи хворого сну та апетиту. З рани - неприємний запах. Стінки лунки оголені, вкриті брудно-сірим розпадом згустка, м'які тканини довкола рани набряклі, запалені, дуже болючі на дотик навіть м'яким шматочком вати. Спостерігаються загальна слабкість, непрацездатність, незначне підвищення температури (до 37,8 С°), запалення регіонарних лімфатичних вузлів, іноді запальна контрактура і біль під час ковтання та повертання шії.

Лікування альвеоліту потрібно проводити в умовах місцевої анестезії. Проводиться промивання лунки зуба теплим розчином антисептика, заповнення її турундою, змоченою розчином антисептику. Перша зміна тампону проводиться через одну добу, в подальшому – через 3-4 доби до зникнення болю. У хронічній стадії альвеоліту, тобто до кінця 3-ого і початку 4-ого тижня, при наявності секвестрів проводиться секвестректомія

Контрольні питання:

1. Перерахуйте загальні ускладнення під час видалення зубів.
2. Охарактеризуйте стан неприємності, її лікування.
3. Клінічні ознаки та лікування колапсу.
4. опишіть загальні ускладнення, що розвиваються після видалення зубів.
5. Причини луночкових кровотеч.
6. Вкажіть особливості видалення зубів у хворих на гемофілію.
7. Назвіть причини виникнення альвеоліту.
8. Клінічні форми альвеоліту.
9. Складіть план лікування хворого з альвеолітом.

Практичне заняття № 7

Гострі та хронічні періодонтити зубів. Методи діагностики, клініка. Хірургічні методи лікування періодонтитів зубів.

Навчальна мета заняття: Ознайомити лікарів-інтернів з етіопатогенезом, класифікацією, клінікою, діагностикою та лікуванням періодонтитів.

Навчальні запитання:

- Етіологія та патогенез періодонтитів.
- Класифікація періодонтитів.
- Методи діагностики періодонтитів.
- Клініка гострого періодонтиту.
- Диференційна діагностика гострого серозного та гнійного періодонтиту.
- Клініка хронічного фіброзного періодонтиту.
- Клініка хронічного гранулюючого періодонтиту.
- Клініка хронічного гранулематозного періодонтиту.
- Клініка періодонтиту в стадії загострення
- Рентгенологічна картина хронічних форм періодонтитів.

- Диференційна діагностика хронічних форм періодонтитів.
- Загальні принципи лікування хронічних періодонтитів.
- Методика операції резекції верхівки кореня.
- Покази до операції резекції верхівки кореня.
- Протипокази до операції резекції верхівки кореня.
- Операція реплантації зуба.
- Операція гемісекції зуба.

Короткий зміст заняття.

Як показує сама назва, вогнище запалення знаходиться в періодонті, тобто в цій сполучнотканинній оболонці, яка безпосередньо пов'язана з цементом кореня зуба і кісткових стінок альвеоли щелепи. Періодонт служить опірним апаратом зуба, виконує фіксує, амортизує та пластичну функції. Найчастіше причиною періодонтиту є інфекція яка проникає внутрішньокореневим шляхом при пульпіті і некрозі пульпи, а також зі сторони ясен через ушкоджену ясенну кишеню (маргінальний періодонтит). Травма зубів, а іноді і хімічні медикаментозні подразники при лікуванні зубів також можуть викликати патологію періодонту.

Періодонтити звичайно являють собою місцевий процес., однак внаслідок великої кількості больових рецепторів в періодонті, при гострому періоді, біль стає настільки інтенсивними, що погіршується загальний стан хворого. При деяких формах хронічного періодонтиту **вогнища** запалення стають зоною загальної інтоксикації організму продуктами тканинного обміну і токсинами.

Розрізняють такі види періодонтитів (по І.Г. Лукомському):

I. Гострі (ексудативні) періодонтити

1. Серозний періодонтит
2. Гнійний періодонтит

II. Хронічні (проліферативні) періодонтити

1. Фіброзний періодонтит
2. Гранулюючий періодонтит
3. Гранулематозний періодонтит

III. Загострення хронічного періодонтиту.

В залежності від локалізації патологічного процесу в періодонті розрізняють апікальний (верхівковий) періодонтит, при якому запалення розвивається між верхівкою кореня зуба і стінкою альвеоли, маргінальний (крайовий) – запалення починається з краю ясен.

Гострий періодонтит протікає в дві фази: інтоксикації та вираженого ексудативного процесу.

Для гострого верхівкового періодонтиту характерно наявність локалізованого болю постійного характеру. Інтенсивність болю залежить від гіперемії, набряку, кількості і характеру ексудату.

Спочатку при гострому періодонтиті відмічається незначний ниючий біль, який є локалізованим і відповідає ділянці ураженого зуба. Пізніше біль стає інтен-

сивним, пульсуючим, інколи іррадіюючим, що свідчить про перехід в гнійне запалення. Умовно виділяють дві стадії протікання гострого запалення періодонту:

Перша стадія – фаза інтоксикації періодонту. Для неї характерні тривалі, постійний біль ниючого характеру. Може бути підвищена чутливість при накушуванні на зуб, чутливість періодонту при вертикальній перкусії.

Друга стадія – фаза вираженого ексудативного процесу. Характеризується безперервними больовими відчуттями. Відмічається болючість при накушуванні на зуб. Перкусія зуба різко болюча. Наявність ексудату в верхівковій ділянці періодонтиту викликає у хворого відчуття здовженого зуба, а також його патологічну рухомість. Ясна в ділянці хворого зуба гіперемійовані, набряклі, пальпація перехідної згортки болюча.

При утворенні абсцесу може спостерігатись флюктуація, у випадку провіання гною і утворення нориці на яснах або шкірних покровах обличчя зменшується напруження тканин і біль стає менш інтенсивним.

Хронічний фіброзний періодонтит клінічно не проявляється, так як частіше ця форма протікає безсимптомно. Діагноз хронічного фіброзного періодонтиту встановлюють на основі рентгенівського знімку, на якому виявляють деформацію періодонтальної щілини у вигляді її розширення коло верхівки кореня.

Хронічний гранулюючий періодонтит нерідко проявляється у вигляді неприємних, слабких, больових відчуттів: можлива незначна болючість при накушуванні на хворий зуб.

З анамнезу можна встановити, що ці больові відчуття супроводжуються появою нориці, котра через деякий час зникає. Інколи хворий може зауважити виділення гною з нориці.

При обстеженні ротової порожнини виявляється гіперемія ясен коло хворого зуба; при натисканні на цю ділянку ясен тупим кінцем інструмента виникає заглиблення, котре через деякий час зникає (симптом вазопарезу). Пальпація ясен викликає неприємні або больові відчуття. Перкусія зуба викликає підвищену чутливість, а інколи больову реакцію.

Рентгенологічно виявляють вогнище розрідження кістки в ділянці верхівки кореня з нечіткими контурами або нерівною ломаною лінією, яка обмежує грануляційну тканину від кісткової.

Хронічний гранулематозний періодонтит у більшості випадків клінічно не проявляється, за виключенням періодів загострення запального процесу. В окремих випадках з'являються симптоми хронічного гранулюючого періодонтиту у вигляді норицевого ходу, гіперемії і набряку ясен.

Діагноз хронічного гранулематозного періодонтиту встановлюють на основі рентгенологічних даних, які допомагають виявити вогнище розрідження кісткової тканини округлої або овальної форми з чіткими краями розміром коло 0,5 см в діаметрі.

Клінічна картина хронічного періодонтиту в стадії загострення аналогічна при гострому періодонтиті. Однак, на рентгенограмі виявляються ознаки, характерні хронічним формам, а дані анамнезу свідчать про періодично виникаючі загострення.

Лікування хронічних періодонтитів може бути консервативне або хірургічне. При невеликих розмірах гранульоми (до 0,5-1,8 см) консервативне лікування призводить до оберненого розвитку гранульоми.

У тих випадках, коли консервативне лікування не показано або виявилось неефективним, застосовують один з хірургічних методів:

- 1) видалення зуба (кореня) з подальшим вискобленням альвеоли;
- 2) резекція верхівки кореня з одночасним видаленням гранулеми;
- 3) видалення гранульоми (без одночасної резекції верхівки кореня);
- 4) реплантація зуба.
- 5) гемісекція – видалення кореня зуба разом з коронковою частиною зуба.
- 6) Ампутація – видалення кореня зуба при збереженій коронковій частині.
- 7) Коронаро-радикулярна сепарація – розсічення багатокореневого зуба на дві частини в ділянці біфуркації з кюретажем ділянки міжкореневого патологічного процесу з наступним покриттям кожного фрагменту штучною коронкою.

Контрольні питання.

1. Назвіть основні клінічні симптоми гострого періодонтиту.
2. Проведіть диференційну діагностику гострого серозного та гнійного періодонтиту.
3. Назвіть основні клінічні симптоми хронічного періодонтиту.
4. Опишіть рентгенологічну картину хронічних форм періодонтитів.
5. Проведіть диференційну діагностику хронічних форм періодонтитів.
6. Вкажіть загальні принципи лікування хронічних періодонтитів.
7. Опишіть методику операції резекції верхівки кореня.
8. Назвіть покази до операції резекції верхівки кореня.
9. Назвіть протипокази до операції резекції верхівки кореня.
10. Методика операції реплантації та з гемісекції зуба.

Практичне заняття № 8-9

Проведення інтенсивної терапії та реанімаційних заходів при невідкладних станах.

Навчальна мета заняття: Узагальнити знання лікарів-інтернів питань інтенсивної терапії та реанімації при черевно-мозковій травмі.

Навчальні питання:

- Реанімаційні заходи при порушеннях дихання та зупинці серця.
- Методика трахеотомії та коконікотомії.
- Методика непрямого масажу серця та дефібриляції.

- Зупинка кровотеч.
- Протишокова інтенсивна терапія.

Короткий зміст заняття.:

Загрозливими для життя потерпілих безпосередніми ускладненнями щелепно-лицевих пошкоджень є порушення дихання механічного та центрально-го походження, гостра крововтрата і шок.

Боротьбу з порушеннями дихання у хворих розпочинають з усунення механічних перешкод для вільного доступу повітря через верхні дихальні шляхи. Для цього необхідно видалити з порожнини рота і глотки згустки крові, залишки зубів та інші видимі чужорідні тіла. Якщо порушення дихання викликане западінням язика, зміщенням відламків щелеп чи закриттям входу в гортань клаптом м'яких тканин, показані прошивання та фіксація язика, закріплення відламків щелепи в правильному положенні, підшивання чи висічення звисаючих клаптів.

При неможливості відновити прохідність дихальних шляхів вказаними методами проводять інтубацію, іноді трахеостомію.

Техніка нижньої трахеостомії. Положення хворого на спині із закинutoю головою. Інфільтраційна анестезія анестетиком з адреналіном. Після обробки операційного поля пальпаторно визначають нижній край щитовидного хряща і чітко вздовж середньої лінії роблять розріз 5-6 см вниз. Пошарово розрізають шкіру, підшкірну клітковину і поверхневу фасцію. Розсікають білу лінію шиї і зсувають донизу перешийок щитовидної залози. Розсікають 2-е, 3-е, а іноді і 4-е кільця трахеї. Розводять в боки краї розрізу і вводять у нього трахеостомічну трубку. Довжина розрізу трахеї повинна відповідати діаметрові трахеостомічної трубки. Введену в трахею трубку встановлюють у вертикальному положенні і заглиблюють до дотику щитка до шкіри, накладають шви на край рани, закріплюють трубку і накладають пов'язку на рану.

Конікотомія – розкриття гортані шляхом розрізу її щитоперснеподібної (конічної) зв'язки (потовщеної передньої частини перснещитоподібної мембрани) проводиться при асфіксії внаслідок перекриття доступу повітря у верхній частині гортані; коли неможлива трахеостомія і протипоказана або неможлива інтубація. Крікоконікотомія є тимчасовим заходом і після відновлення дихання необхідне накладання трахеостоми.

Способи відновлення дихальної функції при зупинці дихання: з рота в рот, з рота в ніс, з допомогою дихального мішка Амбу, штучна вентиляція легень при допомозі апаратів. Зупинка серця є одним з найбільш небезпечних ускладнень і проявляється у відсутності серцевих тонів, пульсації і тиску в периферичних артеріях, повній атонії скелетних м'язів, паралітичному розширенні зіниць, блідості і попелясто-сірому кольорі шкірних покривів і видимих слизових. Реанімаційні заходи - забезпечення прохідності дихальних шляхів, проведення штучної вентиляції легень, непрямий масаж серця.

Методика непрямого масажу серця. Хворий лежить на спині. Один з реаніматорів забезпечує дихання, другий проводить масаж ритмічними натисками (60-70 разів у хв.) на нижню третину грудини. Натиски проводять проксимальною частиною кисті, для посилення тиску друга кисть натискається на тильну поверхню першої. Для масажу використовують силу всього тіла, при цьому грудина має зміщуватись до хребта на 3-5 см. Почерговість масажу серця і штучної вентиляції легень проводять так, щоб на один вдих припадало 5-6 натисків на грудину. Одночасно з непрямим масажем вводять довенно адреналін (1мл 0,1% розчину) і хлорид кальція (10мл 10% розчину). Якщо серцева діяльність не відновлюється, тоді приступають до електричної дефібриляції серця, яку проводять серією послідовних розрядів конденсатора, починаючи з напруги 3500 В, підвищуючи кожен раз на 500 В. При кровотечі проводять хірургічні чи механічні (давлячі пов'язки, перев'язка судин у рані, ушивання рани, тампонада рани, перев'язка судин на протязі), фізичні (холод, гарячий розчин – 70° для згортання крові, електрокоагуляція), хімічні (10% р-н хлориду кальцію), біологічні (переливання гемостатичних доз крові чи плазми, тампонада рани, гемостатична губка).

Протишокові міроприємства включають усунення болю, боротьбу з крововтратою і асфіксією (переливання кровозамінників, корекція обмінних процесів), вгамування голоду і спраги, спокій і бережливе транспортування, серцеві засоби.

Контрольні питання.

- Опишіть методику трахеотомії і конікотомії.
- Як проводиться закритий масаж серця?
- Опишіть способи зупинки кровотеч.
- Назвіть протишокові заходи в інтенсивній терапії при черепно-мозковій травмі.

Практичне заняття № 10

Періостити щелеп. Класифікація, клініка та діагностика. Методи лікування періоститів щелеп.

Навчальна мета заняття: Ознайомити лікарів-інтернів з клінікою, діагностикою та лікуванням періоститу щелеп.

Навчальні запитання:

- Етіологія гострого одонтогенного періоститу щелеп.
- Патогенез гострого одонтогенного періоститу щелеп.
- Клініка гострого серозного періоститу щелеп.
- Клініка гострого гнійного періоститу щелеп.
- Діагностика гострого серозного та гнійного періоститу щелеп.
- Диференційна діагностика гострого серозного та гнійного періоститу щелеп.

- Загальні принципи лікування гострого серозного періоститу щелеп.
- Загальні принципи лікування гострого гнійного періоститу щелеп.
- Хірургічне лікування гострого гнійного періоститу щелеп.
- Консервативне лікування гострого періоститу щелеп.

Короткий зміст заняття.

Гострий гнійний періостит – запалення окістя – є найчастішим ускладненням хронічного періодонтиту, а також гострого гнійного періодонтиту. Цей процес може виникати при маргінальних періодонтитах, нагноєнні радикулярної кісти.

Запальні зміни, що виникають при гнійному періоститі щелеп, викликають біль, набряк м'яких тканин обличчя, порушення загального самопочуття, підвищення температури тіла. Спочатку біль і припухлість незначні, потім швидко, протягом 2–3 днів, збільшуються. Біль поширюється іноді на всю щелепу, іррадіює по ходу гілок трійничного нерва: у вухо, скроню, око.

Хворий нерідко повідомляє, що раніше турбував запломбований який-небудь зуб, через 2–3 дні з'явилися зазначені скарги. Біль у зубі значно зменшився при виникненні припухлості на лиці, на що, звичайно, вказують хворі.

При гострому гнійному періоститі альвеолярного відростка не тільки на яснах, але й в ділянці м'яких тканин з'являється запальний набряк. Він поширюється досить типово в залежності від розташування зуба, який став причиною гнійного періоститу. Так, при періоститі, який поширився від верхніх різців, спостерігається набряк верхньої губи, яка різко виступає вперед. Якщо гнійний процес поширюється від верхнього ікла і верхніх малих корінних зубів, то періостит може розвинутися в ділянці собачої ямки розташовуючись збоку обличчя. Набрякають не тільки тканини щічної і виличної області, але і нижня, а нерідко і на верхня повіка. Для гнійного періоститу, що виникає в області верхніх великих корінних зубів, характерна припухлість м'яких тканин аж до вушної раковини; на нижню повіку припухлість поширюється рідко, на верхню – майже ніколи.

Третій верхній моляр може стати причиною періоститу в ділянці горба верхньої щелепи. На обличчі набряк з'являється пізніше звичайного і локалізується в ділянці щоки та скроні. При гострому гнійному періоститі, що виникає від нижніх різців, з'являється набряк нижньої губи і підборіддя, який поширюється іноді на передній відділ підборідкової ділянки. При запаленні окістя нижньої щелепи в області ікла і малих корінних зубів з'являється коллатеральний набряк нижніх відділів щоки, ділянки кута рота, який опускається в підщелепову ділянку.

Гнійні періостити, які поширюються від молярів нижньої щелепи, мають особливе значення. При цьому коллатеральний набряк локалізується в нижніх відділах щоки, у підщелеповій і привушно-жувальній ділянках. Іноді гнійний процес від нижніх молярів поширюється на окістя кута і гілки нижньої щеле-

пи, що є результатом запальної інфільтрації м'язів, які тут прикріплюються, і призводить до вираженої запальної контрактури нижньої щелепи. При розвитку процесу на нижній щелепі з язикової сторони, явища коллатерального набряку з пакетом збільшених лімфатичних вузлів виявляються в підщелепному трикутнику, іноді відзначається нерізкий щільний набряк щічної ділянки. Відкриття рота утруднене, болюче. Коли з'являється запальний набряк в ділянці верхньої або нижньої щелепи, нерідко ставлять неправильний діагноз - флегмона певного простору. Варто мати на увазі, що на відміну від флегмони при коллатеральному набряку, що супроводжує гнійний періостит, шкіра збирається в складку, при пальпації - м'яка і лише в межах розташування запального вогнища, з'являється болючий інфільтрат. При гострому гнійному періоститі спостерігається запальна реакція регіонарних лімфатичних вузлів, що виражається в їх збільшенні та болючості.

Гострий гнійний періостит викликає гіперемію і набряк слизової оболонки альвеолярного відростка не тільки в ділянці „причинного” зуба. Внаслідок запальної інфільтрації, що збільшується, згладжується перехідна згортка значного відділу альвеолярного відростка. У цей період з'являється інтенсивний біль. Звичайно через 5–6 днів, а іноді і раніше, ділянка окістя проривається в результаті смертвіння і розплавлювання під дією гнійного ексудату. Після цього біль значно зменшуються. З-під окістя гній проникає під слизову оболонку альвеолярного відростка, і на яснах з'являється обмежена, болюча припухлість. Іноді гній просвічується через неї, при пальпації визначається позитивний симптом флюктуації. У найближчу добу після цього гнійник мимовільно розкривається в порожнину рота. При цьому виділяється гній, біль стихає і запальні явища швидко проходять.

Своєрідно протікає гострий гнійний періостит в окісті твердого піднебіння при так званому піднебінному абсцесі. Причиною звичайно є хронічний або гострий періодонтит в ділянці верхнього другого різця, кореня першого премолара і піднебінних коренів верхніх молярів. При цьому на піднебінні виникає припухлість, що набуває напівкулясту або овальну форму. В міру подальшого збільшення згладжуються наявні на піднебінні складки слизової оболонки, поступово з'являється розм'якшення, у центральних відділах абсцесу появляється флюктуація. Уже із самого початку розвитку піднебінного абсцесу, по мірі збільшення під окістям значної кількості гнійного ексудату, відшаровуються м'які тканини від кістки, з'являються наростаючі пульсуючі болі. При піднебінних абсцесах товщина і щільність кісткового масиву служать значною перешкодою для розкриття гнійника, що наступає, звичайно, лише через тиждень і більше від початку захворювання.

При періоститі з язикової сторони альвеолярного відростка нижньої щелепи набряк і гіперемія слизової оболонки з'являються в під'язиковій ділянці. В щелепно-язиковій борізді при пальпації інфільтрат не визнача-

ється. Хворий відчуває біль при ковтанні і розмові за рахунок інфільтрації окістя в області внутрішньої поверхні щелепи.

При гострому гнійному періоститі щелепи може порушуватися загальний стан хворого, що пов'язано з індивідуальними особливостями реактивності організму, а в деякій мірі, з величиною запального вогнища. У результаті інтоксикації відзначаються порушення загального стану організму, підвищення температури тіла в межах 37,5-38°, але іноді досягає 38,5° і навіть 39°C. Аналіз крові не показує значних змін в гемодинаміці.

У ряді випадків при гострому періоститі в стадії інфільтрату окістя показані розкриття порожнини зуба, видалення розпаду з каналу і створення умов для відтоку, а також видалення зуба при показах. Це сприяє зворотному розвитку запальних явищ. Рекомендовано також новокаїнова блокада з антибіотиками, промивання препаратами фуранового ряду, протеолітичними ферментами.

У більшості хворих гострий періостит служить показом для невідкладного хірургічного втручання. Оперативне втручання звичайно виконують в умовах місцевого знечуження. Інфільтраційну анестезію проводять за допомогою тонкої голки, через яку знеболюючий розчин повільно вводять під слизову оболонку та інфільтрують тканини по лінії розрізу. Голку не слід вводити в порожнину гнійника. Розкривають запальне вогнище, звичайно, в амбулаторних умовах. Ця операція створює умови для відтоку ексудата, що зменшує біль, сприяє стиханню запальних явищ. Якщо підокісний гнійник розташований в ділянці пересінку рота, то розріз проводять паралельно перехідній згортці через весь інфільтрат, розміром не менше 2-3 см, розсікають слизову оболонку та окістя до кістки. При локалізації періоститу в ділянці горба верхньої щелепи, варто провести розріз по перехідній складці в області молярів верхньої щелепи, але для розкриття запального вогнища необхідно распатором або жолобковим зондом пройти з розрізу в напрямку до горба верхньої щелепи (назад і усередину). Таким же способом розкривають вогнище запалення при періоститі, який локалізований в собачій ямці.

При піднебінному абсцесі оперативне втручання виконують під провідниковим знечуженням біля великого піднебінного отвору і в різцевий отвір. Щоб уникнути пошкодження великої піднебінної артерії розріз проводять в ділянці найбільшого вибухання. Потім операційну рану дреновують широкою гумовою смужкою, яку необхідно підшити до країв рани. Кращі результати дає висічення із стінки гнійника невеликої ділянки слизової оболонки трикутної форми, це забезпечує вільний відтік гною, так як краї рани не злипаються.

Періостит язикової поверхні нижньої щелепи рекомендується розкривати розрізом у місці найбільшого вибухання інфільтрату по перехідній згортці, до кістки, далі жолобковим зондом проходять по поверхні кістки вниз і відшаровуючи окістя, дають відтік ексудату.

При періоститі внутрішньої поверхні гілки н/щелепи розріз до кістки проводять у ретромолярній області на рівні медіальної ніжки, яка обмежує з внутрішньої сторони ретромолярний трикутник. Далі распатором проходять по внутрішній поверхні гілки н/щелепи, чим і створюють відтік з вогнища запалення.

Періостит на зовнішній поверхні гілки н/щелепи варто розкривати розрізом, проведеним вестибулярно на рівні другого та третього моляру по косій лінії до кістки, далі распатор проходять підокісно в напрямку до кута нижньої щелепи, відводячи на зовні жувальний м'яз. У рану обов'язково глибоко вводять гумову смужку для дронування. Дронування рани цієї локалізації особливо важливо, тому що жувальний м'яз, щільно прилягаючи до щелепи, утрудняє відтік ексудату.

Після розкриття гнійного вогнища рану промивають розчином перманганату калію, 3% розчином перекису водню, розчином гідрокарбонату натрію, етакридином або фурациліном. У більшості випадків запальні явища швидко (через 2–3 дні) згасають і можна призначити теплові процедури: теплі ванночки з антисептичних або що дезодоруючих розчинів, мазеві пов'язки, фізіотерапевтичні процедури.

Для зменшення болю призначають ряд лікарських речовин: (анальгін, амідопірин, фенацетин, німесил, кетанов, трамадол і інші препарати). Показано прийом полівітамінів. З появою ознак ускладненого періоститу призначають сульфаніламідні препарати: бісептол, сульфацидазин, сульфадиметоксин (у першу добу 1-2 г в один прийом, а потім по 0,5–1 м 1 раз у день).

Лікування антибіотиками при гострому гнійному періоститі не показано. Тільки окремим хворим при виражених явищах інтоксикації, наростанні запальних явищ, призначають антибіотики широкого спектру дії (тетрациклін, амоксицилін, олететрин, цефазолін, метронідазол) протягом 5–6 днів.

Одночасно з операцією розкриття гнійного вогнища показано видалення зуба (зуб із зруйнованою коронкою, рухомий зуб, з змінами пародонту й ін.). Від видалення зуба необхідно відказатись у випадку можливого травматичного втручання.

Якщо причинний зуб при періоститі не видалений, тоді необхідно розкрити його порожнину і звільнити канали від розпаду.

Результат. При своєчасно початому і правильно проведеному лікуванні гострого гнійного періоститу щелепи запальні явища швидко, протягом 3–5 днів, проходять і наступає одужання. При погіршеннях у лікуванні й агресивності запального процесу можливий розвиток вторинного кортикального остеомієліту, а при прориві гнійного ексудату в оточуючі м'які тканини розвивається одонтогенний абсцес або флегмона.

Контрольні питання.

1. Назвіть етіологію гострого одонтогенного періоститу щелеп.

2. Патогенез гострого одонтогенного періоститу щелеп.
3. Опишіть клініку гострого серозного періоститу щелеп.
4. Клініка гострого гнійного періоститу щелеп.
5. Проведіть диференційну діагностику гострого серозного та гнійного періоститу щелеп.
6. Вкажіть загальні принципи лікування гострого серозного та гнійного періоститу щелеп.
7. Методи хірургічного лікування гострого гнійного періоститу щелеп.
8. Медикаментозні засоби для консервативного лікування гострого періоститу щелеп.

Практичне заняття № 11

Класифікація флегмон. Абсцеси та флегмони клітковинних просторів, що прилягають до верхньої щелепи. Патогенез, клініка, діагностика.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-інтернів з питань клініки, діагностики абсцесів та флегмон клітковинних просторів, що прилягають до верхньої щелепи.

Навчальні питання:

- Загальна характеристика абсцесів та флегмон щелепно-лицевої ділянки;
- Різноманітність клінічних форм абсцесів і флегмон;

Короткий зміст заняття:

Абсцес – це обмежене піогенною мембраною скупчення гнійного ексудату.

Флегмона – це розлите гнійне запалення підшкірної та міжфасціальної клітковини.

Складна топографічна анатомія щелепно-лицевої ділянки визначає особливості протікання гнійних процесів цієї локалізації. Вхідними воротами інфекції служать рани або ділянки пошкодження слизової оболонки і шкірних покривів голови, однак в більшості випадків ці процеси є одонтогенними.

Найчастішим збудником абсцесів та флегмон є стафілокок та стрептокок, рідше кишкова паличка, анаероби. Поширеність процесу переважно відбувається контактним шляхом, рідко лімфогенним та гематогенним. В патогенезі захворювання важливу роль відіграє попередня сенсibiлізація організму. Передумовою розвитку гнійного процесу можуть бути респіраторна інфекція, грип, ангіна, переохолодження.

Одонтогенні абсцеси та флегмони переважно проявляються клінікою загостреного хронічного періодонтиту, далі приєднуються ознаки, що свідчать про поширення процесу за межі щелепи з ураженням одного або кількох анатомічних просторів. Процес проявляється як загальними ознаками інтоксикації організму (головний біль, підвищення температури тіла, порушення сну,

зниження апетиту, озноб), так і місцевими проявами (присутні всі ознаки запалення: tumor, rubor, calor, dolor, function laesa), які залежать від локалізації та глибиною процесу. Так, при розвитку його в підшкірній клітковині чи в підслизовому шарі яскраво вираженими стають гіперемія і підвищення місцевої температури, в той час, як при глибокому процесі ці ознаки мало виражені, однак при флегмонах і абсцесах глибоких клітковинних просторів частіше спостерігається порушення функції жування, ковтання, дихання, мовлення в зв'язку з тісним розміщенням цих просторів з основними жувальними м'язами, рото- та носоглоткою, язиком. Поєднання цих симптомів створює своєрідну картину інфекційно-запального процесу тої чи іншої локалізації.

Згідно класифікації Євдокимова в клінічній картині захворювання виділяють гостру та підгостру стадії. Гостра характеризується наростанням місцевих ознак запалення, вираженою загальною реакцією організму у вигляді гарячки, нейтрофільного лейкоцитозу із збільшення кількості паличкоядерних і появу юних форм нейтрофілів, підвищенням ШОЕ. Хірургічне розкриття абсцесів і флегмон призводить до швидкого зниження місцевих ознак запалення, нормалізації якісного і кількісного складу лейкоцитів периферичної крові, що свідчить про перехід захворювання в підгостру стадію. На цій стадії спостерігається очищення рани від ексудату. При несвоєчасному хірургічному втручанні процес може поширитись на сусідні анатомо-топографічні простори, в глибоку клітковину шиї і середостіння.

Важливу роль у поширенні інфекційно-запального процесу належить жировому комку Біша, розміщеному у задньоверхньому відділі щоки над щічним м'язом. З цієї ділянки процес може поширюватись в підвискову і вискову ямки, крило щелеповий простір. Можливе поширення інфекції у зворотньому напрямі.

Діагноз встановлюють на основі оцінки всіх місцевих та загальних клінічних ознак. Позитивний симптом флюктуації свідчить беззаперечним підтвердженням гнійного запалення в підшкірній жировій клітковині, при глибокій локалізації з метою топічної діагностики рекомендовано провести діагностичну пункцію. Для цього попередньо проводять місцеве знечудлення після чого через знеболені тканини повільно просувають ін'єкційну голку в центр вогнища, по мірі просування голки поршнем шприца проводять аспірацію вмісту.

Контрольні питання:

- Дайте визначення поняттям абсцес та флегмона;
- Що зумовлює розвиток інфекційно-запального процесу;
- Які ознаки свідчать про поширення інфекції за межі щелепи;
- Вкажіть особливості клінічного перебігу абсцесів та флегмон поверхневих і глибоких клітковинних просторів;
- Наведіть класифікацію флегмон по Євдокимову;
- Проведіть диференційну діагностику поверхневих та глибоких абсцесів та флегмон;

- Вкажіть особливості лікування абсцесів і флегмон в залежності від локалізації.

Практичне заняття № 12

Абсцеси та флегмони клітковинних просторів, що прилягають до нижньої щелепи, патогенез, клініка, діагностика.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-інтернів з питань патогенезу, клініки, діагностики та лікування абсцесів та флегмон клітковинних просторів, що прилягають до нижньої щелепи.

Навчальні питання:

- Патогенез, клініка, діагностика та лікування абсцесів та флегмон підщелепової ділянки;
- Патогенез та клінічні ознаки абсцесів та флегмон крило-щелепового та навкологлоткового просторів;
- Шляхи поширення інфекції при абсцесах та флегмонах підпідборідкової ділянки та субмасетеріального простору;
- Клінічні ознаки та методи лікування абсцесів та флегмон підпідборідкової ділянки та субмасетеріального простору;
- Патогенез, клініка, діагностика та лікування абсцесів та флегмон позащелепової ділянки.

Короткий зміст заняття:

Джерелом інфекції абсцесів та флегмон клітковинних просторів, що прилягають до нижньої щелепи найчастіше є премоляри та моляри нижньої щелепи. Найчастіше зустрічаються флегмони підщелепового трикутника. Запалення виникає внаслідок одонтогенної інфекції або через поширення інфекції із підборідкової та підязикової ділянок, криловидно-щелепного простору, а також лімфогенним шляхом. Клінічні прояви характеризуються появою набряку та інфільтрату під нижнім краєм тіла нижньої щелепи, який поширюється на всю підщелепову ділянку. Шкіра натягнута, гіперемійована, вилискує, в складку не береться, симптом флюктуації позитивний. Обмежене відкривання рота з'являється якщо процес поширюється на задні відділи цієї ділянки за рахунок втягнення в нього внутрішньокрилового м'язу. В порожнині рота можлива незначна гіперемія слизової оболонки присінку рота і згладжені перехідної складки. Розріз проводять в підщелеповій ділянці, відступивши від краю нижньої щелепи на два сантиметра, щоб запобігти пошкодженню крайової гілки лицевого нерву. Далі тупим шляхом проникають в клітковинний простір.

Джерелом гнійно-запальних процесів криловидно-щелепного простору є нижні премоляри та моляри, а також утруднене прорізування нижнього зуба мудрості. Вторинне інфікування виникає із дна порожнини рота, привушно-жувальної і підязикової ділянок. При флегмоні криловидно-щелепного простору

виражене значне обмеження відкривання рота внаслідок запальної контрактури крило видних м'язів, больові відчуття при ковтанні, збільшення і болючість регіонарних лімфатичних вузлів. Виражений різкий біль при натисканні на внутрішню поверхню кута нижньої щелепи. В порожнині рота криловидно-щелепна згортка гіперемійована, набрякла, болюча при пальпації, можлива гіперемія і набряк передньої піднебінної душки. Основним доступом для розкриття і дренивання цієї флегмони є розріз, який огинає кут нижньої щелепи. Після розсікання шкіри і підшкірного м'язу дійшовши до кута нижньої щелепи відсікають сухожилля внутрішнього крило видного м'язу для вільного відтоку гною.

Абсцеси та флегмони навкологлоткового простору є наслідком як одонтогенних вогнищ інфекції, так інеодонтогенних: запалення піднебінних мигдалок, інфіковані рани стінок гортані, внаслідок поширення інфекції із підязикової, позаду щелепної, привушно-жувальної ділянок, під нижньощелепного трикутника і криловидно-щелепного простору. Клінічна картина проявляється самовільним і різким болем при ковтанні, порушується дихання, з'являється болюча припухлість під кутом нижньої щелепи, шкіра над ним не змінена, відкривання рота болюче і обмежене. Внутрішньоротово спостерігається набряк і гіперемія криловидно-щелепної згортки, піднебінних дужок, м'яз якого піднебіння і язичка, який, як правило, зміщений у здорову сторону, можливе вип'ячування бокового відділу глотки. Розріз проводять огинаючи кут щелепи, далі тупим шляхом проникають в напрямку до середньої лінії по внутрішній поверхні криловидного м'язу, одночасно проводячи ревізію під нижньощелепного простору.

Одонтогенни вогнищем інфекції при абсцесах і флегмонах підпідборідкового простору є нижні різці та ікла. Інфекція може поширюватись із під'язикової і підщелепової ділянок та регіонарних лімфатичних вузлів. Підпідборідковий простір обмежений передніми черевцями двочеревцевого м'язу і під'язиковою кісткою. При флегмоні шкіра напружена, спаяна з підлеглими тканинами, гіперемійована, рухи нижньої щелепи не обмежені, симптом флюктуації позитивний. Для розкриття цієї флегмони проводять вертикальний розріз від центру підборіддя до підязикової кістки або дугоподібний розріз паралельно підборідному краю нижньої щелепи.

При субмасетеріальному абсцесі чи флегмоні основною ознакою є гострий біль в спокої і при спробах рухати нижньою щелепою. Рухи щелепою обмежені до 3-5 мм. Припухлість спостерігається в нижньому відділі жувального м'язу, але може поширюватись і до рівня виличної дуги, але вона як правило не різко виражена. Шкіра над припухлістю в кольорі не змінена, набрякла, важко береться в складку. При пальпації визначається інфільтрат обмежений зоною жувального м'язу. В порожнині рота можливий набряк слизової оболонки заднього відділу щоки на якій спостерігаються відбитки коронок зубів. При пальпації присінку рота визначається болючий інфільтрат в ділянці переднього краю жувального м'язу. Розкриття субмасетеріального абсцесу проводять внутрішньоротовим розрізом пара-

лельно передньому краю м'язу або в під щелеповій ділянці огинаючи кут щелепи. Для забезпечення дренажу доцільно відділити жувальний м'яз від кістки.

Поширення гнійно-запальних процесів в позадущелепову ямку відбувається із привушно-жувальної та під щелепової ділянок, криловидно-щелепного та навкологлоткового просторів, привушної слинної залози і характеризується появою самовільного болю, припухлості та інфільтрату, при цьому згладжуються контури заднього краю і кути нижньої щелепи. По мірі наростання процесу біль посилюється, особливо при рухах голови. Обмежене відкривання рота стає більш вираженим. При огляді порожнини рота визначається помірний набряк і гіперемія відповідної половини м'якого піднебіння і слизової оболонки в ділянці крило-щелепової складки. Розріз проводять в позаду щелеповій ділянці, огинаючи кут щелепи. Таким шляхом розкривають позаду щелеповий простір і створюють відтік гною.

Контрольні питання:

- Вкажіть шляхи поширення інфекції при абсцесах та флегмонах під щелепової ділянки;
- Перелічіть основні клінічні симптоми та охарактеризуйте оперативний доступ при абсцесах та флегмонах під щелепової ділянки;
- Що є джерелом інфекції абсцесів та флегмон крило-щелепового та навкологлоткового просторів;
- Охарактеризуйте клінічну картину та методи лікування абсцесів та флегмон крило-щелепового та навкологлоткового просторів;
- Дайте характеристику клініки та лікування абсцесів та флегмон підборідкової ділянки;
- Дайте характеристику клініки та лікування абсцесів та флегмон субмасетеріального та позадущелепового просторів.
- Вкажіть можливі шляхи поширення інфекції у субмасетеріальний та позадущелеповий просторах.

Практичне заняття № 13

Етіопатогенез та класифікація одонтогенних остеомієлітів щелеп

Навчальна мета заняття: Ознайомити лікарів-інтернів з етіопатогенезом та класифікацією одонтогенних остеомієлітів щелеп

Навчальні запитання:

- Етіологія одонтогенних остеомієлітів щелеп.
- Патогенез одонтогенних остеомієлітів щелеп.
- Класифікація одонтогенних остеомієлітів щелеп.

Короткий зміст заняття.

Одонтогенний остеомієліт – це гнійно-некротичний інфекційний запальний процес в кістковій тканині щелеп. Нижня щелепа уражається одонтогенним остеомієлітом частіше, ніж верхня.

Етіологія. У переважній більшості випадків остеомиєліт щелепи виникає в результаті проникнення в кістку мікрофлори з біляверхівкового вогнища зуба, рідше – із крайового (маргінального) періодонту; іноді цей патологічний процес розвивається при нагноєнні радикалярної кісти, тобто в результаті розповсюдження одонтогенної або стоматогенної інфекції.

Остеомиєлітичний процес у більшості хворих розвивається на верхній щелепі в межах альвеолярного відростка, потім в області тіла і горба верхньої щелепи. На нижній щелепі – альвеолярний відросток, тіло, гілка та суглобовий відросток.

Серед постійних зубів перше місце по частоті виникнення остеомиєліту нижньої щелепи займає перший нижній моляр, друге місце належить зубові мудрості, в межах якого розвиваються не тільки біляверхівкові, але часто і маргінальні запальні процеси, на третьому місці знаходиться нижній другий моляр і т.д.

Виникнення одонтогенного остеомиєліту верхньої щелепи найчастіше пов'язано із запальним процесом, що виходить від першого верхнього великого корінного зуба.

Так само як і інші одонтогенні запальні захворювання, остеомиєліт щелепи викликається змішаною флорою: різними видами стафілококів, стрептококів і інших коків, палочковидних форм, нерідко в сполученні з гнілосними бактеріями. По деяким даним, при важких формах остеомиєліту щелепи часто виявляються анаеробні стрептококи і патогенні штампи стафілококів. В останні роки ведуча роль стафілококів, особливо стійких до антибіотиків штамів, визначає найбільш важкі, а також тривалі форми остеомиєлітичних процесів, які важко піддаються лікуванню. Поширенню гнійного процесу з періодонту в товщу кістки альвеолярного відростка і щелепи сприяють анатомічні особливості – наявність у стінках зубних альвеол значної кількості дрібних отворів, через які проходять кровоносні та лімфатичні судини, а також нервові закінчення.

В залежності від процесу остеомиєліт може бути обмеженим і розлитим (дифузним). При обмеженій формі патологічний процес локалізований межами пародонту двох-трьох зубів. Дифузний остеомиєліт характеризується ураженням половини або всієї щелепи.

В залежності від протікання процесу остеомиєліти щелеп розділяють на гострий, підгострий та хронічний.

Контрольні питання.

- Дайте визначення поняттю „остеомиєліт”.
- Вкажіть етіологічні фактори розвитку одонтогенних остеомиєлітів щелеп.
- Опишіть патогенез розвитку одонтогенних остеомиєлітів щелеп.
- Які Ви знаєте класифікації одонтогенних остеомиєлітів щелеп.

Практичне заняття № 14-15

Клініка, діагностика та лікування гострого одонтогенного остеомієліту щелеп

Навчальна мета заняття: Ознайомити лікарів-інтернів з загальними і місцевими признаками гострого одонтогенного остеомієліту щелеп

Навчальні запитання:

- Загальні прояви гострого одонтогенного остеомієліту щелеп.
- Місцеві прояви гострого одонтогенного остеомієліту щелеп.
- Особливості клінічного протікання гострого одонтогенного остеомієліту щелеп.
- Загальні принципи лікування гострого остеомієліту щелеп.
- Хірургічне лікування гострого одонтогенного остеомієліту щелеп.
- Особливості ведення післяопераційного періоду.
- Консервативне лікування гострого остеомієліту щелеп.

Короткий зміст заняття.

Клінічна картина гострого одонтогенного остеомієліту щелеп різноманітна і залежить від ряду причин: вірулентності мікроорганізмів, стану реактивності організму в момент захворювання, віку хворого, топографоанатомічних особливостей щелепи і т.д. У більшості хворих захворювання починається з гострого гнійного або загострення хронічного верхівкового періодонтиту. Однак в окремих хворих на початку захворювання можуть превалювати загальні симптоми (підвищення температури тіла, головний біль і т.п.). Хворі скаржаться на болі постійного характеру (іноді дуже сильні) в області причинного зуба, а іноді і сусідніх зубів. При цьому, якщо в донедавна дотик до цього зуба було лише чуттєвим або зовсім не турбував, то при розвитку процесу він стає різко болючим навіть при дотику язиком. В подальшому хворі вже не в змозі вказати хворий зуб, а відзначають болючі відчуття всієї половини щелепи або голови, причому біль може іррадіювати в вухо, скроню, потилицю, око і т.п., тобто в залежності від локалізації запального вогнища. Температура тіла в більшості випадків підвищена. Хворий скаржиться на головний біль, втрату апетиту, безсоння, загальну слабкість. Дихання і пульс прискорені. З рота – неприємний запах. До ознак гострого періодонтиту одного «причинного» зуба незабаром приєднується запалення періодонту інших поруч розташованих зубів, вони стають рухливими, перкусія болюча. Ясна і перехідна згортка в ділянці причинних зубів, набряклі та гіперемовані. Пальпація цих ділянок болюча. На висоті розвитку патологічного процесу, у гострій фазі одонтогенного остеомієліту, виражені запальні явища в м'яких білящелепових тканинах. Вони виявляються в різних формах флегмон (остеофлегмон), які по локалізації є глибокими і, супроводжуючи остеомієліт щелепи, ускладнюють його перебіг.

Встановити причину, що викликала появу болю або їхнє загострення, при опитуванні хворих у більшості випадків не вдається. Часто цьому сприяють переохолодження організму і викликане цим простудне захворювання. Рідше захворювання починається після планової операції видалення зуба, початої з метою санації порожнини рота.

При зовнішньому огляді хворих гострим одонтогенним остеомиєлітом щелепи характерна асиметрія лица за рахунок коллатерального набряку м'яких тканин поблизу ураженої ділянки кістки. Виключення можуть мати запальні процеси в області бічних різців і піднебінних коренів молярів на верхній щелепі. У той же час при розвитку запального процесу в зоні інших зубів верхньої щелепи набряк м'яких тканин виражений більш значно, ніж при остеомиєліті нижньої щелепи. У деяких хворих набряк захоплює підочну та виличну ділянки. У перші дні захворювання припухлість м'яких тканин порівняно м'яка і неболюча, однак згодом навіть дотик до цієї ділянки викликає значний біль.

Часто спостерігаються хворі в гострій стадії, з ураженням передньої стінки верхньої щелепи. Клінічна картина при цьому характеризується ознаками остеомиєліту альвеолярного відростка, симптомами гнійного гаймориту і гнійних запальних процесів в білящелепових тканинах, тобто мають місце абсцеси інфраорбітальної, щічної, виличної ділянок.

Якщо запальний процес розвивається в тих зонах щелепи, у яких розташовані місця прикріплення жувальних м'язів, то незабаром може виникнути запальна або рефлекторна контрактура цих м'язів, що приводить до зведення щелеп. Тривала запальна контрактура м'язів в ділянці СНЩС викликає розвиток анкілозу. Це спостерігається при остеомиєлітах, які розвиваються в дистальних відділах тіла, кута і гілки нижньої щелепи.

У більшості випадків, у зв'язку з різким зниженням рівня загальної імунологічної реактивності організму, загальний стан може бути важким. Хворі скаржаться на погане самопочуття, головний біль, загальну слабкість, поганий сон, підвищення температури тіла, яка може бути досить високим і досягати 38–40°C, особливо в дітей. Однак у більшості випадків деяке зниження температурної реакції у хворих при одонтогенних остеомиєлітах, можна пояснити зниженням загальної імунологічної реакції організму. Разом з тим відсутність температурної реакції при наявності інших септичних явищ необхідно розцінювати як погану прогностичну ознаку, особливо в ослаблених хворих.

При гострому одонтогенному остеомиєліті практично завжди мають місце зміни у формулі крові хворих. У них відзначається зниження числа еритроцитів і змісту гемоглобіну, в більшості хворих – лейкоцитоз. При цьому число лейкоцитів коливається в широких межах і різко збільшується при гнійних змінах білящелепових м'яких тканин.

Дослідження на С-реактивний білок показує, що він більш точно відбиває стан запального процесу і його динаміку, чим інші показники. Навіть при нор-

малізації температури тіла і картини білої крові реакція на С-реактивний білок протягом тривалого часу залишається позитивною, що свідчить про те, що в організмі процес цілком не ліквідований.

Лікування гострого одонтогенного остеомиєліту щелеп полягає в проведенні комплексу лікувальних заходів, спрямованих на якнайшвидшу ліквідацію гнійно-запальних вогнищ у кістці і навколишніх м'яких тканинах, а також усунення порушень найважливіших функцій організму, викликаних основним захворюванням. Ці процеси взаємозалежні, і чим швидше ліквідується гнійний процес у щелепно-лицевій ділянці, тим успішніше справляється організм з інфекцією і навпаки.

В усіх випадках локального або дифузного остеомиєліту щелепи при незадовільному стані хворого, загальній слабкості, високій температурі тіла, хворі підлягають негайній госпіталізації в спеціалізоване щелепно-лицеве відділення або в загально-хірургічне відділення лікарні, у якій працює стоматолог-хірург (щелепно-лицевий хірург).

Вирішальне значення для ліквідації гнійно-запального вогнища в кістці і навколишніх м'яких тканинах при гострому остеомиєліті має активне хірургічне втручання в ранній термін від початку захворювання. Передбачається насамперед розкриття абсцесів і флегмон щелепно-лицьової ділянки з метою найшвидшої евакуації гнійного ексудату, а також видалення причинного зуба.

Питання про видалення причинного зуба має велике клінічне значення. Видаляючи зуб, ми тим самим усуваємо першопричину, що викликала і підтримує запальний процес у кістці, а також забезпечуємо сприятливі умови для евакуації гною з вогнища в кістці. При цьому лунка зуба виконує своєрідну роль природного дренажу. Після видалення зуба лунку необхідно промити теплим розчином антисептика, а потім кістковою ложечкою обережно зробити кюретаж та ревізію лунки. Після цього альвеолу залишаємо відкритою, а хворим призначаємо багаторазове полоскання теплими антисептичними розчинами. Видалення зуба в пізньому періоді повинне обов'язково виконуватись з розсіченням тканин в області найбільше чітко вираженого запалення. Розсічення слизової проводиться по перехідній складці; довжина повинна бути не менш 2–2,5 см. Розхитані сусідні зуби варто зберегти (зашинувати їх, потім вилікувати ретроградний пульпіт, якщо він розвинувся). Термін носіння шини – до утворення секвестральної коробки, формування якого контролюється серією рентгенограм. Якщо «причинний» зуб з достатньо збереженою коронкою може бути використаний надалі для жування або як опора для мостовидного протезу, можна спробувати провести відтерміновану реплантацію цього зуба (через 5–7 днів), тобто після стихання гострих запальних явищ.

Як вже відзначалося, важливе значення в лікуванні гострого одонтогенного остеомиєліту щелеп має ліквідація гнійного запального процесу в білящелепових м'яких тканинах. Оперативне втручання на м'яких тканинах проводять одночасно з видаленням „причинного” зуба.

Первинна хірургічна обробка гнійного вогнища містить у собі не тільки розкриття абсцесу або флегмони для евакуації гною, але і ретельну ревізію гнійної порожнини, промивання і дренування рани. Якщо обмежитися лише невеликим розрізом для одержання гною і введенням марлевого дренажу або гумової смужки, то в багатьох, якщо не в більшості, хворих ліквідувати запальний процес не вдається, тому можливе залучення в процес інших просторів ЩЛД.

Необхідно пам'ятати, що активне і раціональне ведення післяопераційного періоду має таке ж важливе значення для успішного результату, як операція і антибактеріальна терапія. Серед заходів, проведених у післяопераційному періоді, важливе значення мають промивання (зрошення) гнійних ран за допомогою шприца, вакуумне дренування та місцева оксигенація гнійної рани методом діалізу. Застосовують для промивання розчини хлориду натрію, хлоргексидину біглюконат із протеолітичними ферментами (трипсин, хімотрипсин).

При запальних процесах, які локалізуються в області верхньої щелепи, найчастіше застосовують внутрішньоротові розрізи, в ділянці нижньої щелепи – зовнішньоротові розрізи. Абсцеси і флегмони, що локалізуються нижче діафрагми порожнини рота, розкривають тільки через зовнішні розрізи. Проводячи зовнішні розрізи, необхідно враховувати хід гілок лицевого нерва, судин, напрямок складок шкіри лица та шиї, протоки привушної залози і т.п. Не слід зменшувати довжину і напрямок операційних розрізів по естетичним розумінням, однак і це потрібно враховувати. Довжина розрізу шкіри і підшкірної клітковини повинна бути більшою, ніж розміри передбачуваної гнійної порожнини. Щоб забезпечити вільний і тривалий відтік гною через виконаний розріз, у нього вводять гумову смужку-дренаж. Не рекомендується вводити в розріз випускники з марлевих турунд: вони швидко просочуються гноем, набухають і незабаром стають своєрідними пробками в рані. Крім того, застосування марлі як тампон-дренаж помітно затримує видужання, підтримує ексудацію рани і вимагає частих повторних перев'язок.

В міру евакуації ексудату з рани спадає набряк м'яких тканин, зменшується їхня інфільтрація, рана починає гранулювати і поступово гоїтися. При досить великих розмірах на рану накладають вторинні зближуючі шви. Одночасно – загальне кварцове опромінення, а місцево – УВЧ-терапію. Через 2–3 дні після хірургічного втручання також з успіхом можна застосувати пелоїд-терапію у вигляді місцевих аплікацій або електрофорезу.

Загальне лікування повинне доповнювати місцеве втручання. Воно складається в застосуванні комплексу антибіотиків. Перевагу має комплекс із левоміцетину, хлортетрацикліну гідрохлориду, метронідазолу, а також сучасних півсинтетичних антибіотиків 3, 4 покоління. Антибіотикотерапію необхідно проводити не менш 7–10 днів. Раннє її скасування веде до затяжного протікання і періодичних загострень.

Одночасно хворому призначають серцеві й анальгезуючі засоби, броміди; в обов'язковому порядку полівітаміни. Корисно застосовувати десенсибілізатори – дімедрол, супрастин, діазолін. З метою підвищення опірності організму рекомендується призначати глюкозу, переливання крові.

Контрольні питання.

- Опишіть загальні прояви гострого одонтогенного остеомієліту щелеп.
- Опишіть місцеві прояви гострого одонтогенного остеомієліту щелеп.
- Вкажіть особливості клінічного протікання гострого одонтогенного остеомієліту щелеп у залежності від локалізації.
- Вкажіть загальні принципи лікування гострого остеомієліту щелеп.
- Опишіть хірургічне лікування гострого одонтогенного остеомієліту щелеп.
- Вкажіть особливості ведення післяопераційного періоду.
- Консервативне лікування гострого остеомієліту щелеп.

Практичне заняття № 16-17

Ускладнення гнійно-запальних захворювань м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.

Навчальна мета заняття: Удосконалити знання лікарів-інтернів з питань клініки, діагностики та лікування ускладнень гнійно-запальних захворювань м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.

Навчальні питання:

- Патогенетичні фактори розвитку тромбофлебіту;
- Характеристика клінічної картини тромбофлебіту;
- Схема патогенетичного лікування тромбофлебіту;
- Класифікація медіастиніту;
- Анатомічні дані середостіння;
- Основні шляхи поширення інфекції в переднє та заднє середостіння;
- Основні симптоми переднього медіастиніту;
- Основні симптоми заднього медіастиніту;
- Способи оперативних доступів при хірургічному лікуванні медіастиніту;
- Визначення поняття „сепсис”;
- Патогенетичні фактори розвитку сепсису;
- Основні стадії розвитку сепсису та клінічна характеристика кожної з них;
- Джерела виникнення септичного процесу щелепно-лицевої ділянки;
- Диференційна діагностика гнійно-резорбтивної лихоманки та сепсису;
- Визначення поняття „синдром внутрішньосудинного дисемінованого згортання крові” та стадії його розвитку.

Короткий зміст заняття:

Не дивлячись на великі досягнення стоматології в профілактиці ускладненої форм карієсу, число одонтогенних запальних процесів збільшується, посилюється важкість перебігу захворювання, що нерідко призводить до важких ускладнень, таких як тромбофлебіт, медіастеніт, сепсис.

Тромбофлебіт лицевих вен – це гостре запалення вени з її тромбозом, яке розвивається при гнійно-запальних захворюваннях щелепно-лицевої ділянки. Ураження судинної стінки може проходити двома шляхами: при зниженні реактивності організму, сповільненні кровообігу, пошкодженні венозної стінки, змінах складу крові та підвищеному її згортанні (ендофлебіт) або при переході запального процесу з навколишніх тканин на зовнішню стінку вени (перифлебіт). В обох випадках в процес втягується вся венозна стінка і у вені утворюється тромб (Стручков В. І. та співавтори, 1984). В розвитку тромбофлебіту вен лиця і синусів головного мозку має значення наявність великої сітки лімфатичних і венозних судин щелепно-лицевої ділянки і їх зв'язок з венами твердої мозкової оболонки. Запальний процес переходить на синуси не тільки по кутовій вені, а досить часто і по анастомозах лицевих вен із синусами твердої мозкової оболонки, де клапани майже відсутні і напрям току крові в них при запальних захворюваннях може змінюватись, що сприяє поширенню інфекції на вени твердої мозкової оболонки.

Патогенез пов'язаний із мікробною сенсibiliзацією, аутоалергією, яка виникає в результаті розпаду тканин при інфекції щелепно-лицевої ділянки, а також запальних і травматичних пошкодженнях ендотелію вен, особливо в сенсibiliзованому організмі, що зумовлює внутрішньосудинне згортання та утворення тромбу на ділянці ураженої вени. Спочатку тромб може бути асептичним (тоді клінічна картина відсутня), який надалі піддається протеолізу і його частинки та продукти метаболізму всмоктуються в кров.

Передують тромбофлебіту гострі запальні процеси щелепно-лицевої ділянки. У хворого підвищується температура до 39-40° С, наростає набряк обличчя, виникають болючі інфільтрати по ходу кутової чи лицевої вен, шкіра над ними гіперемійована з синюшним відтінком, напружена. Набряк поширюється за межі інфільтрату і викликає набряк кон'юнктиви, при цьому рух очних яблук збережений. При пальпації відмічається ущільнення, яке йде по ходу вен, місцева гіпертермія тканин. Термоасиметрія обличчя становить від 1, 5° до 2, 5° С. При поширенні процесу на вени очниці в ретробульбарний клітковинний простір виникає екзофтальм одного або обох очних яблук, що надалі може призвести до тромбозу печеристого синуса. Шанов М. С. Виділяє варіанти клінічної картини тромбофлебіту печеристого синуса, які характеризуються двома основними признаками: розладом кровообігу в оці і випадінням функції черепно-мозкових нервів (око рухового, блокового, відвідного та

трійчастого), які поєднуються з септико піємією. Хворі скаржаться на головний біль, слабкість, підвищення температури тіла до 39-40° С, різкий біль в ділянці очей. Спостерігається гіперемія шкіри, щільний набряк повік, розширення зіниці і вен очного дна, хемоз, екзофтальм, порушення рухомості ока. В ранній стадії розвитку захворювання спостерігається значний ціаноз слизової оболонки губ, шкіри лоба, щік, носа, вух, що свідчить про порушення діяльності серцево-судинної системи.

Схема патогенетичного лікування тромбофлебіту:

- Обов'язкова госпіталізація. Забір крові із вени для визначення показників коагулограми і наявності бактеріємії та ексудат із вогнища запалення для виявлення чутливості патогенної мікрофлори до антибіотиків);
- Проводять катетеризацію зовнішньої сонної артерії через поверхневу вискову артерію;
- Раннє розкриття гнійно-запального інфільтрату, яке створює декомпресію м'язких тканин і попереджує генералізацію інфекції;
- Дезінтоксикаційна терапія (неокомпенсан, неогемодез, гемодез), антибіотики широкого спектру дії, діоксидин, контри кал, розчин амідопірину, піпольфен, вітаміни (аскорбінова кислота, вітаміни групи В), серцево-судинні препарати по показах;
- Для попередження внутрішньо судинного згортання крові вводять довенно гепарин (під контролем згортання крові);
- З метою стимуляції імунітету вводять гіперімунну анти стафілококову плазму (4-6 мл на 1 кг маси тіла через 1-2 доби протягом 8-10 днів), альбумін, плазму з підвищеним титром антитіл;
- Антигістамінні препарати.

Прогноз даного захворювання несприятливий, летальність до недавнього часу становила 50-70 % і пов'язана з розвитком важких ускладнень-сепсис, менінгіт, менінгоенцефаліт. За останні роки летальність від тромбофлебіту печеристого синусу зменшилась до 28-19 %.

Медіастиніт виникає внаслідок поширення гною при запальних процесах дна порожнини рота та шиї по глибоких фасціальних-клітковинних просторах шиї через пре вісцеральний простір і судинні щілини і пов'язане з переднім середостіння, а через ретровісцеральний простір із заднім середостіння. Існує два основних шляхи поширення гною в передне середостіння: із заднього відділу біля глоткового простору по ходу судинно-нервового пучка шиї; при флегмоні дна порожнини рота або кореня язика, в результаті некрозу м'язів та клітковини, гній долає природній бар'єр в ділянці підязикової кістки і потрапляє в клітковинний простір між парієтальним і вісцеральним листками ендощервікальної фасції шиї і вздовж трахеї. Через позадуштравохідний і передхребтовий клітковинний простір гній поширюється в задне середостіння.

Середостіння умовно поділяють на переднє і заднє, а також на верхнє, середнє і нижнє. Переднє середостіння містить вилочкову залозу, серце, трахею, висхідну частину і дугу аорти, верхню порожнисту вену, легеневі артерії і нерви, діафрагмальні вени і нерви. Заднє містить стравохід, грудний лімфатичний протік, нижній відділ блукаючого нерва, непарну і напівнепарну вени, низхідну аорту.

Частота виникнення одонтогенного медіастиніту коливається від 0,3 до 1,79 %. Підозра на одонтогенний медіастиніт виникає у випадку, коли не дивлячись на достатньо створений відтік та адекватне дренивання гнійного вогнища в щелепно-лицевій ділянці або шиї, а також інтенсивну протизапальну терапію, загальний стан хворого погіршується, підвищується температура тіла до 39-40°C, пульс 130-150 ударів в хвилину, аритмічний, слабкого наповнення та напруження.

Для переднього медіастиніту характерний загрудинний біль, який посилюється при постукуванні по грудині, при запрокидуванні голови (симптом Герке) або при зміщенні судинно-нервового пучка шиї доверху (симптом Іванова). З'являється пастозність в ділянці грудини, припухлість і крепітація у яремній вирізці, спостерігається її втягування при вдосі (югулярний симптом Равіч-Щербо), у хворого спостерігається постійний кашель, який виникає з набряком глотки, гортані, м'яких тканин дна порожнини рота. Біль в ділянці середостіння посилюється при постукуванні по п'ятках витягнутих в горизонтальному положенні ніг хворого (компресійний симптом)ю Позитивний симптом Рутенбурга-Ревуцького – посилення загрудинного болю, задишки та дисфагії при пасивних зміщеннях трахеї. Положення хворого вимушене, він сидить з опущеною головою або лежить на боці з підведеними до живота ногами, підборіддя притиснене до грудей. Може спостерігатись головний біль, шум у вухах, ціаноз обличчя і шиї, розширення вен шиї і верхньої третини грудної клітки (симптом стиснення верхньої порожнистої вени).

При задньому медіастиніті з'являється пульсуєчий біль в ділянці грудей, який іррадіює в між лопаткову ділянку і посилюється при натисканні на остисті відростки грудних хребців, біль посилюється при глибокому вдосі (симптом Рідінгера), ковтанні, з'являється ригідність довгих м'язів спини, яка має рефлекторний характер (паравертебральний симптом Равіч -Щербо- Штейнберга), пастозність шкіри в ділянці грудних хребців, розширення міжреберних вен, зявляється випіт в плеврі і перикарді (симптом стиснення непарної і напівнепарної вени).

Важливим діагностичним методом обстеження є рентгенографія, яку проводять в передньо-задній, боковій і косій проекціях, яка дозволяє виявити зміни контурів середостіння, а також наявність випуклих тіней округлої форми у верхніх відділах, частіше з однієї сторони, спостерігається розширення тіні середостіння і наявність горизонтального рівня рідини з пухирцями повітря

або наявності вільного газу в середостінні. Для виявлення динаміки процесу слід повторити рентгенологічне обстеження через 2-3 доби.

Лікування медіастиніту хірургічне. Найчастіше використовують серединну або бічну медіастинотомію через шию по Розумовському В. І. В різних її модифікаціях. Розріз проводять в яремній вирізці або по передньому краю грудинно-ключично-соскоподібного м'язу від рівня верхнього краю щитовидного хряща до грудинно-ключичного з'єднання. Груздів Н. А. і співавтори рекомендують при розкритті верхнього медіастиніту проводити Z-подібний розріз: горизонтальний розріз в під нижньощелепній ділянці, вертикальний по передньому краю кивального м'язу і нижній горизонтальний розріз по проекції ключиці. Автори рекомендують відрізати грудинно-ключично-соскоподібний м'яз від грудини.

При втягненні в запальний процес середнього або нижнього відділу середостіння проводять трансстернальний, через плевральний або трансдіафрагмальний доступ, вибір якого проводить торакальний хірург. Летальність даного захворювання на даний час становить близько 76 %.

Сепсис з точки зору діагностики і лікування потрібно розглядати як патологічний стан, зумовлений безперервним або періодичним надходженням в кров мікроорганізмів із вогнища гнійного запалення, який характеризується невідповідністю тяжких загальних розладів місцевими змінами і часто формуванням вогнищ гнійного запалення в різних органах і тканинах. Збудником цього захворювання може бути будь-який мікроорганізм, але найчастіше – стафілокок, кишкова та синьо гнійна паличка, протей, анаероби, рідше – стрептокок, пневмокок та інші.

На думку Стручкова В. І. Патогенез сепсису визначається трьома факторами: мікробіологічним – видом, вірулентністю мікроорганізмів, станом кровообігу у вогнищі; кількістю і тривалістю дії бактерій, які потрапили в організм; місцем потрапляння інфекції, характером і об'ємом руйнування тканин, станом імунобіологічних сил організму.

В залежності від сукупності перерахованих факторів сепсис може бути блискавичним (має вкрай важкий перебіг і протікає дуже швидко), гострим – з розвитком вираженої клінічної картини захворювання впродовж кількох днів і відсутністю ремісії, підгострим – проявляється переважно виникненням метастатичних абсцесів і менш вираженими загальними порушеннями, хронічним – повільно протікаючий процес з довготривалими періодами ремісії між утворенням вогнищ запалення в різних органах і тканинах (декілька місяців або років).

Септичний процес, який розвивається в щелепно-лицевій ділянці розподіляють на:

- Одонтогенний – первинне вогнище гнійного запалення знаходиться в періодонту;

- Стоматогенний - вогнище гнійного запалення розміщене в тканинах слизової, що оточують роту порожнину;
- Раневий – причиною виникнення є інфіковані рани;
- Тонзилогенний – гнійник розміщений в ділянці мигдалин або в навколوجلотковому клітковинному просторі;
- Риногенний – джерело розміщене в носовій порожнині;
- Отогенний - вогнище гнійного запалення розміщене у середньому вусі.

В залежності від фази розвитку сепсис поділяють на:

- Початкова фаза сепсису (токсемія);
- Септицемія (бактеріємія без гнійних метастазів);
- Септикопемія (постійна бактеріємія з гнійними метастазами).

Гнійно-резорбтивна лихоманка - це загальний синдром, який тісно пов'язаний з місцевим гнійним процесом і зумовлений всмоктуванням токсичних продуктів із вогнища гнійного запалення, вона характерна для всіх гнійно-запальних захворювань щелепно-лицевої ділянки і може тривати впродовж 7 діб після розкриття гнійного вогнища. У розвитку гнійно-резорбтивної лихоманки основну роль відіграє всмоктування продуктів білкового розпаду і бактерій, резорбція проходить лімфогенним і гематогенним шляхами. Тривалий перебіг може призвести до ослаблення загальної і специфічної імунологічної реактивності організму.

Провести диференційну діагностику між гнійно-резорбтивною лихоманкою та сепсисом в ранні терміни їх розвитку досить важко. Тому, якщо після усунення гнійного вогнища і проведення адекватної протизапальної медикаментозної терапії загальні прояви не усуваються і спостерігається короткочасна бактеріємія, то слід думати про початкову фазу сепсису. Загальний стан хворого погіршується, температура підвищується до 39-40° С (з великим коливанням впродовж доби), з'являється озноб, сильний головний біль, тахікардія, тахіпное. Якщо із крові висівають патогенна мікрофлора - це вказує на розвиток септицемії. Коли на фоні клінічних проявів септицемії з'являються гнійні метастатичні вогнища в різних органах і тканинах – це вказує на розвиток наступної стадії сепсису – септикопемії.

Клінічна картина при сепсисі різко погіршується, у хворого виникає жовтавість шкірних покривів, почервоніння щік, губи сухі і яскраві, язик обкладений нальотом, пульс прискорений. Сепсис супроводжується швидко наростаючою анемією, яка виявляється клінічно (блідість шкірних покривів і м'якого піднебіння, істеричність склер), в крові – зменшення кількості еритроцитів і вмісту гемоглобіну, ШОЕ збільшується до 50 мм/год.

Найважчим ускладненням сепсису є септичний шок, який виникає внаслідок дії на організм хворого бактеріальних токсинів і проявляється в глибоких змінах всіх його функцій, в першу чергу, кровообігу, дихання, недостатнє забезпечення тканин організму киснем.

Синдром дисемінованого внутрісудинного згортання крові (ДВЗ) – це динамічний біологічний процес, в основі якого лежить дисеміноване згортання крові, яке призводить до блокади мікроциркуляції, розвитку тромботичних процесів і геморагій, гіпоксії тканин, тканинного ацидозу і глибокого порушення функцій органів.

Виділяють чотири стадії ДВЗ-синдрому:

- Тромбоцитопенічний стан характеризується посиленням тромбоутворення і ознаками наростаючої гіперкоагуляції;
- Дисоціація коагулограми – з однієї сторони спостерігається тромбоутворення, зниження кількості тромбоцитів, вмісту фібриногену, протромбіну та інших факторів згортання крові, з іншої сторони – посилення фібринолізу;
- Дефібринатія – характеризується активацією антикоагуляційної системи, зниження всіх факторів згортання крові, підвищення рівня плазміну;
- Відновна або стадія кінцевих проявів.

Лікування ДВЗ-синдрому проводять в залежності від стадії захворювання.

Контрольні питання:

- Перелічіть основні ускладнення гнійно-запальних процесів м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки;
- Вкажіть патогенетичні фактори розвитку тромбофлебиту;
- Дайте характеристику клінічної картини тромбофлебиту;
- Наведіть схему патогенетичного лікування тромбофлебиту;
- Наведіть класифікацію медіастиніту;
- Вкажіть анатомічні дані середостіння;
- Перелічіть основні шляхи поширення інфекції в переднє та заднє середостіння;
- Назвіть основні симптоми переднього медіастиніту;
- Назвіть основні симптоми заднього медіастиніту;
- Перелічіть способи оперативних доступів при хірургічному лікуванні медіастиніту;
- Дайте визначення поняттю „сепсис”;
- Вкажіть патогенетичні фактори розвитку сепсису;
- Назвіть основні стадії розвитку сепсису та клінічну характеристику кожної з них;
- Назвіть джерела септичного процесу щелепно-лицевої ділянки;
- Проведіть диференційну діагностику гнійно-резорбтивної лихоманки та сепсису;
- Дайте визначення поняттю „синдром внутрішньосудинного дисемінованого згортання крові” та перелічіть стадії його розвитку.

Практичне заняття № 18-19

Клініка, діагностика та лікування хронічного одонтогенного остеомієліту щелеп.

Навчальна мета заняття: Ознайомити лікарів-інтернів з клінічними ознаками хронічного одонтогенного остеомієліту.

Навчальні запитання:

- Підгострий одонтогенний остеомієліт щелеп.
- Місцеві прояви хронічного одонтогенного остеомієліту щелеп.
- Загальні прояви хронічного одонтогенного остеомієліту щелеп.
- Особливості клінічного протікання хронічного одонтогенного остеомієліту щелеп.
- Загальні принципи лікування хронічного остеомієліту щелеп.
- Хірургічне лікування хронічного одонтогенного остеомієліту щелеп.
- Консервативне лікування хронічного остеомієліту щелеп.

Короткий зміст заняття.

Підгострий одонтогенний остеомієліт щелеп. Ця стадія патологічного процесу настає після встановлення нормальної або періодичної субфібрильної температури тіла, при задовільному загальному стані здоров'я хворих, зменшенні кількості гнійного виділення і т.п. При цьому зуби, особливо інтактні, поступово зміцнюються. Відзначається зниження лейкоцитозу. ШОЕ залишається високою, реакція на С-реактивний білок різко позитивна.

Підгостра стадія остеомієліту продовжується від 2 до 3 тижнів після стихання гострих явищ. У цей час відбувається формування одного або декількох нориць на шкірі або в порожнині рота, з яких починають з'являтися грануляції. До кінця підгострого періоду на рентгенограмах чітко виявляються деструктивні зміни в кістці.

Хронічний одонтогенний остеомієліт. У більшості випадків хворі вперше звертаються до лікаря без попереднього обстеження. При хронічному остеомієліті стихають болі в ділянці щелепи, зменшується інфільтрація м'яких тканин, нормалізується картина крові і температура тіла. Основними клінічними ознаками хронічного остеомієліту варто вважати появу зовнішньо- та внутрішньоротових нориць, з яких виділяється густий гній. В області вогнища можна відзначити потовщення кістки. Зуби, що знаходяться в зоні ураження кістки, звичайно рухливі. У глибині норицевого ходу можна визначити резорбцію кістки. Зондування нориці дозволяє визначити наявність секвестру. Рідше спостерігається секвстрація окремих ділянок кістки без утворення нориць. Досить часто при локальному остеомієліті спостерігається секвстрація альвеолярного відростка в області одного або декількох зубів. Ураження альвеолярного відростка і тіла нижньої щелепи приводили до секвстрації зовнішньої стінки щелепи. Досить часто ураження тіла щелепи закінчується

патологічним переломом. Мають місце також ураження всієї гілки нижньої щелепи із суглобовими і вінцевими відростками, що закінчуються відторгненням останніх. Нориці в цих випадках утворюються в защелеповій, підщелеповій і надключичній ділянках.

Клінічна картина у всіх хворих з дифузним ураженням верхньої щелепи характеризується ознаками остеомієліту альвеолярного відростка, симптомами гнійного гаймориту і гнійних запальних процесів в білящелепових тканинах. У хворих з ураженням передньої стінки верхньої щелепи може розвиватися абсцес підочної, виличної та щічної ділянок.

Лікування хронічного одонтогенного остеомієліту щелепи складається з місцевих (хірургічних) втручань і загальноотерапевтичних заходів, спрямованих на зміцнення організму хворого. Хірургічний лікування передбачає видалення „причинного” гангренозного зуба і секвестрованої ділянки щелепи. Секвестректомію на нижній щелепі виконують через

5-6 тижнів від початку гострого процесу. Більш раніше втручання на кістці, на якій ще не утворилася достатньо міцна секвестральна коробочка, може привести до перелому щелепи у вогнищі запалення. На верхній щелепі, де процес відторгнення некротизованих ділянок проходить більш швидко, можна оперувати раніше – через 4–5 тижнів від початку захворювання. Особливо потрібно своєчасно почати секвестректомію на верхній щелепі в тому випадку, якщо починає розвиватися дифузійний хронічний запальний процес, тому що він може поширитися на всю слизову оболонку верхньощелепової пазухи й ускладнитися гайморитом.

З метою профілактики патологічного перелому нижньої щелепи, а при його наявності – для попередження зміщення фрагментів, накладають фіксуючу шину(наприклад - назубна шина шини Вебера з похилою площиною з пластмаси або металу).

У тих випадках, коли «причинний» зуб представляє косметичну або функціональну цінність, можна його не видаляти, а провести резекцією верхівки кореня або реплантацію «причинного» зуба.

При рецидивуючому хронічному остеомієліті щелепи необхідно застосовувати сучасні методи підвищення активного і пасивного імунітету; варто використовувати метод гіпербаричної оксигенації в сполученні з великими дозами антибіотиків.

Велике значення при лікуванні хронічного остеомієліту надається перевага вітамінним препаратам. Особлива роль належить аскорбіновій кислоті. Цей вітамін приймає участь в клітинному диханні, зменшує проникливість стінок кров'яних судин, активує функції кровотворних органів. Рекомендовано вводити в організм хворого щоденну дозу здорової людини, що становить 90 – 100 мг. При хронічному остеомієліті щелеп спостерігається фіброзний набряк стінок судин і збільшується їх проникливість, що призводить до підвищення

альбуміно-глобулінового показника. Тому необхідно назначити хворому 10% р-н хлориду кальцію, який сприяє ущільненню судинної стінки. Якщо прогресуючий остеопороз кістки та інтенсивне утворення секвестрів переважає над процесами утворення кісткової тканини і тим подовжує протікання захворювання, необхідно назначити хлористий кальцій з кальційферолами і загальним кварцуванням організму.

З метою стимуляції регенераторних можливостей організму та посилення місцевої реакції рекомендовано проводити автогемотерапію або фракційне переливання цільної крові. Останнім часом все більше значення надається імунологічним методам підвищення стійкості до інфекційних агентів – способи пасивної та активної імунізації. Середники активної імунізації: стафілококовий адсорбований анатоксин, нативний стафілококовий анатоксин, стафілококовий бактеріофаг. Засоби пасивної імунізації: антистафілококовий гама-глобулін (АСГГ), антистафілококова плазма (АСП), кров попередньо імунізованих донорів.

Контрольні питання.

- Характеристика підгострої стадії одонтогенного остеомієліту щелеп.
- Опишіть місцеві прояви хронічного одонтогенного остеомієліту щелеп.
- Загальні прояви хронічного одонтогенного остеомієліту щелеп.
- Вкажіть особливості клінічного протікання хронічного одонтогенного остеомієліту щелеп.
- Назвіть загальні принципи лікування хронічного остеомієліту щелеп.
- Особливості хірургічного лікування хронічного одонтогенного остеомієліту щелеп.
- Консервативне лікування хронічного остеомієліту щелеп.

Практичне заняття № 20

Клініка, діагностика та диференційна діагностика гострих одонтогенних гайморитів.

Мета практичного заняття: удосконалити знання лікарів-інтернів з питань клініки, діагностики та диференційної діагностики гострих одонтогенних гайморитів.

Навчальні питання:

- Клініка та діагностика одонтогенного гаймориту;
- Додаткові методи обстеження при одонтогенному гаймориті;
- Диференційна діагностика гайморитів;

Короткий зміст заняття:

В початковій стадії гострого одонтогенного запалення верхньощелепової пазухи її клінічні симптоми виражені недостатньо чітко. Хворі скаржаться на невизначені больові відчуття і важкість в ділянці відповідної половини верх-

ньої щелепи, закладеність однієї половини носа, зниження нюху та виділення слизу із однієї ніздрі. По мірі наростання запальних явищ інтенсивність болю посилюється, біль іррадіює в лоб, скроню, зуби верхньої щелепи. Із ніздрі на боці ураження з'являються гнійні виділення, що посилюються при нахилі голови. Загальний стан хворого погіршується, підвищується температура тіла до 38 °С. Об'єктивно: припухлість щоки та нижньої повіки, набряк і гіперемія слизової оболонки (особливо нижньої носової раковини) і серозно-гнійні або гнійні виділення в середньому носовому ході. В порожнині рота визначається одонтогенне вогнище запального процесу верхньої щелепи. Перкусія причинного зуба болюча. Діагностика одонтогенного запалення верхньощелепової пазухи базується на анамнестичних даних, ретельному клінічному обстеженні, а також результатах інструментального, рентгенологічного та лабораторного обстежень. Для точного визначення наявності гною у верхньощелеповій пазусі доцільно провести її пункцію з аспірацією вмісту за допомогою шприца. На рентгенографії верхньощелепових пазух спостерігається її завуальованість різної інтенсивності.

Диференційну діагностику проводять із риногенними і алергічними запаленнями верхньощелепових пазух, а також з раковим її ураженням. Відмінності одонтогенного гаймориту від риногенного наступні:

- біль в причинному зубі;
- асиметрія обличчя і біль при пальпації передньої стінки пазухи із однієї сторони;
- уражається одна верхньощелепова пазуха.

При алергічному гаймориті відсутній зв'язок із одонтогенним джерелом, часті загострення та ремісії, більш тривалий перебіг, ніж при одонтогенному гаймориті. Запальні явища поширюються і на інші пазухи та оболонку носа, з носа виділяється в'язкий і рідкий прозорий слиз у великій кількості. Відсутній ефект від судинозвужуючих препаратів.

Необхідно диференціювати одонтогенний гайморит із невралгією трійчастого нерва, оскільки при цих двох захворюваннях біль іррадіює по ходу другої гілки трійчастого нерва в лоб, скроню, а також зуби верхньої щелепи. При одонтогенному гаймориті біль має постійний характер і посилюється при перкусії групи зубів верхньої щелепи. На стороні ураження із ніздрі спостерігаються гнійні виділення, які посилюються при нахилі голови, гострота нюху знижена. На рентгенограмі – завуальованість гайморової пазухи з відповідного боку. Для невралгії характерний приступоподібний біль, відсутні виділення з носа, гострота нюху не знижується, немає змін верхньощелепової пазухи на рентгенограмі.

Контрольні запитання:

- Вкажіть основні клінічні симптоми при одонтогенному гаймориті;
- Перелічіть методи діагностики гайморитів;

- Вкажіть основні діагностичні відмінності одонтогенного та алергічного гайморитів;
- Назвіть діагностичні відмінності одонтогенного гаймориту та невралгії трійчастого нерва.

Практичне заняття № 21

Клініка, діагностика та диференційна діагностика хронічних одонтогенних гайморитів.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-інтернів з питань клініки та діагностики хронічного одонтогенного гаймориту.

Навчальні запитання:

- Клініка хронічного одонтогенного гаймориту.
- Діагностика хронічного одонтогенного гаймориту.
- Диференційна діагностика одонтогенного гаймориту.

Короткий зміст заняття:

Хронічний одонтогенний гайморит розвиваються звичайно з хронічних періодонтитів або є наслідком і ускладненням гострого гаймориту. В ряді випадків запалення проходить латентно, безсимптомно, і тому скарг може не бути. Але, як правило, хворі скаржаться на відчуття тяжкості в голові, в ділянці чола і скроні, закладання носа, порушення нюху, зниження працездатності (особливо в осіб розумової праці). Іноді самі хворі або люди, що їх оточують, відчувають гнильно-смердючий запах з носа; якщо відтік ексудату з пазухи утруднений, виникають симптоми гострого гаймориту.

Об'єктивні дані: гнійне виділення через ніс з ураженої сторони, слизова оболонка носа іноді набрякла, гіперемійована: звичайно ж слизова оболонка порожнини носа при одонтогенних гайморитах, на відміну від риногенних, незмінена, і тому відтікання ексудату через природний отвір з верхньощелепної пазухи в ніс не утруднене. Хронічний гайморит негативно впливає на стан зорового нерва (відповідної сторони ураження). На рентгенограмі придаткових пазух носа верхньощелепова пазуха завуальована тією мірою, якою виражені набряк і поліпозні розростання її слизової оболонки. За наявності в пазусі гною на рентгенограмі, зробленій при вертикальному положенні голови, буде видно чітку межу рівня рідини. Якщо через наявну норицю ввести контрастну речовину у верхньощелепову пазуху, то за наявності в ній поліпів на рентгенограмі буде видно малюнок пристінкового дефекту наповнення. З післяекстракційної нориці можуть випинатися червоні грануляційні або сірі поліпозні розростання. Оскільки хронічний одонтогенний гайморит належить до стоматогенних вогнищ сенсibiliзації організму, здатних стимулювати вироблення антигенів, цим самим він іноді обтяжує і загострює клінічний перебіг інших органних, системних або загальних захворювань, наприклад червоного вовчака, псоріазу.

Діагностика. Описані вище симптоми не завжди є у кожного хворого. Це залежить від загальної опірності організму, вірулентності мікрофлори, наявності норицевого ходу у верхньощелепну пазуху і ступеня забезпечення через нього відтоку ексудату в ротову порожнину, від ступеня набряку слизової оболонки носа і відтоку ексудату в носову порожнину.

Симптоми одонтогенного хронічного гаймориту з перфорацією дна верхньощелепової пазухи бувають у такому співвідношенні: головний біль – у 43,6% хворих, біль і відчуття тяжкості в ділянці верхньої щелепи - у 80,7%. прохідність повітря з порожнини рота в носову порожнину - у 67,9%, прохідність рідини – у 46. 1 %, виділення з лунки (нориці) після видалення зуба - у 67, 1%, виділення з носа - у 23. 1%, набряк слизової носа та гіпертрофія носових ходів - у 33.3 %. У зв'язку з цим діагноз одонтогенного хронічного гаймориту має базуватися на комплексі симптомів.

У діагностиці захворювань верхньощелепових пазух має значення рентгенологічне дослідження їх у двох проєкціях: носопідборідковій та бічній.

Хронічний одонтогенний гайморит слід диференціювати з хронічним алергічним запаленням слизової оболонки верхньощелепової пазухи. Близько 70% хронічних синуситів мають у своїй основі алергію як фактор, що сприяє переходу процесу в хронічну форму. Разом з тим хронічний алергічний гайморит може бути джерелом сенсibiliзації організму хворого. **Алергічні гайморити** відрізняються від одонтогенних, по-перше, відсутністю зв'язку з гострим або загостреним хронічним періодонтитом. По-друге, про алергічне походження гаймориту свідчать такі анамнестичні та об'єктивні дані:

- більша тривалість алергічного гаймориту на фоні частих загострень та ремісій;
- поширення запалення на слизову оболонку носа та інших придаткових пазух, рясні виділення рідкого або в'язкого прозорого слизу з носа; дуже набрякла, в'яла та синюшна слизова оболонка носа; наявність у носі поліпів, безуспішність застосування судинозвужуючих засобів (наприклад, адреналіну) та інших медикаментозних засобів.

Одонтогенний хронічний гайморит треба диференціювати зі злоякісними новоутвореннями слизової оболонки верхньощелепової пазухи. **Злоякісні новоутворення** характеризуються рядом суб'єктивних і об'єктивних симптомів, які бувають різними залежно від того, де, на якій стінці локалізується пухлина. Вагомим підтвердженням новоутворення є рентгенографія, на якій видно деструкцію стінок верхньощелепної пазухи. Крім цього, зі значним ступенем імовірності можна встановити діагноз раку *верхньощелепової пазухи* за допомогою радіоізотопного дослідження із застосуванням ізотопів фосфору.

Останнім часом з'явилися повідомлення про застосування діагностичної ендоназальної біопсії. Проте для остаточного діагнозу бажано зробити ендоназальну біопсію або гістологічне дослідження матеріалу, отриманого підчас

гайморотомії. Тому кожному лікареві, що оперує гайморит, слід пам'ятати про можливість злякисного переродження запаленої слизової оболонки.

Якщо *навколокореневі кісти* врастають у верхньощелепову пазуху, відбувається стоншення, а інколи й резорбція її стінок. Частіше вражаються передня і нижня її стінки. Клінічно це виявляється у вигляді деформації стінок з боку присінку порожнини рота або у нижньому носовому ході (валик Гербера). Кісти, що розвиваються у верхньощелепній пазусі, підрозділяють на справжні (ретенційні) і псевдокісти (тобто лімфоангіоектатичні). Ретенційні кісти виникають внаслідок обтурації вивідних проток трубчато-альвеолярних залоз слизової оболонки пазухи.

Це може повторюватися 1-2 рази на рік. У *діагностиці кіст* верхньощелепових пазух має значення рентгенологічне дослідження їх у двох проекціях: носопідборідковій та бічній. На прямій рентгенограмі кіста виявляється як гомогенне, чітко обмежене затемнення напівсферичної форми, з рівними краями й основою, яка звернена до дна верхньощелепової пазухи. Бічна рентгенограма дозволяє встановити топографію кісти у передньо-задньому напрямку.

Контрольні питання:

- Які скарги будуть у хворих хронічним одонтогенним гайморитом?
- Опишіть об'єктивні дані при хронічному одонтогенному гаймориті.
- Назвіть основні симптоми при хронічному одонтогенному гаймориті.
- Рентгенологічна картина хронічного одонтогенного гаймориту.
- Діагностика хронічного одонтогенного гаймориту.
- Вкажіть особливості діагностики хронічного одонтогенного гаймориту.

Практичне заняття № 22-23

Загальна характеристика та класифікація специфічних запальних процесів (актиномікоз, туберкульоз, сифіліс) щелепно-лицевої ділянки.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-слухачів з клінічних проявів, лікувальної тактики при специфічній інфекції щелепово-лицевої ділянки (актиномікоз, туберкульоз, сифіліс).

Навчальні запитання:

- Клінічна картина, діагностика та лікування актиномікозу щелепово-лицевої ділянки.
- Клінічна картина, діагностика та лікування туберкульозу щелепово-лицевої ділянки
- Клінічна картина, діагностика та лікування сифілісу щелепово-лицевої ділянки.

Короткий зміст заняття:

У порожнині рота, в ділянці шелеп, лица і шиї спостерігаються запальні захворювання, які виникають під впливом променистого грибка, туберкульоз-

ної палички, блідої спірохети та ін. Ці захворювання мають назву - специфічні запальні захворювання щелепово-лицевої ділянки.

Актиномікоз.

Клінічна картина при актиномікозі відзначається великою різноманітністю. Часто початковий період протікає без виражених клінічних ознак, хворі звертаються до лікаря вже при наявності гнійної запальної припухлості, яка локалізується в навколощелепових тканинах або під слизовою оболонкою ротової порожнини (на альвеолярному відростку, на внутрішній поверхні щоки, в ділянці язика і ін.).

Виникає обмежене відкривання рота, тому що проростаючи в навколишні тканини, променисті гриби уражують і жувальний м'яз. З'являється твердий інфільтрат (в ділянці кута і задніх відділів тіла нижньої щелепи), покриваюча тіло шкіра в згортку не збирається. Коли настає прорив стоншеної ділянки шкіри, виділяється незначна кількість тягучої гноєвидної рідини, яка містить невеликі зерна-друзи. Однак, у ряду хворих доводиться спостерігати патологічні зміни і в прилеглих кістках. При цьому частіше уражається щелепа, рідше – верхня щелепа, в поодиноких випадках спостерігалось ураження вилицевої і скроневої кісток.

Діагностика: для уточнення передбачуваного діагнозу актиномікозу проводять дослідження гною і біопсію тканин. Результати шкірної проби і серологічного дослідження крові - реакції зв'язування комплементу разом з клінічними даними враховують при встановленні діагнозу.

Лікування:

- розкриття гнійних вогнищ;
- специфічна імунотерапія актиномікозу (методика за Суттєвим і ін.)

Туберкульоз.

Поява туберкульозних вогнищ в щелепово-лицевій ділянці пов'язана з поширенням туберкульозної палички гематогенним шляхом.

Клініка: при туберкульозі верхньої щелепи характерним є локалізація ураження на передній поверхні в ділянці нижнього краю орбіти, рідше на боковій поверхні в ділянці вилицевого відростка. На нижній щелепі уражаються бокові відділи тіла або гілка щелепи, в подальшому до цього млявого перебігу кісткового запального процесу приєднується ряд характерних для туберкульозу ознак. Відбувається поступова інфільтрація м'яких тканин і спаювання їх з підлеглою кісткою, при локалізації вогнища в ділянці гілки нижньої щелепи відмічається наростаюча контрактура щелепи.

Поступово утворюється «холодний» абсцес, після оперативного або самостійного розкриття якого в глибині рани за допомогою зонда можна виявити кістковий дефект, а в деяких випадках і порожнину, яка виповнена грануляціями, іноді містить незначні склерозовані секвестри. Виникають фістульні ходи, які оточені в'язими грануляціями. Виділяється злегка зеленуватий гній з доміш-

ками грудочок. Спостерігається одночасне ураження ряду лімфатичних вузлів, які збільшуються, набухають, твердої консистенції. У першу чергу настають зміни лімфатичних вузлів, які одержують лімфу з ураженої туберкульозним процесом ділянки підщелепових або підборідкових.

Діагностика:

1. дані клінічної картини;
2. патогістологічне дослідження;
3. дослідження мазків гною, вмісту виразки і кісткових порожнин.

Лікування полягає в належному поєднанні загальних і місцевих заходів, причому, терапевтичне лікування повинно доповнюватись оперативним втручанням.

Сифіліс. При сифілісі специфічні ураження щелеп відмічаються порівняно не часто, виникають вони в третинному періоді захворювання. Зміни альвеолярних відростків і щелеп, що виникають в третинному періоді сифілісу можна поділити на три групи залежно від початкової локалізації ураження:

1. на слизовій оболонці альвеолярного відростка;
2. в надкісничі альвеолярного відростка і щелепи;
3. в товщі кісткової тканини.

Клініка. Ураження слизової оболонки альвеолярного відростка, схожі за своїми проявами на горбковий сифіліс шкіри, характеризуються появою горбків, які розміщуються фокусно, утворюючи фігуру півкільця або півдуги. Слизова оболонка на ураженій ділянці потовщується, стає горбистою. При розвитку гуми в надкісничі визначається дифузна, твердуюта, трохи більша при пальпації припухлість. При локалізації в ділянці альвеолярного відростка гума буває вкрита набряклою, почервоною слизовою оболонкою. В подальшому припухлість збільшується в розмірі, досягає величини 3-4 см і більше в діаметрі, поступово розм'якшується і проникає в порожнину рота. Внаслідок розпаду гуми утворюється фісткульний хід, з якого виділяється гнійна маса або слизиста мутна рідина. Іноді виникає виразка з нависаючими, трохи ущільненими краями. При розвитку гуми в товщі кісткової тканини -гумозному остеомієліті - нерідко відмічаються значні руйнування кістки, уражена ділянка кістки дифузно потовщується, у деяких хворих має місце порушення чутливості в ділянці розгалуження підборідкового, підорбітального, піднебінного нерва.

Діагностика:

1. позитивні результати реакції Васермана;
2. характерна клінічна картина;
3. патогістологічне дослідження ділянки тканин, взятої з вогнища ураження.

Лікування:

1. загальне протисифілітичне лікування;
2. хірургічне втручання з метою ліквідації запальних явищ.

Контрольні питання:

- Збудники, які викликають специфічні запальні процеси щелепо-лицевої ділянки.
- Особливості клінічної картини при специфічних ураженнях щелепо-лицевої ділянки.
- Послідовність, діагностики та лікування при специфічних ураженнях щелепо-лицевої ділянки.
- Прогноз і профілактика уражень щелепо-лицевої ділянки специфічною інфекцією.

Практичне заняття № 24-25**Класифікація та основні симптомокомплекси при захворюваннях пародонту.**

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-інтернів з питань клініки та лікування захворювань пародонту.

Навчальні запитання:

1. Класифікація захворювань пародонту.
2. Основні клінічні симптоми захворювань пародонту

Короткий зміст заняття.

Згідно класифікації Данилевського вирізняють:

I. Запальні захворювання

- папіліт
- гінгівіт
- локалізований пародонти

II. Дистрофічно-запальні захворювання:

- генералізований пародонтит
- пародонтоз

III. Прогресуючі ідіопатичні захворювання**1. Супроводжуючі захворювання крові:**

- лейкоз
- циклічна нейтропенія
- агранулоцитоз

2. Гістоцитоз X:

- хвороба Летерера-Зіве
- хвороба Хенда-Шиллера-Крисчена
- еозинофільна гранульома (хвороба Таратина)

3. Супроводжуючі порушення обміну:

- хвороба Німмана-Піка
- хвороба Геше
- синдром Папійон-Лефевра

4. При вроджених захворюваннях:

- хвороба Дауна
- акаталазія
- десмондонтоз

IV. Продуктивні процеси

- пародонтоми
- доброякісні
- злоякісні

Для захворювань пародонту характерно наступне:

- патологічний процес починається біля краю ясен і поширюється в сторону верхівки кореня;

Захворювання	Симптоми	Хронічний катаральний гінгівіт	Хронічний гіпертрофічний гінгівіт	Хронічний гіпертрофічний гінгівіт (фіброзна форма)	Виразковий гінгівіт	Хронічний генералізований пародонтит	Пародонтоз	Ідіопатичні захворювання пародонту
Хронічне запалення ясен, гнійні виділення із пародонтальних кишень		+	+	-	+	+	-	+
Наявність пародонтальних кишень		-	+	+	-	+	-	+
Над» і під»ясенні зубні відкладення		+	+	+	+	+	+	+
Резорбція кісткової тканини альвеолярного відростка		-	-	-	-	+	+	+
Рухомість зубів, порушення оклюзії		-	-	-	-	+	+	+
Порушення мікроциркуляції і тканинного метаболізму пародонту		+	+	+	+	+	+	+
Зміни імунологічної реактивності і резистентності тканин пародонту		±	±	±	+	+	+	+
Гіперестезія шийок зубів		-	-	-	-	±	+	±
Зміни зі сторони інших органів і систем		+	+	+	-	+	+	+

- в більшості випадків процес не обмежується одним зубом, а поширюється на всі зуби;
- захворювання має переважно хронічний перебіг;
- схильність захворювання до постійного прогресування; відсутність зворотніх змін
- спонтанно не виліковується.

Контрольні питання.

- Класифікація захворювань пародонту.
- Основні клінічні симптоми захворювань пародонту.

Практичне заняття № 26-27

Класифікація та етіопатогенез дисфункційних больових станів СНЩС, артритів та артрозів щелепно-лицевої ділянки.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-інтернів з питань класифікації та етіопатогенезу захворювань скронево-нижньощелепового суглобу.

Навчальні запитання:

1. Класифікація захворювань скронево-нижньощелепового суглобу.
2. Етіологія захворювань скронево-нижньощелепового суглобу.
3. Патогенез захворювань скронево-нижньощелепового суглобу.

Короткий зміст заняття:

П. Г. Сисолятин і співавт. (1997) на основі аналізу хворіб скронево-нижньощелепних суглобів у 2040 пацієнтів поділяють усі ці захворювання на артикулярні (пов'язані з ушкодженням суглобових тканин) і неартикулярні (пов'язані з хворобами жувальних м'язів). До перших належать артрити запальні і незапальні, внаслідок внутрішніх ушкоджень, остеоартрозів, анкілозів, вроджених аномалій, пухлин, а до неартикулярних - бруксизм, больовий синдром дисфункції скронево-нижньощелепних суглобів, контрактури жувальних м'язів.

У свою чергу артрити доцільно поділяти на травматичні, ревматоїдні та ревматичні.

Артрити – це велика група запальних і запально-дистрофічних захворювань суглобів. Всі артрити поділяють на інфекційні, неінфекційні (або дистрофічні) і травматичні. Інфекційні артрити поділяють на неспецифічні (ревматичні, ревматоїдні) і специфічні (гонорейні, грипозні, скарлатинозні, туберкульозні, бруцельозні, псоріазні та ін.), неінфекційні (дистрофічні, або артрози) - на обмінно-дистрофічні, нейродистрофічні, ендокринопатичні та ін.

Доцільно класифікувати неспецифічні запальні і дистрофічні захворювання скронево-нижньощелепового суглобів, об'єднавши їх (В. І. Бургонська, 1968):

- артрити: гострі і хронічні;
- артрози: склерозуючі і деформуючі;
- артрито-артрози.

Причиною гострих артритів може бути: одномоментна травма (удар, забиття), надмірно широке позіхання, видалення зуба, розгризання горіхів, кісточок або шкірок; крик під час пологів, тонзилектомія тощо. О. О. Лімберг (1959) зазначає, що в 1/3 хворих з ушкодженнями скронево-нижньощелепних суглобів причиною захворювання було накладення щипців під час пологів. ВіНег (1958) вказує на нічне скреготання зубами, сильне стискання щелепами в разі виконання важких робіт; ненормальне положення голови під час сну, наявність високої коронки або пломби, надмірна дія ортодонтичної апаратури. Багато авторів надають особливого значення професійній та спортивній травмі.

Гострим артритам інфекційного походження передують грип або ангіна, отит, періостит щелепи (частіше верхньої), запалення верхньощелепної пазухи або інший інфекційний процес. У хворих із ревматичним артритом патологічний процес локалізується найчастіше в обох скронево-нижньощелепових суглобах, ревматичні проби позитивні, а з боку серця у хворих майже завжди можна виявити вади, ревмокардит та інші ураження.

У хворих на ревматоїдний артрит процес локалізується частіше в одному скронево-нижньощелепному суглобі, але одночасно захоплені запаленням й інші суглоби (колінний, плечовий). Змін з боку серця, крім вікових (міокардіодистрофія тощо), не **виявляють**. Ревматичні та ревматоїдні гострі артрити, так само як і хронічні, виникають звичайно внаслідок поширення інфекції або гематогенним шляхом, або, що буває рідше, шляхом послідовного поширення (отит, остеомієліт щелепи, флегмона привушної ділянки, паротит, мастоїдит).

Хронічні артрити можна поділити на травматичні, ревматоїдні та ревматичні.

Серед осіб, що страждають на хворобу Бехтерева, у 59% випадків уражені скронево-нижньощелепні суглоби, ураження їх відзначено у 33,3% пацієнтів, серед них моноартрит - у 28,6% (В М Гречин, А В Смирнов, 1997)

Якщо після втрати великих та малих кутніх зубів, відновлення зубів (протезування) зроблено неправильно, суглобові голівки нижньої щелепи займають ненормальне положення у нижньощелепних ямках. Унаслідок цього відбувається постійна травма внутрішньосуглобового диска, хрящового покриву суглобової голівки та суглобової поверхні нижньощелепної ямки. Це призводить до асептичного травматичного артриту, який супроводжується дистрофічними змінами в суглобі. В розвитку даного захворювання відіграють роль три фактори а) порушення координації скорочення м'язів, б) вторинні зміни в зубних рядах (втрата зубів, стертість коронок і обумовлене цим зниження прикусу), в) патологічні зміни в суглобі.

Контрольні питання:

- Як класифікують захворювання скронево-нижньощелепового суглобу.
- Назвіть етіологічні фактори у розвитку захворювань скронево-нижньощелепового суглобу.
- Етіологія та патогенез гострого артриту.
- Етіологія та патогенез хронічного артриту.

Практичне заняття № 28

Клініка, діагностика та лікування дисфункційних больових станів СНЩС, гострих та хронічних артритів.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-інтернів з питань клініки, діагностики та лікування дисфункційних больових станів СНЩС, гострих та хронічних артритів.

Навчальні питання:

- Класифікація запальних процесів СНЩС;
- Клініка, діагностика, лікування артритів СНЩС;
- Клініка, діагностика, лікування артрозів СНЩС.
- Клініка, діагностика, лікування больових дисфункцій СНЩС

Короткий зміст заняття:

Артрит – це запальний процес в СНЩС. Частіше зустрічається у людей старшого і молодого віку.

Причини виникнення:

- місцева інфекція – парадонтит, гінгівіт, стоматит, отит, ангіна, остеомиєліт
- загальні інфекційні захворювання – ГРВІ, грип, пневмонія, дизентерія, туберкульоз, сифіліс
- алергічні захворювання
- травматичні чинники
- параалергічні фактори – переохолодження, підвищена інсоляція
- зміни ендокринної та нервової системи
- наявність вогнищ хронічної інфекції (особливо в ПР)

Інфекція може проникати гематогенним чи контактним шляхом.

Класифікація:

За клінічною картиною:

- гострий (серозний, гнійний)
- хронічний
- хронічний у стадії загострення
- вторинний артрит

Загальні клінічні прояви:

- сильний однобічний біль у суглобі, який посилюється при найменших рухах нижньої щелепи, зменшується лише в стані спокою нижньої щелепи
- обмежене відкривання рота до 10-15 мм (між центральними різцями)
- нижня щелепа зміщується в бік ураженого суглобу (девіація нижньої щелепи)
- велика зона іррадіації, можливо у скроневу ділянку голови, іноді шию
- має гострий початок
- можливе виникнення припухлості, набряку чи інфільтрації м'яких тканин попереду козелка вуха
- різкий біль при пальпації
- гіперемія і напруженість шкірних покривів привушної ділянки

Гострий артрит травматичного характеру виникає в результаті сильного механічного впливу: удару, надмірного відкривання рота і т. п. Виникають скарги на різкий біль в області суглоба в момент його пошкодження. При

спробі відкривати рот з'являються болі, підборіддя при цьому зміщується у бік пошкодженого суглоба. Розвивається набряк м'яких тканин в області ушкодженого суглоба.

Гострий артрит інфекційного походження розвивається зазвичай на тлі гострого тонзиліту, переохолодження, грипу і т. п.

Ревматичні і ревматоїдні артрити є результатом гематогенного інфікування або розповсюдження інфекції при отиті, мастоїдиті, остеомиєліті гільки щелепи, гнійному паротиті і т.п. З'являються сильні болі в суглобі, що підсилюються при спробі здійснити рухи щелепою. Іноді болі можуть іррадіювати (розповсюджуватися) у вухо, язик, скроню, потилицю. Відкривання рота обмежене - на 3-5 мм. Виникає набряк м'яких тканин спереду від козелка вуха, при пальпації цієї області виникають болі, шкірні покриви почервонілі.

При ревматичному артриті можливе ураження обох суглобів, хоча воно зустрічається значно рідше. У хворого зазвичай виявляють захворювання серця: вади, ревмокардит і т. п.

При ревматоїдному артриті уражується, як правило, один з скронево-нижньощелепних суглобів, але можуть відзначати біль і в інших суглобах: плечовому, тазостегновому або колінному. При цьому скронево-нижньощелепний суглоб дуже рідко уражається першим. Видимих змін серця у хворих не виявляють.

Діагностика ревматоїдного артриту проводиться на основі різних даних. В першу чергу, це клінічні та лабораторні показники, також важливі результати рентгенологічного обстеження хворих суглобів. Існує кілька схожих шляхів до діагностики ревматоїдного артриту. Найбільш поширені діагностичні критерії, запропоновані Американською ревматологічною асоціацією:

- ранкова скутість;
- біль при рухах чи пальпації в одному суглобі;
- набряклість навколосуглобових тканин;
- припухання інших суглобів;
- симетричність припухлих суглобів;
- наявність підшкірних вузликів;
- рентгенологічні дані; наявність ревматоїдного фактора;
- пухкий згусток при дослідженні суглобової рідини;
- характерні зміни внутрішньосуглобової оболонки;
- характерні зміни підшкірних вузликів.

При наявності 7 критеріїв діагностують «класичний» ревматоїдний артрит, 5 - «певний», 3 - «ймовірний». Також діагностика ревматоїдного артриту можлива за наступним алгоритмом. Ревматоїдний артрит діагностують за наявності чотирьох із семи вказаних нижче ознак, причому критерії 1 - 4 повинні бути присутніми у хворого не менше ніж протягом 6 тижнів:

- ранкова скутість
- артрит трьох або більше суглобів

- артрит суглобів кисті
- симетричний артрит
- ревматоїдні вузлики
- ревматоїдний фактор у сироватці крові
- рентгенологічні зміни суглобів

Розвиток гнійного артрити супроводжується утворенням інфільтрату (ущільнення) в ділянці суглоба, гіперестезією (порушення чутливості) шкіри, вона напружена, почервоніла. Зовнішній слуховий прохід звужений: спостерігається зниження гостроти слуху, запаморочення. При натисканні пальцем на підборіддя вперед і вгору болі посилюються. Температура тіла підвищена до 38 ° С.

Гнійний артрит починається гостро, спостерігаються озноб, підвищення температури, загальна слабкість. Болі в суглобах носять постійний характер, суглоби набрякають, руху утруднені. Якщо лікування не почате, тканини суглоба розплавляються, що може призвести до вивихів. У крові виявляється лейкоцитоз, підвищення ШОЕ. У каламутній суглобовій рідині - мікроорганізми і безліч лейкоцитів. Діагноз гнійного артрити встановлюють на підставі гострого початку, швидкого розвитку запалення суглоба, виражених клінічних ознак артрити, нерівності контурів суглоба при рентгенографії, змін складу крові. Основний метод уточнення діагнозу - пункція суглоба з бактеріологічним дослідженням отриманої рідини.

Гнійний артрит диференціюють з туберкульозом, суглобовим ревматизмом, пухлинами. До найчастіших ускладнень гнійного артрити відносять сепсис. Серед пізніх ускладнень зустрічаються свищі, анкілози, вивихи, артроз, деформації кінцівок.

Хронічний артрит характеризується, в основному, ниючими болями в суглобі, тугорухомістю, хрускотом, скутістю вранці і після більш-менш тривалого стану спокою. Виникають мимовільні болі, постійні, посилюються при русі нижньої щелепи. Рот відкривається на 2-2,5 см. Відкривання рота супроводжується помірним, а іноді сильним хрускотом, при цьому підборіддя зміщується в бік ураженого суглоба. Колір прилеглих до нього шкірних покривів може бути не змінений, але пальпація суглоба завжди викликає посилення болю. Загальний стан залишається задовільним, температура тіла нормальна.

При загостренні процесу артрит набуває характеру гострого запалення.

Лікування. Лікування гострого артрити починають з забезпечення спокою суглобу. Цього досягають за допомогою індивідуально виготовленої прашевидної пов'язки і міжзубної пластинки, що роз'єднує прикус, яку накладають на стороні ураження часом на 2-3 дні. Їжа повинна бути рідкою.

Лікування при травматичному артриті проводять з метою зменшення болю, який досягають через розсмоктування крові, що вилілась в суглоб в ранні терміни і добитися повного відновлення функції нижньої щелепи.

Призначають анальгетики (анальгін по 0,25 г 3 рази на день) і місцеву гіпотермію протягом 2-3 днів, в подальшому-УВЧ-терапію по 10-15 хв. щодня протягом 6 днів, електрофорез калію йодиду і новокаїну (по черзі). Одночасно можуть бути рекомендовані компреси з ронідази, парафіно- або озокеритотерапія, грязелікування. При триваючих болях призначають діадинамічні струми Бернара (2-3 сеанси). При переході травматичних артритів у хронічну стадію призначають ультразвукову терапію, парафіно- і озокерито-терапію, масаж жувальних м'язів, електрофорез бджолоїної отрути, медичної жовчі, препаратів йоду. Добрий результат дає міогімнастика: виробляють дозоване відкривання рота без висування нижньої щелепи. Для цього хворий сідає на стілець, притуливши потилицю до стіни, а кулаком натискає на підборіддя при відкриванні та закриванні рота. Такі вправи хворий робить самостійно щодня вранці і ще 2-3 рази протягом дня по 3-5 хв. протягом 4-6 тижнів.

Лікування ревматичних та ревматоїдний артритів проводять консервативними засобами і обов'язково спільно з ревматологом. У комплекс призначуваного лікування входять протизапальні нестероїдні, антибактеріальні, стероїдні препарати. Проводиться санація порожнини рота хворого і раціональне протезування зубів для нормалізації висоти прикусу.

При гнійних артритах показано оперативне лікування: розтин і дронування вогнища запалення, які виробляють в стаціонарі. На етапі долікування призначають фізіотерапевтичне лікування: сухе тепло, УВЧ-терапію, електрофорез, діатермія, компреси. Для лікування також застосовують антибіотики, протизапальні засоби.

Артроз скронево-нижньощелепного суглоба – хронічне захворювання, що характеризується дистрофічними змінами його хрящової, кісткової і сполучної тканини.

Етіологія і патогенез:

Артроз СНЩС можуть викликати причини загального і місцевого характеру. До загальних варто віднести:

- обмінні порушення
- нейродистрофічні порушення
- ендокринні порушення
- інфекційні захворювання;

До місцевих належать:

- тривало поточний запальний процес у суглобі;
- надмірне навантаження на суглобову поверхню головки нижньої щелепи, яка може бути пов'язана з нервово-м'язових розладом щелепно-лицьової ділянки, наприклад, з бруксизмом;
- відсутність зубів, особливо бокових;
- деформація оклюзійної поверхні зубного ряду
- патологічна стертість.

Зазначені чинники можуть поєднуватися між собою. Так, бруксизм, що виявляється скреготом зубами під час сну, поєднується з патологічною стертістю, яка, знижуючи міжальвеолярну висоту і деформуючи оклюзійну поверхню зубного ряду створює несприятливі умови для функціонування суглоба. Дистрофічні процеси в суглобі можуть розвинути в результаті впливу загальних і місцевих факторів - порушення як клітинних, так і позаклітинних механізмів, що забезпечують трофіку. Загальний механізм розвитку артрозу СНЩС полягає в тому, що поступово хрящ, що покриває суглобову поверхню головки виросткового відростка, піддається дистрофії, місцями зникає; дистрофічні процеси можуть призвести до перфорації диска.

У кістці відзначаються явища перебудови, іноді з надлишком кісткоутворення; головка деформується – стає гакоподібною або булавоподібною. Регенерація хряща буває слабовираженою. Особливо слід підкреслити значення оклюзійно-артикуляційних чинників у розвитку патології суглоба. Патогенетична роль їх зводиться до прискорення або посилення дистрофічних змін в суглобі, що виникли в результаті причин загального або місцевого характеру.

Описаний механізм може мати місце як в умовах нормального прикусу, так і при його патології. В останньому випадку зменшення міжальвеолярної висоти, деформація оклюзійної поверхні зубного ряду, зміна характеру рухів нижньої щелепи призводять до порушення закономірностей розподілу навантажень на елементи суглоба (схема 3). У суглобі розвиваються компенсаторно-присосувальні процеси. У фазі становлення включаються всі структурні резерви і зміни обміну в клітинах і тканинах суглоба. У наступній фазі виникає перебудова структури та обміну в клітинах і тканинах суглоба, забезпечує функціонування його в умовах зміненого навантаження. З часом компенсаторно-присосувальні можливості суглоба виснажуються, розвивається патологія: відбувається зміна структури в елементах суглоба в результаті його перевантаження, виникають дистрофічні процеси, витончення диска, деформація головки нижньої щелепи, асинхронні рухи нижньої щелепи.

Лікування. Лікування артрозів комплексне. Застосовуються медикаментозні, фізичні, ортопедичні та хірургічні методи лікування. Лікарю необхідно правильно визначити мету, зміст, обсяг та послідовність ортопедичних стоматологічних втручань в цьому комплексі лікувально-профілактичних заходів. Метою ортопедичних втручань при артрозах СНЩС є усунення факторів, що викликають перевантаження елементів суглоба. Зняття травматичної перевантаження елементів СНЩС досягається за рахунок нормалізації форми і функції зубів, зубних рядів, їх взаємин. Ортопедичні методи лікування, що застосовуються для цих цілей, можуть бути розділені на наступні групи:

- 1) нормалізують оклюзійні контакти;
- 2) нормалізують співвідношення зубних рядів;

3) відновлюють анатомічну цілісність зубів і зубних рядів;

4) нормалізують руху нижньої щелепи.

Об'єктом втручання при застосуванні першої групи методів лікування є зуби, їх оклюзійна поверхня; другої групи - зубні ряди; третьої - зуби, зубні ряди, протезне ложе, протез та їх взаємини; четвертою - м'язи, суглоб, нижня щелепа.

Ортопедичні методи слід застосовувати на фоні медикаментозних впливів. При лікуванні хворих з артрозами, у яких є порушення оклюзійних контактів, показано вибіркове пришліфування зубів.

Терапевтичний ефект досягається за рахунок усунення контактів зубів, які порушують узгоджену функцію суглобів і нервово-м'язового апарату. Вибіркове пришліфування зубів дозволяє усунути обмежене плавне ковзання зубів і порушену направляючу функцію зубів, а також створити оклюзійні контакти, що забезпечують гармонійну взаємодію всіх елементів зубо-щелепної системи, в тому числі і суглоба.

Больова дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба (БДСНЩС) – це симптомокомплекс, що проявляється болем і дисфункцією даного суглоба. Причиною БДСНЩС найчастіше є патологія зубо-щелепної системи, в результаті якої виникає нерівномірне навантаження на суглоб (одностороннє навантаження).

При інтактному зубному ряді больова дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба може розвинутися у зв'язку з порушенням нервово-м'язового механізму, що регулює гармонійні рухи в суглобі (напруга жувальних м'язів при неврозах тривожного типу, тривалому психоемоційному напруженні). Незалежно від первинного фактора запуску хвороби ключову роль в її патогенезі може грати другий впливаючий чинник, внаслідок якого виникає больова дисфункція жувальних м'язів, зокрема латерального, що висуває внутрішньо суглобовий диск. Навіть при запуску хвороби під впливом психоемоційного фактора в результаті нерівномірного або надмірного навантаження в суглобі можуть розвинутися органічні зміни.

Клініка. Характеризується постійною ниючий болем в привушно-жувальній ділянці попереду зовнішнього слухового проходу. Звичайна іррадіація болю у вухо, щоку, потилицю, скроню, підщелепну ділянку, посилення її при відкриванні рота, жуванні. Відкривання рота до того ж обмежена, нижня щелепа зміщується в бік, здійснюючи S-подібний рух, в суглобі виникає хрускіт, клацання. При пальпації м'язів жувальної групи, як правило, виявляється тригерний пункт (гострий біль при пальпації) в латеральному крилоподібному м'язі, а іноді і в інших м'язах. На томограмі скронево-нижньощелепного суглоба може виявлятися звуження суглобової щілини в задньому або передньому відділі. ЕМГ виявляє асиметрію активності жувальних м'язів, характерне посилення періоду мовчання.

Лікування. Лікування повинно бути спрямоване насамперед на причину захворювання, наприклад протезування зубів з відновленням оклюзійної висоти, застосовуються седативні засоби (засоби, що знижують тривогу). При наявності МФБД проводиться відповідне лікування - релаксація, місцеві новокаїнові блокади тригерних пунктів. Показані засоби з міорелаксуючою дією, найкраще з яких - сирдалуд, що володіє властивостями міорелаксанта і анальгетика; дози підбираються індивідуально і складають 8-16 мг /добу. М'язово-релаксуючими властивостями володіє також баклофен - 30-75 мг /сут, дифенін - 200-300 мг /добу, діазепам (седуксен, сибазон, реланіум) - 15-25 мг /добу. Рекомендується місцеве втирання мазі бутадіона, аплікації 50% розчину димексиду. З фізіотерапевтичних процедур призначають ультрафонофорез з гідрокортизоном, в підгострій стадії - місцеві парафінові (озокеритові) аплікації, дарсонвалізацію.

Контрольні питання:

- Класифікація запальних процесів СНЩС;
- Клініка, діагностика, лікування больових дисфункцій СНЩС
- Клініка, діагностика, лікування артрозів СНЩС.
- Клініка, діагностика, лікування артритів СНЩС;

Практичне заняття № 29

Методи лікування артрозо-артритів скронево-нижньощелепного суглобу, покази до лікування.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-інтернів з питань к лікування артрозо-артритів скронево-нижньощелепного суглобу.

Навчальні питання:

1. Перебудова СНЩС при артрозі;
2. Класифікація артрозу;
3. Клінічна картина артрозу;
4. Рентгенологічні ознаки артрозу;
5. Диференційна діагностика;
6. Методи лікування артрозів.

Короткий зміст заняття:

Цей вид ураження є поєднанням дегенеративних змін у суглобі із запальним процесом. Виникнення болу пов'язане із перенесеними грипом, ангіною, простудними захворюваннями або з гострою травмою, втратою зубів, зміною прикусу. Під час загострення лікування полягає в іммобілізації нижньої щелепи, а після ліквідації загострення потрібно застосовувати механотерапію.

Артоз – це дистрофічне захворювання скронево-нижньощелепового суглобу (СНЩС), основою якого є дегенерація суглобового хряща, що призводить до його стоншення і розволокнення, оголенню підлеглої кістки і кістковим

розростанням. Дистрофічні процеси в суглобі проходять внаслідок порушення рівноваги між навантаженням на СНЩС і фізіологічною витривалістю тканин. В нормі, навантаження, яке розвивають жувальні м'язи рівномірно розподіляється на два суглоба, всі зуби та періодонт, тому перевантаження не виникає. При втраті зубів, особливо молярів та премолярів, навантаження на суглобові поверхні різко зростає, а головка нижньої щелепи глибше просувається в суглобову ямку. Найчастіше це спостерігається у людей похилого віку внаслідок втрати зубів, неправильного протезування або відсутності протезів. Досить часто артози зустрічаються у людей із дефектами зубних рядів, при порушенні змикання зубів, обмінних порушеннях і захворюваннях, які призводять до появи патологічного остеопорозу.

Виділяють первинний (при втраті зубів) та вторинний артоз (як наслідок деяких захворювань та пошкоджень). В залежності від клінічної картини артози поділяють на склерозуючий (виникає склероз кортикальних пластинок кісткових поверхонь суглоба) і деформуючий (виражені деструктивні та гіперпластичні зміни кісткових елементів суглоба), при цьому можуть з'являтися патологічні кісткові нарости на поверхні кістки-екзофіти (остеофіти).

Клініка. Захворювання має хронічний перебіг (від півроку до декількох років). Хворі скаржаться на тупий ниючий біль в ділянці суглобу, який посилюється під час вживання їжі, після переохолодження та тривалої розмови, на пониження слуху та закладеність вуха. Відкриття рота обмежене, спостерігається зміщення щелепи вбік, тугорухомість в суглобі, хруст.

При вторинних деформуючих артозах в дитячому та юнацькому віці спостерігається асиметрія обличчя, зменшення висоти нижньої третини обличчя (вкорочення тіла і гілки нижньої щелепи), уражена ділянка має округлі контури, внаслідок надлишку м'яких тканин, здорова сторона має вигляд западини за рахунок розтягнення шкірних покривів між кутом нижньої щелепи та підборіддям, зміщеним в хворий бік, ротова щілина розміщена косо, кут рота на стороні недорозвинення зміщений вниз, носо-губна складка коротка, глибока. При двосторонньому захворюванні відстають у розвитку обидві половини нижньої щелепи, підборіддя зміщується дозад і виникає характерний «пташиний профіль». Спочатку припиняються бокові рухи в суглобі, пізніше вертикальні та рухи вперед. Зменшення об'єму рухів в суглобі проходить повільно, протягом років і закінчується повною нерухомістю нижньої щелепи, що створює умови для западіння язика і надгортаника, що в свою чергу порушує зовнішнє дихання і легеневу вентиляцію. Ці зміни особливо виражені під час сну.

Рентгенологічні особливості вторинного деформуючого артозу Каспаровою Н. Н. представлені у вигляді 4 –х рентгенологічних стадій захворювання:

1. стадія остеоартриту (артриту) – є початком захворювання і залишається нерозпізнаною. В результаті запалення втрачається частина суглобового хряща.

2. стадія руйнування суглобової голівки і початкових явищ репарації. Суглобова щілина визначається як нерівномірно звужена полоса, суглобовий відросток втрачає характерний структурний рисунок, голівка руйнується, ущільнюється, з'являються початкові прояви краєвих розростань переважно зі сторони нижньощелепної вирізки у вигляді окремих кісткових виростів, контури нижньощелепної ямки зберігають рельєф, не змінені.
3. стадія вираженої репарації. Суглобова щілина наближується по формі до прямої лінії, місцями різко звужена, суглобовий відросток різко деформований, поперечні розміри більші за розміри суглобової ямки, виявляється склероз кісткових структур, деформація скроневої кістки у вигляді зменшення глибини нижньощелепної ямки і згладження суглобового горбика.
4. стадія повної втрати конгруентності суглобових поверхонь. Суглобовий відросток широкий і короткий, границі голівки не визначаються, відмічаються зони щільної кістки, крайові кісткові розростання.

Різноманітні артози виникають внаслідок посилення артритичних змін, а також на ґрунті обмінних, нейродистрофічних та ендокринопатичних уражень суглобів. На розвиток патологічних процесів у суглобі впливає стан судинної системи, якою забезпечується кровопостачання суглобової голівки нижньої щелепи. Закупорювання чи облітерації судин передньої поверхні поверхні суглоба (у зв'язку з невеликою кількістю колатералей) може призвести до порушення трофіки меніска та епіфізарного відділу суглобової голівки і до дистрофічних змін усіх тканин суглоба.

Біль виникає лише тоді, коли процес уражає найчутливішу частину суглоба – синовіальну оболонку суглобової капсули. Для лікування використовують компреси з медичною жовчю (компреси та іонтофорез). Якщо є протипоказання до застосування електрофорезу, слід обмежитися компресами з жовчі, парафінотерапією, грязелікуванням. У разі загострення артозу – іммобілізація нижньої щелепи на 7-10 днів, а потім поступово розпочати активну механотерапію. Різкі болі в суглобі знімають новокаїнові блокади навколо суглоба (4-5 ін'єкцій через 2-3 дні) 0.25 % розчином новокаїну за О. В. Вишневським або приймання всередину бруфену (по 2 таблетки 3 рази на день) чи індометацину по 1 капсулі 2-3 рази на день. З допоміжних засобів при артозах можна назвати: незнімну коронкову шину з похилою площиною, піднебінну пластинку з похилою площиною, накушувальну пластинку, капи, незнімну обмежувальну шину. Всі вони підбираються ортопедом індивідуально, сприяють або нормалізації положення суглобової голівки, або розвантаженню хворого суглоба. Необхідно також ортопедично або ортодонтично нормалізувати співвідношення обох зубних рядів.

Артрозо-артрит є поєднанням дегенеративних змін у суглобі із запальним процесом. Виникнення болю пов'язане із перенесеним грипом, ангіною, простудними захворюваннями або з гострою травмою, втратою зубів, зміною прикусу.

Перебіг захворювання спочатку має характер гострого артриту, який потім набуває тривалого хронічного перебігу з періодичними загостреннями, частіше навесні або восени. На рентгенограмі - деструктивні або реактивні зміни, звуження або розширення суглобової щілини, часткову резорбцію суглобової голівки, деформацію суглобового горбка. Для лікування застосовують зігрівальні компреси на ніч з одночасною іммобілізацією нижньої щелепи (до двох тижнів), компреси з жовчу щодня на ніч протягом місяця. Із фізіотерапевтичних процедур можна призначати УВЧ, електрофорез із бджололиною отрутою (вірапіном), парафіноterapia, грязелікування та інше.

Контрольні питання

1. Дайте визначення терміну «артроз»;
2. Назвіть основні причини розвитку артрозів;
3. Вкажіть класифікацію артрозів;
4. Перелічіть та дайте характеристику рентгенологічним стадіям розвитку артозу;
5. Вкажіть основні етіологічні чинники артрозо-артритів;
6. Охарактеризуйте клінічну картину артрозо-артритів;
7. Охарактеризуйте методи лікування артозів та артрозо-артритів.

Практичне заняття № 30

Операції кюретажу зубоясенних кишень, гінгівотомія, гінгівектомія з гінгівопластикою. Покази до операції. Методики проведення.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-інтернів з питань оперативних втручань при захворюваннях тканин пародонту - операції кюретажу зубоясенних кишень, гінгівотомії, гінгівектомії з гінгівопластикою, показів до операції та методик їх проведення.

Навчальні запитання:

1. Класифікація хірургічних методів лікування захворювань пародонту;
2. Мета та методика проведення кюретажу;
3. Покази та протипокази до проведення різних видів кюретажу;
4. Покази та протипокази до проведення гінгівотомії;
5. Покази та протипокази до проведення гінгівектомії;
6. Методика проведення гінгівотомії та гінгівектомії.
7. Методика закриття рецесії ясен.

Короткий зміст заняття:

Методи хірургічного лікування захворювань пародонту поділяються на три групи:

1. Методи лікування зубоясенних кишень:
 - Кюретаж;
 - Вакуум-кюретаж;

- Кріокюретаж;
 - Гінгівотомія;
 - Гінгівектомія.
2. Клаптеві операції.
 3. Формування присінку ротової порожнини.

Кюретаж – це вишкрібання патологічної зубо-ясенної кишені з метою видалення під'ясенного зубного каменю, грануляцій, розм'якшеного цементу та вмісту кишені (мікроорганізми, продукти розпаду тканин і життєдіяльності бактерій), необхідно видалити епітеліальну висилку і створити чисту рандеву поверхню. Інструментами видаляють розм'якшений цемент до щільної поверхні, видаляють грануляції з дна кишені. Після кюретажу утворена порожнина виповнюється кров'ю, що веде до утворення сполучної тканини, яка вросла в поверхневий шар новоутвореного цементу кореня. Кюретаж закінчується накладанням захисної твердої пов'язки (з еластику, стомальгину) на 1-2 дні.

Покази до проведення кюретажу: патологічні зубоясенні кишені глибиною не більше 4 мм, відсутність кісткових кишень і наявність щільних ясен. Кюретаж протипоказаний при глибоких зубоясенних кишнях, кісткових кишнях, рухомості зубів III-IV ступеня, гострих запальних процесах, рубцево змінених і стоншених яснах.

Вакуум-кюретаж – це вишкрібання пародонтологічних кишень в умовах вакууму. Покази до проведення вакуум-кюретажу – пародонтальні кишені глибиною 5-7 мм, утворення поодиноких або множинних абсцесів. При наявності кісткових кишень рекомендують поєднувати вакуум-кюретаж з гінгівотомією. Проте, існує ряд недоліків цього методу: поганий зоровий огляд при проведенні операції, відсутність умов для отримання чистої рани.

Вакуум-кюретаж проводять одночасно не більше, ніж на 3-4 однокорених або 2-3 багатокорених зубах. Інтервали між кюретажем кожної групи зубів повинен бути не менше 2-4 днів.

Кріокюретаж – це дія на пародонтальні кишені холодом. Використовують апарати Нікітіна В. А. і Данилевського. Н. Ф. Час кріодії залежить від об'єму тканин, які підлягають деструкції (від 3-5 до 10-15 секунд). В одне відвідування обробляють не більше 3-4 пародонтальних кишень. В перші 24-48 годин після кріокюретажу (фаза кріонекрозу) хворим рекомендують проводити ретельну гігієну ротової порожнини. Для прискорення лізису некротизованих тканин застосовують аплікації протеолітичних ферментів. По мірі відторгнення некротичних тканин призначають лікарські засоби, які покращують репаративну регенерацію (метил урацил, натрію нуклеїнат, кислота аскорбінова, ретинолу ацетат, токоферолу ацетат).

Гінгівотомія – розріз ясен з наступним відкритим кюретажем. Покази: глибокі (більше 5-7мм) пародонтальної або кісткової кишень в ділянці одного або кількох зубів, поодинокі пародонтальні абсцеси. Недоліком вважають

обмеження показів до її проведення, рефракція ясенного краю в післяопераційній ділянці.

Гінгівектомія – висічення краю ясен. Поділяють на просту та радикальну. Метою даної операції є висічення краю ясен на всю глибину ясенних кишень. Покази до проведення простої гінгівектомії – наявність зубоясенних кишень глибиною більше 3 мм, відсутність кісткових кишень, гіпертрофічний гінгівіт, горизонтальна атрофія кістки.

Проста гінгівектомія по Губману в модифікації Глікмана показана при гіпертрофічному гінгівіті фіброма тозі ясен. Проводять горизонтальний розріз на 1 мм вище відміченої точки з вестибулярної та язикової сторін, після видалення ясенного краю проводять відкритий кюретаж. Щоб уникнути надлишкового оголення кісткової тканини рекомендують висікати ясна під кутом до поверхні альвеолярного відростка. На післяопераційну рану накладають йодоформну туруну і фіксують її до зубів.

Часткова гінгівектомія по Крекшиній В. Є. – горизонтальний розріз роблять паралельно ясенному краю на 1,5-2 мм, відступивши від нього. Одночасно проводять відкритий кюретаж 2-3 зубів, подальша тактика ведення хворого така ж, як і при звичайному кюретажі.

Радикальна гінгівектомія поєднує в собі просту гінгівектомія, доповнену нівелюванням альвеолярного краю, для переведення вертикальної резорбції кісткової тканини в горизонтальну.

Радикальна гінгівектомія по Мюллеру – горизонтальний розріз на 2 мм нижче глибини кишені, видаляють край ясен з язикової та щічної сторін, змінену кістку видаляють, частково нівелюють альвеолярний паросток, видаляють грануляції і залишки зубного каменю, рану закривають йодоформною марлею, яку фіксують до зубів.

Методика закриття рецесії ясен за допомогою вільної сполучної тканини є однією із найновіших методик корекції краю ясен. Розріз проводять за допомогою скальпеля так само, як при пластиці латерально переміщеного лоскута. Скальпель вводять на відповідну глибину супраперіостально навколо першого розрізу (залежно від глибини рецесії). Забір трансплантату сполучної тканини проводять на піднебінні в ділянці 3-5 зубів, який пізніше вводять в створене раніше субперіостальне ложе, на дефект наносять 2-3 краплі ціаноакрилату, який після застигання утворює пов'язку, що закриває дефект (залишають на 2-3 тижні).

Контрольні запитання:

1. Назвіть класифікацію хірургічних методів лікування захворювань пародонту;
2. Яка мета та методика проведення кюретажу?;
3. Вкажіть покази та протипокази до проведення різних видів кюретажу;
4. Назвіть покази та протипокази до проведення гінгівектомії;

5. Назвіть покази та протипокази до проведення гінгівектомії;
6. Охарактеризуйте методику проведення гінгівотомії та гінгівектомії.
7. Опишіть методику закриття рецесії ясен.

Практичне заняття № 31

Доброякісні пухлини щелепно-лицевої ділянки. Етіологія та патогенез. Доброякісні пухлини м'яких тканин. Клініка, діагностика та лікування.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-інтернів з питань етіології, патогенезу, клініки, діагностика та лікування доброякісних пухлин ЩЛД.

Навчальні запитання:

1. Етіологія доброякісних пухлин ЩЛД.
2. Патогенез доброякісних пухлин ЩЛД.
3. Класифікація доброякісних пухлин ЩЛД.
4. Клініка доброякісних пухлин ЩЛД.
5. Діагностика доброякісних пухлин ЩЛД.
6. Лікування доброякісних пухлин ЩЛД.

Короткий зміст заняття.

Доброякісні пухлини ЩЛД поділяються на неодонтогенні та одонтогенні, тобто ті, які генетично та структурно пов'язані зі зубами або їх фолікулами. За консистенцією тканин, які входять у склад пухлин, їх можна поділити на м'якотканинні, твердотканинні та змішані (твердо-м'якотканинні).

Доброякісні пухлини: 1). пухлини, які локалізуються у навколощелепних м'яких тканинах; 2). локалізуються у щелепних кістках; 3). пухлини, здатні уражати як м'які тканини, так і щелепні кістки.

Клінічна класифікація доброякісних первинних пухлин та пухлиноподібних утворень щелеп (за О. О. Колесовим, 1964). Згідно з цією класифікацією усі пухлини та пухлиноподібні утворення у відповідності з їх походженням поділяються на три групи: 1). остеогенні; 2). неостеогенні; 3). одонтогенні.

За характером своєї побудови усі доброякісні пухлини щелепно-лицевої ділянки поділяються на неодонтогенні та одонтогенні, епітеліальні, сполучнотканинні, змішані. Епітеліальні пухлини можуть виходити із епітелію слизової оболонки рота, верхньощепних пазух, ендонтелію, судин, емалевого органу зуба тощо. Джерелом доброякісних сполучнотканинних пухлин може бути дентин, цемент, щелепна кістка, м'яз, хрящ, підшкірна жирова клітковина, сполучнотканинні елементи будь-якої іншої локалізації та походження.

До найбільш розповсюджених належать такі доброякісні неодонтогенні пухлини: судинні пухлини (гемангіоми, лімфангіоми), ретенційні кісти, змішані пухлини, дермоїдні кісти, фіброми, папіломи, нейрофіброми, атероми, хондроми та інші новоутворення, які зустрічаються рідше.

Доброякісні пухлини м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.

Класифікація. Згідно з Міжнародною гістологічною класифікацією ВООЗ №12 всі пухлини м'яких тканин і пухлинні ураження шкіри діляться на такі групи:

- а). пухлини фіброзної тканини;
- б). пухлини жирової тканини;
- в). пухлини м'язів;
- г). пухлини кровоносних судин;
- д). пухлини лімфатичних судин;
- е). пухлини периферійних нервів;
- є). пухлиноподібні ксантомні ураження;
- ж). інші пухлини та пухлиноподібні ураження.

Гемангіоми обличчя та органів порожнини рота.

Гемангіома (від “haima” – кров, “angion” – судина) – доброякісна пухлина, яка виникає на ґрунті вродженої вади кровоносних судин, а тому проявляється з дитячого віку. Переважна більшість гемангіом локалізуються у м'яких тканинах, лише зрідка проростає у щелепні кістки; ще рідше локалізується тільки у щелепах. На відміну від інших доброякісних пухлин гемангіома володіє інфільтруючим ростом, може рецидивувати, проте вона не здатна метастазувати. Гемангіоми у вигляді червоних (інколи фіолетово-червоних) плям або горбуватих вибухів можуть виникати на перших місяцях життя дитини на абсолютно чистій до цього шкірі. З самого початку ураження може локалізуватися також у підшкірній жировій клітковині, у слизовій або підслизовій оболонці, м'язах та кістках щелепно-лицевої ділянки. Поступово розростаючись, гемангіома може досягати великих розмірів.

Класифікація. Клініко-анатомічна класифікація судинних пухлин за М. І. Кондрашиним (1963) виділяє такі види гемангіом:

1. Проста.
2. Кавернозна.
3. Комбінована (проста + кавернозна; кавернозна+гілляста).
4. Змішана (гемангіолімфома, нейроангіофіброма).
5. Системний ангіоматоз.

Найчастіше у практичній роботі лікаря зустрічаються гемангіоми капілярні, гіллясті, кавернозні або ж їх поєднання.

Капілярна або проста гемангіома (haemangioma capillares simplex) являє собою плоску, плямисту, рожево-червону або синюшно-багряну ділянку тканини, яка складається із скупчення багатьох новоутворених капілярів та артеріол, які переплетені та анастомозовані один з одним. Капіляри можуть бути артеріальними або венозними. Локалізуються гемангіоми або на слизовій оболонці рота, або на шкірі обличчя. При натисканні на уражену ділянку (пальцем або інструментом) вона блідніє, а після припинення тиску набуває

попереднього забарвлення. Поступово розростаючись капілярна гемангіома уражує підшкірну або підслизову клітковину: інколи цей процес протікає швидко, частіше – повільно. Буває чергування періодів швидкого росту та стабільного стану. В деяких випадках вона зникає або зменшується без лікування.

Гроновидна (гілляста) гемангіома (*haemangioma raevnosum*) складається із клубка широких та звивистих артеріальних судин. Артеріальна гемангіома пульсує. Із-за наявності у багатьох гіллястих гемангіомах артеріо-венозних анастомозів над ними рідко вислуховується систолічний шум. При нахилі голови донизу гілляста гемангіома збільшується у розмірах.

Кавернозна або печериста гемангіома (*haemangioma cavernosum*) складається із великих, вистелених епітелієм та заповнених кров'ю порожнин. Окремі порожнини сполучаються одна з одною або розділені тонкими сполучнотканинними перемичками, які вміщують невелику кількість еластичних та м'язових волокон. Завдяки наявності кавернозних порожнин, сполучених одна з одною, для цього виду гемангіом характерною є ознака “стиску” та “наливання”, при стисканні пальцями вони спадаються, а потім наповнюються кров'ю. Пухлина може бути оточена капсулою або мати дифузний характер. На розрізі вона має вигляд крупнопетлистої губки, пронизаної численними отворами та ходами. Кавернозні гемангіоми можуть уражати не тільки м'які тканини обличчя, язик, слизову оболонку та підслизовий шар порожнини рота, шию, але й щелепи. Інколи можна пальпаторно визначити у товщі кавернозної або гроно видної гемангіоми щільні круглі утворення, які являють собою петрифіковані тромби-флеболіти. При натисканні на них хворі відчувають виражений біль. Через те, що ступінь кальцифікації флеболітів різний, то на розрізі вони мають неоднорідну будову та різну густину, а на рентгенограми зумовлюють неоднорідну тінь.

Лікування. Невеликі прості (капілярні) гемангіоми лікують за допомогою електрокоагуляції, променевої терапії, припікання снігом вуглекислоти. Останнім часом для лікування гемангіом у немовлят та старших дітей успішно використовуються сучасні конструкції низьковольтних рентгенівських установок. Вони дозволяють здійснювати рентгенівське опромінення гемангіом у дітей з малої відстані. Переваги цього виду терапії у його доступності, безболісності, можливості точного дозування, короткості експозиції (всього 2-5 хвилин) та хороших умовах захисту персоналу (Лазарева, 1961). При невеликих довгастій форми гемангіомах обличчя (як у дітей, так у дорослих) можна з успіхом застосувати висічення зміненої шкіри з наступною мобілізацією, зближенням та ушиванням країв утвореного дефекту шкіри. Якщо ж розмір та кругла форма капілярної гемангіоми не дозволяють виконати це поетапно, то операцію роблять у 2-3 етапи, поступово висікаючи пухлину частинами та відсепаровуючи край здорової шкіри, щоб закрити нею утворену рану. Враховуючи можливість значного збільшення деяких гемангіом на першому році

життя дитини, рекомендується оперування дітей з швидкоростучими гемангіомами обличчя якомога раніше, навіть у перші 2-3 тижні після народження.

Фіброзні новоутворення.

Фіброзні новоутворення, які складаються із фіброзної тканини, поділяються на поодинокі фіброми, симетричні фіброми та фіброматоз ясен.

Фіброма поодинока. Локалізуються поодинокі фіброми на яснах, в слизовій порожнині рота або в глибшележачих тканинах щік, губ, м'якого піднебіння, на язичку, у щелепах. Зустрічаються два види фібром: дрібні (обмежені) та великі. Обидва види у свою чергу поділяються на м'які та тверді. Розмір фібром визначається терміном та темпом розвитку. Ростуть вони дуже повільно, роками не завдають ніяких турбот. Порівняно швидше ростуть м'які фіброми, особливо, фіброангіоми (котрі найчастіше зазнають травматизації, через те кровоточать, запалюються та у зв'язку із цим спричиняють больові відчуття). Фіброми спочатку ростуть безболісно, але згодом спричиняють незначного болю, печію та поколювання при прийомі їжі. Пальпаторно у товщі незміненої за кольором слизової оболонки щоки або у підслизовій клітковині визначається пухлина твердої консистенції на широкій основі, рідше – на ніжці, яка не спричиняє ніяких больових відчуттів. Невеликі фіброми звичайно менш щільні, ніж великі. Краї фіброми чіткі, круглі. Пухлина рухлива, безболісна при пальпації. Якщо вона защемлюється між зубами під час жування – на її поверхні може виникнути запалення (гіперемія, набряк). Лікування поодиноких фібром у м'яких тканинах полягає у повному вирізанні пухлини та накладанні кількох погрузних та шкірних вузлуватих швів.

Симетричні фіброми. Симетричні фіброми локалізуються на піднебінних поверхнях ясен (одночасно з обох сторін), іноді на під'язиковій поверхні нижньої щелепи. Їхня форма трохи витягнута – сливкоподібна. Твердої консистенції. Між фібромами та зубним рядом утворюється щілиноподібний отвір, в якому можуть накопичуватися рештки їжі, злушені клітини епітелію та слина. Симетричні фіброми ростуть повільно протягом багатьох років. Лікування оперативне: із обох сторін вирізають пухлину до окістя. Якщо при цьому поранюють піднебінну артерію, її необхідно лікувати. Після операції раневі поверхні накривають йодоформною марлею; поверх неї одягають захисну піднебінну пластинку.

Фіброматоз ясен. Захворювання характеризується більш чи менш вираженою гіпертрофією багатьох ясневих сосочків, ясневого краю або генералізованою гіпертрофією усієї ясни аж до самої перехідної складки. При цьому звичайно уражуються ясна верхньої та нижньої щелеп. Фіброматозні розростання можуть досягати великих розмірів, повністю закривати коронки зубів із вестибулярної та частково язикової сторони. Розростання можуть мати часточкову будову або виглядати як суцільне потовщення ясен. Окремі частки можна зміщувати рукою або інструментом. Суцільне потовщення називають слоновістю ясен (elephantiasis gingival). Лікування: вирізання розростань ясен

до періосту. Раневу поверхню накривають йодоформною марлею, а зверху – захисною пластинкою (на верхній щелепі). На нижній щелепі обмежуються лише тимчасовим накриттям йодоформною марлею.

Ліпони обличчя та стінок порожнини рота.

Ліпони (лірома від грецьк. *Lipos* – жир; синоніми – жировик, ліпобластома) розвивається із підшкірної жирової тканини обличчя. Від підшкірного жиру ліпوما відрізняється атиповістю будови, перш за все нерівномірністю величини та особливим проявом жирових часток пухлини. Ліпони локалізуються під шкірою чола, у товщі щік, губ, у привушній ділянці, підщелепних ділянках; порівняно рідше вони трапляються у товщі язика, під слизовою оболонкою дна порожнини рота, піднебіння. Ліпوما починає розвиватись у юнацькому та більш старшому віці; у жінок ліпони трапляються частіше. Розміри пухлини найрізноманітніші, що залежить від давності її появи. Росте ліпوما повільно та безболісно. Пальпаторно визначається м'яка (лірома *molle*) або щільна (лірома *durum*) пухлина, трохи рухома, не спаяна із шкірою та слизовою оболонкою (за винятком ясен). Гістологічно пухлину поділяють на кілька типів, що залежить від переважання у ній жирового компоненту або інших тканин: ліпофіброма, фіброліпوما, ангиоліпوما, міоліпوما, міксоліпوما. Найчастіше трапляються м'які ліпони, до складу яких переважно входять жирові частки, оточені сполучнотканинними перемичками. До кожної частки кров поступає окремою судиною. Вся пухлина звичайно оточена капсулою, рідше буває дифузне розростання без капсули.

Лікування ліпом тільки хірургічне; вилучення пухлини разом із капсулою. Видалення дифузних ліпом утруднене, вдається воно тільки іноді лише частково, внаслідок чого тривалий час крізь шви із зашитої рани виділяється серозна рідина з домішкою жиру.

Контрольні питання.

1. Наведіть класифікацію доброякісних пухлин ЩЛД.
2. Вкажіть етіопатогенез доброякісних пухлин ЩЛД.
3. Опишіть клінічну картину окремих форм доброякісних пухлин ЩЛД.
4. Діагностика доброякісних пухлин ЩЛД.
5. Вкажіть методи лікування доброякісних пухлин ЩЛД.

Практичне заняття № 32

Одонтогенні, остеогенні пухлини і пухлиноподібні новоутвори ЩЛД.

Клінічні ознаки, діагностика та лікування.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-інтернів з питань етіології, патогенезу, клініки, діагностики та лікування доброякісних пухлин ЩЛД.

Навчальні запитання:

1. Класифікація остеогенних доброякісних пухлин ЩЛД.
2. Етіопатогенез остеогенних доброякісних пухлин ЩЛД.
3. Клінічна картина остеом ЩЛД.
4. Клініка остеобластокластом ЩЛД
5. Клініка адамантином ЩЛД
6. Лікування остеогенних доброякісних пухлин ЩЛД.

Короткий зміст заняття.

Остеогенні доброякісні пухлини щелеп. Остеоми щелеп.

Остеома (від os – кістка) – порівняно рідкісна пухлина щелеп, яка побудована з відносно зрілої кісткової тканини і розташовується в губчастій або кортикальній речовині кістки. Остеома частіше локалізується на нижній щелепі, але може зустрічатися і на внутрішній стінці верхньощелепової пазухи, у порожнині носа, а також у товщі привушної залози. Остеоми ростуть повільно, роками не дають про себе знати. Перші скарги хворих залежать від локалізації і об'єму пухлини: розвиваючись у товщині нижньої щелепи, вона через деякий час дає невралгічні болі у нижньоальвеолярному нерві та асиметрію нижньої половини лица; локалізуючись на вінцевому відростку, поступово призводить до обмежених рухів нижньою щелепою, а проростаючи у порожнину носа – утруднює дихання через відповідну половину носа. Найчастіше проявляє себе остеома, яка вросла у верхньощелепову пазуху і поступово вповнює її; в таких випадках остеома набуває форми верхньощелепової пазухи і виявляється або випадково при рентгенографічному обстеженні придаткових пазух чи верхньої щелепи з іншої причини, або в результаті поступово зростаючої асиметрії лица, або виникнення контрактури нижньої щелепи. Контрактура буває пов'язана з деформацією та переміщенням горба верхньої щелепи пухлиною назовні. Розміри остеоми залежать від того, через скільки років після її виникнення роблять обстеження; при тривалому періоді росту розмір пухлини може бути значним. Малі остеоми звичайно не завдають ніяких функціональних чи косметичних розладів; розвиваються вони без болю. Проте, досягнувши значних розмірів, можуть не тільки деформувати лице і спричинити обмеження відкривання рота, але й змістити очне яблуко.

Гістологічно остеоми поділяють на компактні, губчасті та м'які. Компактні остеоми відрізняються від нормальної компактної кістки порушенням архітекτονіки і вузькими судинними каналами (*osteoma eburneum sen compactum*). Канали остеонів у них майже повністю відсутні. Губчаста (або спонгіозна) остеома (*osteoma spongiosum*) має губчасту, пористу речовину. На відміну від нормальної губчастої кістки, балки у спонгіозній остеомі розташовані як-небудь, у невідповідності з функціональною структурою; їх ступінь зрілості різний – від пластинчастого до простого тонковолокнистого. На рентгенограмі нагадує вогнище остеодистрофії або адамантиному. Периферійні відділи її мають вигляд

густіших, тобто контрастних. М'які остеоми складаються з кісткової речовини, що відрізняється наявністю великих кістковомозкових порожнин.

Діагностика компактних остеом не складає труднощів: чіткий рентгенографічний симптом “плюс тканина” свідчить про наявність твердої остеоми, яка виділяється на фоні більш рентгенпрониклої кістки.

Лікування остеом тільки хірургічне – радикальне видалення пухлини, яке роблять у випадку функціональних або косметичних порушень, а також при показах до знімного протезування. На внутрішній поверхні нижньої щелепи іноді бувають вроджені, симетрично розміщені екзостози, які не можна діагностувати за остеоми. Це ж стосується і torus palatimus. Проте з метою створення оптимальних умов для виготовлення та користування знімним протезом вдаються іноді до хірургічного видалення остеодних розростань (відколювання, оброблення фрезом) цих виступів.

Остеобластокластома. Уражають остеобластокластоми головним чином осіб жіночої статі віком від 11 до 20 років. На нижній щелепі локалізуються майже у 2 рази частіше, ніж на верхній щелепі; найулюбленишим місцем локалізації є ділянка нижніх великих кутніх зубів; на верхній щелепі – ділянка малих кутніх зубів. Скарги хворих різноманітні залежно від локалізації та стадії розвитку пухлини (звичайно, на наявність асиметрії лица внаслідок пухлини, що повільно росте, лише зрідка болюча). Іноді хворі скаржаться ще й на періодично виникаючий запальний процес у ділянці пухлини, який завершується появою гнійної фістули на яснах або на лиці. При цьому хворі іноді відзначають появу симптому нестійкості та рухомості зубів, що перебувають у зоні пухлини. Поява запальних нашарувань з фістулами є однією з відмінних особливостей остеобластокластоми щелеп (у трубчастих кістках гігантами не ускладнюються запаленням). Поява запалення і фістул пов'язана з наявністю каріозного зуба та інфекції порожнини рота. Інфікується пухлина або маргінальним шляхом через періодонт, або через випадіння зубів. Якщо пухлина локалізується поблизу висково-нижньощелепового суглоба, хворий може заявити скарги на болі при рухах щелепою, особливо під час жування. Клінічний перебіг периферичної остеобластокластоми нічим принципово не відрізняється від типових епулісів (над'ясенників), хворі скоро звертають увагу на здуття ясен, “дике м'ясо” на яснах і з цими скаргами приходять до лікаря. Об'єктивно на яснах визначається блідо-рожева пухлина; її розміри різні, залежно від давності захворювання. Основа пухлини, на відміну від звичайного епулісу, широка, охоплює зону кількох зубів, які більше чи менше вже є рухливі. В результаті травмування навіть їжею виникають виразки слизової оболонки над таким епулісом, регіонарний лімфаденіт, біль, субфебрильна температура тіла і, відповідно, приєднаного запалення зміни з боку крові.

Встановити початок виникнення центральної форми остеобластокластоми складно, тому що захворювання розвивається звичайно повільно, непоміт-

но. Лише у деяких хворих рано виникають болі в ділянці пухлини або в зубах, що знаходяться в ній. Загальний стан хворих тривалий час не порушується; лише після того, як пухлина досягає великих розмірів, він може порушуватися із-за утрудненого приймання їжі, або інфікування пухлинної тканини (у зв'язку з розтрощенням слизової оболонки над нею зубами-антагоністами). Центральні остеобластокластоми проявляються у вигляді потовщення або веретеноподібного здуття тіла щелепи, над яким колір слизової оболонки ще довго залишається без змін. За своєю клініко-рентгенологічною та морфологічною характеристикою остеобластокластоми поділяють на коміркову та літичну; О. О. Колесов виділяє ще кісткову форму. Коміркова форма відрізняється дуже повільним ростом, спостерігається у зрілому та похилому віці, рідко призводить до стоншення кортикального шару кістки. Зуби в ділянці такої пухлини звичайно зберігають своє попереднє положення і властиву їм електробудливість. Літична форма спостерігається найчастіше в ранньому дитячому та юнацькому віці. Характеризується швидким агресивним ростом, руйнуванням кістки, порівняно раннім розхитуванням зубів, ураженням кортикальної речовини щелепи та її окістя. Кістозна форма частіше спостерігається у молодому віці; перші скарги звичайно пов'язані з відчуттям зубного болю. Розмічається пухлина у щелепі тори ексцентрично, зумовлюючи здуття тіла щелепи з боку переддвер'я порожнини рота; поверхня пухлини гладка, куполоподібна. Пальпаторно можна виявити вогнище потоншення кістки – симптом пергаментного хрускіту (Дюпюїтрен), або пластмасової іграшки (Ю. Й. Бернадський). При будь-якій формі центральної остеобластокластоми регіонарні лімфовузли не запалені; колір шкіри не змінений. Проте досягнувши гігантських розмірів на шкірі можуть виникнути виразки з гнійними виділеннями у зв'язку з приєднаним остемієлітом. Ще скоріше можуть виникнути виразки на слизовій оболонці рота. Якщо до остеобластокластоми приєднується одонтогенний або стоматогенний запальний процес, клінічна картина різко змінюється за рахунок симптомів запалення у слизовій оболонці, в періості, кістковій речовині, на шкірі та в регіонарних лімфатичних вузлах. Може бути підвищення температури тіла, виникнення значних больових відчуттів. Після виникнення фістульного ходу гострота запалення стихає, залишається пухлина з фістульним ходом на яснах або на лиці. Будь-яких морфологічних змін у крові хворих не відзначається.

Пункція гігантоми дозволяє виявити рідину найрізноманітніших відтінків – від бурого до ясно-жовтого. Іноді можна добути в невеликій кількості кров. Ніколи в пунктаті не визначається холестерин.

Рентгенологічна картина. При комірковій формі відмічається дуже багато малих і найменших порожнин, відокремлених одна від одної балочками - перегородками різної товщини. Ці балочки перетинаються в різних напрямках і надають їй дрібнокомірковий характер. Сама щелепа виявляється веретено-

подібно здутою (в 2 рази більшою порівняно із звичайним розміром) та стоншеною. Для літичної форми характерною є наявність однорідного дефекту кістки, що нагадує кісту. Проте на відміну від кістозної форми, яка завжди має чіткі ущільнені контури, границі порожнини літичної форми остеобластокластоми мають вигляд нерівних і змазаних. Нижній край нижньої щелепи при кістозній та літичній формах буває різко стоншений і має вигляд шкаралупи. Корені зубів, що опинилися в зоні пухлини, як правило, мають вигляд резорбованих і “урізаних” на 1/3 або навіть більше своєї довжини.

Основний метод лікування остеобластокластом – хірургічне втручання. Екскохлеацію невеликої за розмірами коміркової або кістозної форми пухлини потрібно доповнити вишкрібанням кістки, що межує з остеобластокластомою. При літичній формі остеобластокластоми невеликих розмірів, а також при комірковій та кістозній формах остеобластокластоми великих розмірів рекомендуємо дуже старанну екскохлеацію з вишкрібанням до здорової кістки, або резекцію нижньої щелепи. При задовільному стані хворого резекцію щелепи можна поєднати з одномоментною аутостеопластиком. Щоб уникнути додаткової травми, пов’язаної з взяттям кістковопластичного матеріалу у хворого, можна вдаватися до застосування ліофілізованого аллотрансплантату за Н. А. Плотніковим.

Резекція верхньої щелепи, а також і екзартикуляція половини нижньої щелепи (тут більше всієї) показана дуже рідко, в основному при повторних рецидивах пухлини.

Лікування периферичної остеобластокластоми (гігантоклітинного епулісу) полягає у резекції альвеолярного відростка разом з розхитаними зубами, що знаходяться в зоні епуліса.

Одонтогенними доброякісними пухлинами називаються такі новоутвори, які є наслідком неправильної диференціації зануреного у щелепу первинного епітелію порожнини рота та мезенхіми; ця диференціація відбувається у напрямі формування таких структур, які подібні до тканин зуба, або до самого зуба на різних стадіях його розвинення, або виникають із зубних тканин.

Адамантинома (амелобластома).

Під адамантиномою щелепи слід розуміти групу одонтогенних пухлин епітеліального походження. Є багато синонімів цього терміну (багатокамерна кістома, проліферуюча щелепова кіста, центральна парадентарна кіста, центральна парадентарна кістома, кістоаденома, адамантинум і ін.), які свідчать як про складність її будови, так і про серйозність клінічних проявів. Локалізується частіше на нижній щелепі в ділянці її кута і гілки, рідше – тіла щелепи; найчастіше в ділянці нижніх зубів мудрості. Хворі приходять зі скаргами на раптово помічену ними або близькими асиметрію лица, ниючі болі у щелепах і зубах, що приводило хворого неодноразово до думки про видалення інтактних зубів; явища періоститу та флегмонозних запалень, які періодично

спостерігаються на ураженій стороні; фістули на слизовій оболонці з гнійним виділенням; довго незаживаючі після видалення зубів рани, з яких виділяється каламутна рідина; якщо пухлина досягла великих розмірів, хворі заявляють скарги на утруднену функцію жування, мови та дихання. Об'єктивно: в ранніх стадіях відзначається веретеноподібне здуття тіла щелепи; при цьому пухлина є гладкою або трохи нерівною, горбистою, твердою (кістковою) консистенції. Колір шкірних покривів не змінений, збирається в складку, іноді трохи бліда. Пізніше виникають ознаки кістозного новоутвору: вогнища пергаментного хрускіту, флюктуація; шкіра над пухлиною тоншає, блідніє, виникає видима судинна сітка, шкіра важко збирається в складку. З часом вона настільки тоншає, що доходить до виразок над місцями найбільш виявлених кісткових вигинань. Регіонарні лімфовузли не збільшені, якщо вміст кістозних порожнин не нагноївся і до пухлинного процесу не приєдналося запалення кістки. Зуби в ділянці пухлини звичайно достатньо стійкі, але можуть бути трохи розхитані (при наявності хронічного запального процесу). Слизова оболонка ясен нормального кольору або ціанотична.

Рентгенографічні дані дуже варіабельні. А. А. Козирева (1959) описала дев'ять варіантів кісткових змін, які можна виявити на рентгенограмі:

- 1). ряд круглих порожнин;
- 2). одна кісткова порожнина, оточена багатьма меншими порожнинами;
- 3). ряд округлих порожнин, в одній-двох із яких міститься зубний фолікул або сформований зуб;
- 4). багатокутні порожнини;
- 5). великопетлиста структура кістки внаслідок наявності значної кількості дрібних кіст;
- 6). кілька поодиноких великих кістозних порожнин; 7). одна велика кістозна порожнина з нерівними краями;
- 8). одна велика порожнина, в яку повернуті корені зубів (нагадує радикулярну кісту); одна велика кіста, в яку повернута коронкова частина непрорізаного зуба.

Цей варіант нагадує фолікулярну кісту. Дуже важливою рентгенографічною рисою адамантиноми є різна ступінь прозорості тіні порожнин. Порожнини можуть мати малу, середню і високу ступені прозорості.

Остеобластокластома характеризується наступним: больових відчуттів немає; різко виражена резорбція коренів зубів, повернутих в пухлину; не змінені лімфатичні вузли; при пункції пухлини отримують кров; на рентгенограмі щелепи чергуються ділянки розрідження кістки й вогнища ущільнення; іноді вони розмежовані твердими перегородками.

Радикулярна кіста відрізняється від адамантиноми тим, що наявний у кістці чітко окреслений (а не бухтоподібний) дефект явно зв'язаний з гангренозним зубом. Крім того, анамнез захворювання істотно відрізняється.

Фолікулярна кіста розвивається на місці відсутнього інтактного зуба і росте безболісно.

Лікування адамантиноми повинно бути радикальним, щоб уникнути рецидиву, який збільшує загрозу малігнізації. Границі пухлини простягаються далеко у кісткову речовину у вигляді химерних острівцеподібних розгалужень; тому методом вибору є резекція ураженої ділянки щелепи в межах здорової тканини, Тобто відступивши на 1-1,5 см від рентгенографічно визначеної границі пухлини. Слід наголосити на необхідності дотримуватися радикалізму при лікуванні адамантиноми. Тільки радикально видаливши пухлину, можна запобігти виникненню рецидиву. Після вишкрібання пухлини, яке доповнено навіть променевою терапією, нерідко виникають рецидиви. Тому лише при невеликих вогнищах ураження адамантиною можна оперувати, не порушуючи безперервність нижньої щелепи.

Контрольні питання.

1. Наведіть класифікацію остеогенних доброякісних пухлин ЩЛД.
2. Вкажіть етіопатогенез остеогенних доброякісних пухлин ЩЛД.
3. Опишіть клінічну картину остеом ЩЛД.
4. Опишіть клінічну картину остеобластокластом ЩЛД
5. Опишіть клінічну картину адамантином ЩЛД
6. Вкажіть методи лікування остеогенних доброякісних пухлин ЩЛД.
7. Етіопатогенез одонтогенних доброякісних пухлин ЩЛД.
8. Клінічна картина адамантиноми.
9. Клініка остеобластокластом ЩЛД
10. Клініка адамантином ЩЛД
11. Лікування остеогенних доброякісних пухлин ЩЛД.

Практичне заняття № 33

Сучасні класифікації злоякісних пухлин ЩЛД.

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-інтернів з основними сучасними класифікаціями злоякісних пухлин ЩЛД.

Навчальні запитання:

- Класифікація злоякісних пухлин ЩЛД за системою TNM.
- Класифікація раку губи за системою TNM.
- Класифікація раку шкіри за системою TNM.
- Класифікація раку язика за ступенем розповсюдженості

Короткий зміст заняття.

Однією з найпоширеніших класифікацій злоякісних пухлин ЩЛД є класифікація за системою TNM, запропонована Комітетом Міжнародного протракового Союзу. Вона базується на основі трьох елементів, серед яких: Т – тумор, Н – нодулюс, М- метастази. Для символів Т і N передбачено чотири підрозділи, для М – два.

Умовно степінь розповсюдження може бути позначено так:

T0 – пухлина не визначається;

T1 – пухлина до 1 см і уражає одну анатомічну ділянку;

T2 – пухлина до 2 см і уражає не більше 2-х анатомічних ділянок;

T3 – пухлина більше 3 см, уражає більше 2-х анатомічних ділянок;

T4 – пухлина уражає більшу частину органу і розповсюджується на сусідні анатомічні структури.

N0 – лімфовузли не визначаються;

N1 – на стороні ураження рухомі лімфовузли;

N2 – двохсторонні лімфовузли /рухомі або нерухомі/;

N3 – односторонні лімфовузли, які нерухомі;

N4 – двохсторонні вузли, які спаяні з тканинами;

M1 – віддалені метастази не визначаються;

M2 – є віддалені метастази.

Класифікація раку губи за системою TNM.

T – первинні пухлини:

TS – даних для оцінки первинної пухлини недостатньо;

T0 – первинна пухлина не визначається;

TiS – преінвазивна карцинома (carcinoma in situ);

T1 – пухлина розміром 2 см або менше у найбільшому вимірі;

T2 – пухлина більша ніж 2 см, але не більша 4 см у найбільшому вимірі;

T3 – пухлина більша ніж 4 см у найбільшому вимірі у межах губи;

T4 – пухлина поширюється на суміжні структури: окістя нижньої щелепи, тканини дна порожнини рота, язика, шкіру обличчя;

N – регіонарні лімфатичні вузли:

NX – дати оцінку стану лімфатичних вузлів неможливо.

N0 – ураження регіонарних лімфатичних вузлів немає;

N1 – є поодинокі метастази на боці ураження, що не перевищують 3 см;

N2 – є поодинокі метастази на боці ураження, більші 3 см, однак не перевищують 6 см у найбільшому вимірі, або численні метастази на боці ураження, що менші або дорівнюють 6 см у найбільшому вимірі, або контра латеральні метастази до 6 см у найбільшому вимірі;

N3 – метастази у регіонарних лімфатичних вузлах більші 6 см у найбільшому вимірі.

M – віддалені метастази:

MX – визначити, чи є віддалені метастази неможливо;

M0 – віддалених метастазів немає;

M1 – є поодинокі віддалені метастази.

Класифікація раку шкіри за системою TNM, яка пройшла апробацію у 1967-1971 рр. Та підтверджена у 1978р. (О. І. Паче, 1983), має такий вигляд:

T – первинні пухлини:

T0 – первинної пухлини нема;

TiS – преінвазивна карцинома (carcinoma in situ);

T1 – пухлина розміром 2 см або менше у найбільшому вимірі;

T2 – пухлина більша ніж 2 см, але не більша 5см у найбільшому вимірі або з мінімальною інфільтрацією шкіри, незалежно від розмірів;

T3 – пухлина більша ніж 5 см у найбільшому вимірі;

T4 – пухлина поширюється на інші органи, такі як хрящ, м'язи, кістка;

TX – визначити повністю поширеність первинної пухлини неможливо.

N – регіонарні лімфатичні вузли:

N0 – ураження регіонарних лімфатичних вузлів нема;

N1 – є ураження зміщуваних гомо латеральних лімфатичних вузлів;

N2 – є ураження зміщуваних контра латеральних лімфатичних вузлів або вузлів з обох боків;

N3 – є ураження не зміщуваних регіонарних лімфатичних вузлів;

NX – дати оцінку стану лімфатичних вузлів неможливо.

M – віддалені метастази:

M0 – віддалених метастазів нема;

M1 – є віддалені метастази;

MX – визначити, чи є віддалені метастази неможливо.

Окрім класифікації за системою TNM, існує класифікація за ступенем розповсюдженості.

Так розрізняють 4 стадії раку язика:

I стадія – обмежена пухлина від 1,5-1 см в діаметрі в товщі язика. Метастазів немає.

II стадія – пухлина або виразка більших розмірів, до 2 см в діаметрі, проростає в м'язи язика, але не виходить за половину язика. В підщелепних і підборідкових ділянках – поодинокі рухомі лімфовузли.

III стадія – пухлина або виразка, яка займає половину язика і переходить за середню лінію або на дно рота. Множинні метастази.

IV стадія – велика пухлина або виразка, уражає більшу частину язика – розповсюджується не тільки на сусідні м'які тканини, але і на кістки лицевого скелету, є множинні нерухомі метастази.

Розрізняють 4 стадії раку слизової порожнини рота:

I стадія – сосочкове розростання, інфільтрат або виразка діаметром до 2 см на щопі, яснах, піднебінні, дні рота не переходить на інші ділянки.

II стадія – ураження такого ж діаметру або більшого, не виходить за межі якого-небудь одного відділу порожнини рота /щока, піднебіння, дно рота і ін./,

але розповсюджується в підслизовий шар. У лімфовузлах – поодинокі рухомі метастази.

III стадія – пухлина проростає в оточуючі тканини, але не глибше періосту, розповсюджується на сусідні відділи порожнини рота. Метастази множинні, діаметром до 2 см /рухомі або нерухомі/.

IV стадія – уражуються декілька відділів порожнини рота і глибоко проростають в оточуючі тканини – в кістку, м'язи, шкіру і т.д. Метастази в регіонарних лімфовузлах.

Контрольні питання.

1. Опишіть принцип класифікації злоякісних пухлин ШЦЛД за системою TNM.
2. Наведіть класифікацію раку губи за системою TNM.
3. Наведіть класифікацію раку шкіри за системою TNM.
4. Вкажіть класифікацію раку язика за ступенем розповсюженості.

Практичне заняття № 34

Злоякісні новоутвори шкіри обличчя. Клініка, діагностика та методи лікування.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-інтернів з питань злоякісних пухлин шкіри обличчя.

Навчальні запитання:

1. Загальні дані та етіологічні фактори раку шкіри обличчя.
2. Форми раку шкіри обличчя.
3. Клінічна картина раку шкіри обличчя.
4. Клінічний перебіг раку шкіри обличчя в залежності від стадії захворювання.
5. Класифікація раку шкіри обличчя за системою TNM.
6. Клінічний перебіг раку шкіри обличчя в залежності від стадії захворювання.
7. Лікування злоякісних пухлин шкіри обличчя.

Короткий зміст заняття:

При розгляді раку шкіри обличчя та передракових захворювань звертається увага на те, що серед всіх злоякісних пухлин людини біля 4-9% локалізуються на шкірі. При цьому 59-94% раку шкіри локалізуються на обличчі.

До передракових захворювань шкіри обличчя відносяться: вугрі, фурункули, ущільнення, старечі бородавки, виразки, садна, пігментні плями, рубці після опіків, рубці після вовчака (приблизно у 2% хворих вовчаком виникає рак обличчя).

Клінічна картина залежить від ряду факторів, а саме гістологічної будови пухлини і характеру попереднього лікування:

Клінічно розділяють три форми раку шкіри обличчя:

1. поверхневу,
2. інфільтруючу (глибоко проникаючу),
3. папілярну.

Поверхнева форма

При поверхневій формі (базальноклітинний рак, або панкріод) хворі скаржаться на незначне відчуття зуду в ураженій ділянці. Розвиток відбувається повільно, з'являються декілька щільних, гладких або шорстких вузлів жовтого кольору або сірувато-білих бляшок. Вони незначно підвищуються над шкірою. З часом з'являється ерозія, кровоточивість і утворюється нориця.

Інфільтруюча форма

Інфільтруюча форма раку шкіри обличчя відрізняється тим, що частіше являє собою плоскоклітинне ураження, яке починається з розсіяних в глибині шкіри дистопованих епітеліальних зародків, з волосяних мішечків або шкірних залоз. Цим визначається глибоке і інфільтративне ураження шкіри. Спочатку воно має вигляд гладких, щільних вузликів, які вкриті незмінним епідермісом, які з часом перетворюються в кратероподібну виразку. Частина їх метастазує в регіонарні лімфовузли і має схильність проростати в підшкірну клітковину. Цю форму раку деякі автори називають злоякісною виразкою.

Папілярна форма

Папілярна форма клінічно виглядає як папілома, яка швидко росте, дає ранні метастази і викликає хакексію. Проростає в глибину і в ширину у вигляді екзофітного ураження горбисто-сосковидного характеру.

В залежності від ступеню розповсюдження поділяється на чотири стадії:

I - поверхнева пухлина діаметром до 2 см, локалізується в межах шкіри без інфільтрації в сусідні тканини.

II - пухлина діаметром більше 2 см з проростанням в підшкірну клітковину.

III - пухлина інфільтрує більш глибокий шар м'яких тканин, не уражує хряща носа або щелепу.

IV - пухлина інфільтрує хрящ і кістку.

Метастази з'являються в III - IV ст., частіше при плоскоклітинній формі раку.

Класифікація раку шкіри за системою TNM, яка пройшла апробацію у 1967-1971 рр. та підтверджена у 1978р. (О. І. Паче, 1983), має такий вигляд:

T – первинні пухлини:

T0 – первинної пухлини нема;

TiS – преінвазивна карцинома (carcinoma in situ);

T1 – пухлина розміром 2 см або менше у найбільшому вимірі;

T2 – пухлина більша ніж 2 см, але не більша 5см у найбільшому вимірі або з мінімальною інфільтрацією шкіри, незалежно від розмірів;

T3 – пухлина більша ніж 5 см у найбільшому вимірі;

T4 – пухлина поширюється на інші органи, такі як хрящ, м'язи, кістка;
TX – визначити повністю поширеність первинної пухлини неможливо.

N – регіонарні лімфатичні вузли:

N0 – ураження регіонарних лімфатичних вузлів нема;

N1 – є ураження зміщуваних гомолатеральних лімфатичних вузлів;

N2 – є ураження зміщуваних контралатеральних лімфатичних вузлів або вузлів з обох боків;

N3 – є ураження незміщуваних регіонарних лімфатичних вузлів;

NX – дати оцінку стану лімфатичних вузлів неможливо.

M – віддалені метастази:

M0 – віддалених метастазів нема;

M1 – є віддалені метастази;

MX – визначити, чи є віддалені метастази неможливо.

Сучасна діагностика раку шкіри обличчя являє собою на сьогоднішній день актуальну задачу. Понад 40% хворих раком шкіри обличчя в III і IV ст захворювання отримували допомогу в стоматолога з приводу захворювань порожнини рота, але не були скеровані на лікування до онколога, оскільки у них діагноз раку шкіри обличчя стоматологами не був встановлений. Це свідчить про необхідність посилення виховання онконастороженості серед стоматологів.

Диференційна діагностика раку шкіри обличчя проводиться з такими захворюваннями:

1. вовчаком,
2. актиномікозом,
3. безпігментною меланомою,
4. фібромою,
5. келоїдним рубцем.

Питання про точний діагноз вирішується за допомогою біопсії.

1. Полярографічне дослідження сироватки крові для визначення кривої вмісту РН груп.

2. Осадкова реакція - вивчення якісного складу білків сироватки крові, виявлення білка, якого умовно називають нерозчинним. Ця реакція буває позитивною у 90% ракових хворих.

Для діагностики раку також застосовують хейлоскопію і хейломікроскопію

Лікування проводять з врахуванням гістологічної будови раку шкіри обличчя, клінічного перебігу і стадії захворювання, ділянки первинного вогнища і метастазів.

При відсутності метастазів застосовують променеву терапію, яка забезпечує хороший функціонально-косметичний ефект. У початковій стадії раку шкіри обличчя застосовують короткофокусну рентгенотерапію. При раку шкіри у II стадії частіше застосовують зовнішню аплікаційну радієву терапію. При III стадії застосовують комбіноване лікування.

При наявності метастазів їх видаляють за загальними правилами, в рану кладуть препарати радію і ін.

У випадку розвитку раку на основі вовчаку, келоїдних або інших рубців, а також в зв'язку з рецидивами після променевої терапії необхідно застосовувати хірургічне висічення ракового вогнища, застосувавши місцевопластичну операцію або вільну пересадку шкіри для закриття дефекту, який утворився.

Лікування хворих з раком шкіри обличчя може бути радикальним, паліативним, симптоматичним.

Радикальне лікування передбачає видалення не тільки пухлини, але й метастазів в регіонарних лімфатичних вузлах.

Паліативне лікування повністю не усуває пухлину, оскільки залишаються метастази в регіонарних лімфатичних вузлах.

Симптоматичне лікування усуває лише обтяжуючу місцеву і загальну симптоматику (біль, сухість у роті, аритмію, тахікардію).

Контрольні питання:

1. Вкажіть передуючі фактори розвитку раку шкіри обличчя.
2. Назвіть основні форми раку шкіри обличчя.
3. Клінічна картина поверхневої форми
4. Клінічна картина інфільтруючої форми
5. Клінічна картина папілярної форми
6. Продиференціюйте основні клінічні форми раку шкіри обличчя.
7. Вкажіть стадії раку шкіри обличчя в залежності від ступеня розповсюдження
8. Наведіть клініку окремих стадій раку шкіри обличчя
9. Наведіть класифікацію раку шкіри обличчя за системою ТНМ.
10. Лікування злоякісних пухлин шкіри обличчя.

Практичне заняття № 35

Злоякісні новоутвори органів порожнини рота.

Клініка, діагностика та методи лікування.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-інтернів з питань клініки, діагностики та лікування злоякісних новоутворів органів порожнини рота.

Навчальні запитання:

1. Основні клінічні симптоми раку слизової оболонки порожнини рота.
2. Стадії раку слизової оболонки порожнини рота.
3. Діагностика **раку слизової оболонки порожнини рота.**
4. Хірургічний метод лікування раку слизової оболонки порожнини рота.
5. Променевий метод лікування.
6. Комбінований метод лікування.
7. Регіонарна внутрішньоартеріальна хіміотерапія.

8. Кріодеструкція пухлин.
9. Клінічна картина раку язика у залежності від локалізації.
10. Діагностика раку язика.
11. Лікування раку язика на різних стадіях розвитку.

Короткий зміст заняття:

Клініка раку слизової порожнини рота характеризується великою різноманітністю первинних ознак і виражених форм злоякісного процесу:

1. виразки
2. якщо пухлина проростає у в'язку – кровотеча з носа, екзофтальм і ін;
3. інфільтрати;
4. біль в зубах;
5. рак дна рота – раннє утруднення мови і приймання їжі.
6. кровоточивість ясен;

Розрізняють 4 стадії раку слизової порожнини рота:

I стадія – сосочкове розростання, інфільтрат або виразка діаметром до 2 см на щоглі, яснах, піднебінні, дні рота не переходить на інші ділянки.

II стадія - ураження такого ж діаметру або більшого, не виходить за межі якогось-небудь одного відділу порожнини рота /щогля, піднебіння, дно рота і ін./, але розповсюджується в підслизовий шар. У лімфовузлах - поодинокі рухомі метастази.

III стадія - пухлина проростає в оточуючі тканини, але не глибше періосту, розповсюджується на сусідні відділи порожнини рота. Метастази множинні, діаметром до 2 см /рухомі або нерухомі/.

IV стадія - уражуються декілька відділів порожнини рота і глибоко проростають в оточуючі тканини – в кістку, м'язи, шкіру і т.д. Метастази в регіонарних лімфовузлах.

Важкість клінічного перебігу раку слизової оболонки рота зумовлюється такими обставинами:

1. масивна васкуляризація тканин;
2. широкі зв'язки між поверхневими і глибокими лімфатичними судинами;
3. безперервна дія на пухлину подразнюючих факторів /механічних, термічних, інфекційних/;
4. порушення процесу жування і ковтання /гіпоавітаміноз, зниження функції печінки і т.д./;
5. болючі відчуття, які виникають при рухомості язика, губ, щік, глотки у вогнищі пухлини або виразки.

Діагностика раку дна порожнини рота базується на описаних макроскопічних і клінічних проявах хвороби. Проводять радіоіндикаційний метод діагностики, ексцизивну біопсію з наступною коагуляцією ділянки висіченням кусочка пухлини, розширену біопсію, аспіраційну біопсію, стоматоскопію, УЗ-томографію, тест Болена. Диференційний діагноз проводять з туберкульозом

зом, хронічною виразкою, актиномікозом. Тому при підозрі на одне з цих захворювань необхідно провести відповідні дослідження.

Лікування залежить від ділянки процесу, його розповсюдження, форми росту і гістологічної будови пухлин, загального стану хворого та інших факторів. Застосовують в основному три методи лікування: хірургічний, променевий і комбінований.

Хірургічний метод лікування дуже важкий і травматичний, викликає важкі функціональні порушення і ускладнення (пневмонію, серцеву недостатність, порушення водно-електролітного обміну). Тому його застосовують по строгим показам.

Променева терапія застосовують і як високо ефективний допоміжний метод в перед- і післяопераційному періодах, під час операції.

Найбільш широке застосування отримав комбінований метод лікування з передопераційною дистанційною променевою терапією.

Не менш ефективно застосовують електрохірургічне видалення з застосуванням голки з радіонуклідами у краї післяопераційної рани.

Післяопераційне опромінення проводить після зняття швів, опромінення ділянки лімфовузлів проводять і після їх видалення, особливо в тих випадках, коли були видалені конгломерати спаяних між собою лімфатичних вузлів або коли була виявлена їх спаяність з щелепою.

Ефективна регіонарна внутрішньоартеріальна хіміотерапія шляхом катеризації зовнішньої сонної артерії (язикової, лицевої і ін.). Найбільш ефективним є фракційний метод з введенням хіміопрепарату через 4-6 годин.

У ряді випадків, після хіміотерапії застосовують променеве лікування або хірургічне з наступною променевою терапією. Досвід показує, що застосування хіміотерапії з операцією або променевою терапією значно ефективніше, ніж застосування якого-небудь одного методу.

При рентгеностійких формах раку застосовують кріохірургічний метод - кріодеструкцію пухлин. Вона показана хворим похилого віку, і котрим неможливо проводити радикальну операцію, а також хворим з запущеними формами. Кріодеструкція пухлин на фоні рентгено- або хіміотерапії дає більш ефективні результати.

Рак язика складає 2% злоякісних пухлин людини і займає перше місце серед новоутворів органів порожнини рота (біля 55%). Чоловіки хворіють в 2 рази частіше жінок.

При гістологічній будові рак язика в ділянці кінчика і середній третині – плоскоклітинний, в ділянці кореня – базальноклітинний.

Клінічно при раку язика спочатку з'являється болочий твердий при пальпації інфільтрат, який не має різких меж при переході на здорову тканину.

Скарги хворих – на біль при вживанні їжі та розмові, біль іррадіює у вухо та зуби нижньої щелепи. При цьому в наявності травмуючий фактор – зуб,

протез. Локалізується рак язика переважно на боковій поверхні, в ділянці м'якотці. У міру зростання місцевих морфологічних змін на слизовій оболонці язика відбувається розширення ділянки порушення смакової чутливості.

В деяких випадках виразка може бути відсутня, але слизова оболонка рота спаяна з щільним вогнищем в товщі язика. При цьому порівняно рано з'являються метастази в регіонарних лімфовузлах, тканинах дна ротової порожнини, в щелепі.

З пухлин переднього відділу язика метастазування відбуваються в підщелепові лімфовузли, з пухлин заднього відділу в глибокі шийні лімфовузли.

Рак кореня язика протікає найбільш важко. Тут локалізуються екзофітні форми раку з недиференційованих або малодиференційованих клітин перехідного епітелію.

Діагностика раку язика основана на характерних макроскопічних і клінічних проявах хвороби. Значну допомогу в діагностиці надає радіоіндикаційний метод діагностики, ексцизійна біопсія з наступною коагуляцією ділянки висічення кусочка пухлини, розширена біопсія, аспіраційна біопсія (пункція).

Класифікація. За ступенем розповсюдженості розрізняють 4 стадії раку язика:

I стадія - обмежена пухлина від 1,5-1 см в діаметрі в товщі язика. Метастазів немає.

II стадія - пухлина або виразка більших розмірів, до 2 см в діаметрі, проростає в м'язи язика, але не виходить за половину язика. В підщелепних і підборіджових ділянках – поодинокі рухомі лімфовузли.

III стадія - пухлина або виразка, яка займає половину язика і переходить за середню лінію або на дно рота. Множинні метастази.

IV стадія - велика пухлина або виразка, уражає більшу частину язика - розповсюджується не тільки на сусідні м'язи тканини, але і на кістки лицевого скелету, є множинні нерухомі метастази.

Лікування раку язика починається з обов'язкової санації порожнини рота і зубів.

Лікування раку язика повинно бути комбінованим і включати в себе три етапи.

Перший етап лікування. Рациональним методом передопераційного опромінення первинного пухлинного вогнища є телерадієве з радіоактивними препаратами, яке поєднується з одночасною короткофокусною рентгенотерапією.

Другий етап - операція. З двох видів електрохірургічного втручання на первинному вогнищі (електроексцизія або широка електрокоагуляція) при розміщенні пухлини на боковій поверхні язика найбільш радикальним є електроексцизія ураженої половини язика, яка виконується широко в межах здорових тканин, відступаючи на 2 см від пухлини, з обколюванням пухлини голками з радіоактивними препаратами.

Третій етап лікування - лікування регіонарних метастазів. Досягається хірургічним втручанням. Операцію проводять через 2,5 - 3 тижні після другого етапу лікування.

Лікування раку язика на різних стадіях розвитку:

I стадія

а) при локалізації пухлини на верхівці язика проводять електроексцизію вогнища ураження без попереднього опромінення, відступаючи від видимої межі пухлини на 2 см. Рану зашивають наглухо, обколюють 3 - 4 голками, які містять по 2 - 3 мг радію. Через 2-3 тижні проводять радикальне видалення лімфатичного апарату;

б) При розміщенні пухлини на боковій поверхні язика обов'язково проводиться лікування в три етапи.

II стадія

Перший етап лікування полягає в променевій терапії, другий етап – електроексцизія або електрокоагуляція. Через 2-3 тижні – радикальне видалення лімфатичного апарату.

III стадія

Перший етап лікування – дистанційна радієва терапія з двох полів (щічне і підщелепове). Другий етап та третій етап як при II стадії.

IV стадія - хірургічне лікування не показане, може бути проведена паліативна променева терапія.

Контрольні питання

1. Наведіть основні клінічні симптоми раку слизової оболонки порожнини рота
2. Вкажіть фактори, що зумовлюють важкий перебіг раку слизової оболонки порожнини рота
3. Назвіть стадії раку слизової оболонки порожнини рота.
4. Опишіть клініку раку слизової оболонки порожнини рота в залежності від стадії захворювання
5. Діагностика раку слизової оболонки порожнини рота.
6. Основні завдання при лікуванні раку слизової оболонки порожнини рота.
7. Опишіть етапи лікування раку слизової оболонки порожнини рота.
8. Суть променевої терапії при лікуванні раку слизової оболонки порожнини рота.
9. Які Ви знаєте методи хірургічного лікування раку слизової оболонки порожнини рота.
10. Комбінований метод лікування раку слизової оболонки порожнини рота..
11. Проведення регіонарної внутрішнь артеріальної хіміотерапії.
12. Суть методу кріодеструкцію пухлин.

13. Вкажіть етіологічні фактори розвитку язика.
14. Клінічний перебіг раку язика.
15. Вкажіть особливості клініки раку язика в залежності від локалізації.
16. Наведіть класифікацію раку язика за ступенем розповсюдження.
17. Діагностика раку язика.
18. Основні завдання при лікуванні раку язика.
19. Опишіть етапи лікування раку язика.
20. Суть променевої терапії при лікуванні раку язика.
21. Які Ви знаєте методи хірургічного лікування раку язика.
22. Лікування раку язика на різних стадіях розвитку.

Практичне заняття № 36
Злоякісні новоутвори кісток ЩЛД.
Клініка, діагностика та методи лікування

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-інтернів з питань клініки, діагностики, диференційної діагностики та лікування злоякісних новоутворів кісток ЩЛД.

Навчальні запитання:

1. Діагностика раку верхньої та нижньої щелепи.
2. Диференційна діагностика раку щелеп.
3. Клініка саркоми кісток ЩЛД.
4. Діагностика саркоми кісток ЩЛД.
5. Диференційна діагностика саркоми кісток ЩЛД.
6. Основні принципи лікування злоякісних новоутворів кісток ЩЛД.
7. Методи хірургічного лікування злоякісних новоутворів кісток ЩЛД.
8. Хіміо- та променева терапія злоякісних новоутворів кісток ЩЛД.

Короткий зміст заняття.

Для своєчасного і правильного розпізнання злоякісних новоутворів кісток ЩЛД необхідно застосувати комплекс діагностичних методів. Сюди відносять:

1. Бімануальне пальпаторне дослідження тканин щоки та дна порожнини рота.
2. Риноскопія.
3. Рентгенологічне дослідження.
4. Цитологічне та гістологічне дослідження.
5. Біопсія.
6. Комп'ютерна томографія.

Диференційну діагностику проводять з:

1. Гайморитом.
2. Хронічним остеомієлітом.
3. Хронічною виразкою.

4. Сифілітичною виразкою.
5. Актиномікозом.
6. Еозинофільною гранульомою.
7. Епулісом.
8. Остеомою.
9. Адамантиноюю.
10. Фібромною.
11. Ненагноєною кістою.

Саркома – злоякісна мезенхімальна пухлина – найчастіше уражує щелепи, рідше локалізується в коло щелепових м'яких тканинах.

Саркома верхньої щелепи зустрічаються у 9 раз рідше, ніж рак. Вона розвивається з сполучнотканинних елементів: періосту кістки, кісткового мозку.

Зустрічаються веретенноклітинні і круглоклітинні форми остеосарком. Рідше можна зустріти хондрофібросаркому, фібросаркому або міосаркому. Клінічно найбільш злоякісно протікають круглоклітинні саркоми з дрібних клітин.

Клініка.

Для саркоми кісток ЩЛД характерні наступні симптоми:

1. швидкий ріст;
2. інтенсивне проростання в оточуючі тканини;
3. пізніше утворенням виразок як при раку;
4. ниючий біль;
5. рухомість зубів;
6. сукровичні виділення з носового ходу;
7. утруднене носове дихання;
8. швидка появою асиметрії обличчя (різке зміщення очного яблука до переду);
9. у ряді випадків - метастази в піднижньощелепні, шийні і більш віддалені лімфовузли.

Рентгенологічна картина. Центральна саркома на ранніх стадіях захворювання проявляється патологічними змінами в щелепі у вигляді деструкції кісткової тканини і вогнищ просвітлення з нечіткими контурами. Периферична саркома характеризується відшаруванням окістя, формуванням новоутвореної кістки у вигляді періостальних нашарувань або окремих виступів, крайової деструкції кісткової тканини з нерівними краями.

Диференціювати саркому слід з такими захворюваннями:

1. рак (при наявності виразок важко відрізнити саркому від раку)
2. поліп носа (тривалі кровотечі після видалення поліпів вказують на можливість саркоми у хворого);
3. епуліс.

Лікування саркоми кісток ЩЛД комбіноване.

1. Спочатку хіміотерапевтична та променева терапія.

2. Потім - хірургічне - резекція верхньої щелепи.
3. Післяопераційне опромінення регіонарних лімфовузлів (метастазів).
4. Видалення після цього регіонарних лімфовузлів.

За даними Процик, Трушкевич, Соловйова і ін. рахується, що у хворих з I, II стадіями добрі результати досягаються після комбінованого лікування.

При обширних пухлинах кісток ЩЛД III і IV стадії найбільш ефективними є комбіноване лікування променевою терапією по інтенсивно-переривистій методиці.

Контрольні питання.

1. Опишіть клініку саркоми кісток ЩЛД.
2. Назвіть основні методи діагностики злоякісних новоутворів кісток ЩЛД.
3. Продиференціюйте саркому щелеп з раком.
4. Вкажіть методи лікування злоякісних новоутворів кісток ЩЛД

Практичне заняття № 37

Класифікація, клінічні особливості та лікувальна тактика стоматолога при пухлинах слинних залоз.

Навчальні питання: удосконалити знання лікарів-інтернів з питань класифікації, клінічних особливостей та лікувальної тактики стоматолога при пухлинах слинних залоз.

Навчальні питання:

1. Класифікація пухлин слинних залоз за Панікаровським В. В.;
2. Клінічна картина та лікувальна тактика при аденомі;
3. Клінічна картина та лікувальна тактика при аденолімфомі;
4. Клініка та лікування змішаної пухлини;
5. Клініка та лікування мукоепідермоїдної пухлини;
6. Клінічна картина та лікувальна тактика при циліндромі;
7. Клініка та лікування карциноми;
8. Клінічні особливості гемангіоми та лікувальна тактика стоматолога;
9. Клінічна характеристика та лікування лімфангіоми;
10. Клінічна картина та лікування невриноми;
11. Методи хірургічного лікування слинних залоз;
12. Види паротидектомій.

Короткий зміст заняття:

Пухлини слинних залоз зустрічаються досить рідко і становлять близько 1-2% від загальної кількості новоутворів організму людини.

Панікаровським В.В. запропонована наступна класифікація пухлин слинних залоз:

A. Епітеліальні:

Зрілі і доброякісні:

1. Аденома
2. Аденолімфома
3. Змішана пухлина

Незрілі (злоякісні):

1. Мукоепідермоїдна пухлина
2. Циліндрома
3. Рак

Б. Неепітеліальні:

Зрілі (доброякісні):

1. Ангіома
2. Невринома
3. Ліпома

Незрілі (злоякісні):

1. Саркома

Аденома – пухлина слинних залоз, яка складається із залозистої тканини і має звичайну сполучнотканинну строму. Джерелом їх розвитку є епітелій кінцевих відділів і вивідних проток слинних залоз. В основі розвитку лежать вроджені дефекти розвитку, але можлива роль хронічного запалення слинних залоз як етіологічного фактора. Серед інших пухлин слинних залоз аденоми становлять 0.4-1% і найчастіше виявляються в привушних слинних залозах, рідко вони уражають малі слинні залози. Тривалість захворювання коливається від 5 місяців до 7 років. Згідно даних літератури, аденоми досягають 3-4 см в діаметрі. Зазвичай, хворі скаржаться на безболісну пухлину, яка повільно збільшується. При пальпації визначається вузол округлої та округло-овальної форми, м'якої та щільної консистенції, безболісний, з гладкою або горбистою поверхнею, має чіткі межі, не спаяна з підлеглими м'якими тканинами і шкірою. Шкіра над пухлиною не змінена в кольорі, береться в складку, регіонарні лімфатичні вузли не уражені, відкриття рота вільне. Диференційну діагностику проводять із змішаною пухлиною. Для уточнення діагнозу використовують сіалографію та гістологічне дослідження. Лікування – хірургічне видалення пухлини разом із капсулою, а в ділянці підщелепної, під'язикової і малих слинних залоз – із залозою та ділянкою спаяної із новоутвором слизової оболонки. Віддалені результати добрі. Відносно променевої терапії - аденома резистентна.

Аденолімфома складається із залозистоподібних епітеліальних структур, які лежать серед лімфоїдної тканини. Деякі автори вважають, що в основі розвитку аденолімфом лежать ембріональні порушення розвитку, інші вважають причиною зміни в слинних залоз, які проходять в перинатальному періоді. Серед інших пухлин слинних залоз аденолімфоми становлять від 2% до 6%, зазвичай, уражають привушні слинні залози, рідше підщелепові та під'язикові, малі слинні залози, щоки та піднебіння. Зустрічаються, переважно, в похилому віці, частіше у мужчин.

Хворі скаржаться на безболісну припухлість, яка повільно збільшується, періодично, то зменшується, то збільшується. Триває захворювання від декількох місяців до 2 років. Об'єктивно: при пальпації визначається безболісний вузол округлої або овальної форми, еластичної, іноді щільної консистенції з гладкою чи злегка горбистою поверхнею, контури чіткі, в діаметрі від 2 до 5 см, рухомий, не спаяний з підлеглими тканинами, шкіра над ним не змінена, відкривання рота вільне. Додаткові методи обстеження, такі, як сіалографія і діагностична пункція дозволяють виключити злоякісний характер процесу. Лікування хірургічне – видалення аденолімфоми дає хороші віддалені результати, можливі рецидиви. В окремих випадках проводять комбіноване лікування, однак, аденолімфоми рентген стійкі і не зазнають суттєвих змін під впливом променевої терапії.

Змішана пухлина:

Існує декілька теорій походження змішаної пухлини:

1. із сполучної тканини; 2. із ендотелію кровоносних і лімфатичних судин; 3. бранхіогенна теорія. Серед інших новоутворів слинних залоз змішані пухлини становлять 80-90 % по Lang, 63% по Foot і Frazell. Найчастіше уражаються привушні слинні залози, в поодиноких випадках – підщелепові, малі слинні залози, дуже рідко – під'язикові. Тверде і м'яке піднебіння уражається частіше, ніж інші відділи ротової порожнини.

По даних Панікаровського В. В. по частоті ураження привушна слинна залоза займає перше місце (51, 8%), друге – тверде і м'яке піднебіння (27, 9%), третє – підщелепова (9, 6%), під'язикова слинна залоза уражується у 0, 3% випадків.

Пухлина протікає безсимптомно, росте повільно, можливий швидкий ріст з моменту виявлення або після проведених фізіотерапевтичних процедур. В окремих випадках хворі скаржаться на періодичний короткочасний біль, який виникає без причини, інколи після переохолодження. Об'єктивно: пухлина округлої або округло-овальної форми з гладкою або горбистою поверхнею, щільної або щільно-еластичної консистенції, безболісна при пальпації, розміром 2-4 см, чітко відмежована від прилеглих тканин. При малих розмірах пухлини шкіра над нею не змінена, при великих – шкіра над нею напружена, атрофована, в порожнині рота – слизова оболонка стоншена, розтягнута із чітко вираженою сіткою кровоносних судин, порушується ковтання, фонація. Змішана пухлина схильна до частих рецидивів, навіть через 10-20 років після операції, практично не дає метастазів.

Лікування – хірургічне, найчастіше проводять „енуклеацію” – видалення новоутвора разом із залозою.

Мукоепідермоїдна пухлина (мукоепідермоїдна карцинома) – розвивається з епітелію вивідних проток слинних залоз, зустрічається частіше у жінок середнього віку та уражає привушну слинну залозу. Розрізняють два види

клінічного перебігу захворювання: доброякісний (високодиференційований) та злоякісний (низькодиференційований). Клінічно проявляє себе як доброякісний новоутвір, але супроводжується болем, швидким ростом, спаяністю з навколишніми тканинами, нечіткими межами, може викликати парез мімичної мускулатури, дає метастази в регіонарні лімфатичні вузли, схильна до рецидивів, проростає в м'які тканини. Функція слинної залози зменшується через інфільтраційний ріст пухлини. Макроскопічно пухлина сірого кольору з дрібними кістозними порожнинами. Лікування – хірургічне.

Циліндрома локалізується частіше в привушній слинній залозі і в малих слинних залозах піднебіння. Росте повільно, може досягти великих розмірів. Клінічно майже не відрізняється від доброякісних пухлин слинних залоз, для неї характерний нерізкий біль через її ріст по периневральних щілинах. При локалізації пухлини на піднебінні може зруйнувати піднебінну пластинку і прорости у верхньощелепову пазуху, порожнину носа і носоглотку, дає метастази в регіонарні лімфатичні вузли. В літературі описані випадки гематогенного метастазування (в легені, кістки і інші органи). Макроскопічно пухлина на розрізі сірого кольору, інкапсульована. Лікування – хірургічне.

Карцинома (рак) – розвивається з епітелію проток, розрізняють аденокарциному, епідермоїдну, недиференційовану і карциному в плеоморфній аденомі. Зустрічається в привушній слинній залозі. Для неї характерний швидкий ріст, ниючий біль, горбиста поверхня, при пальпації щільна, нерухома. Уражає гілки лицевого нерву, що проявляється прогресуючим парезом мімичної мускулатури, дає метастази в регіонарні лімфатичні вузли. Лікування – хірургічне.

Неепітеліальні пухлини розвиваються з мезенхімальної тканини, судин і нервів, розміщених в слинній залозі. Зустрічаються рідше, ніж епітеліальні пухлини. Гемангіома або лімфангіома може локалізуватись як всередині самої залози, так і поза її межами з проникненням окремих ділянок в товщу залози. Частіше уражаються привушні слинні залози, рідше – піднижньощелепні. При сіалографії рентгенконтрастна речовина розміщена в окремих ділянках залози у вигляді пластівцевих скупчень (в ділянці збереженої паренхіми залози).

Лімфангіоми – це пухлини тістоподібної консистенції, без чітких меж, не піддаються стисканню рукою, що відрізняє її від гемангіоми.

Ліпоми можуть локалізуватись в товщі залозистої тканини або під капсулою (між капсулою і залозистою тканиною). При розміщенні ліпоми в товщі залози вона немає чітких меж, які відділяють жирову і залозисту тканину. При розміщенні під капсулою ліпома має добре виражену власну оболонку. Росте повільно, м'яка, тістоподібної консистенції, досягає великих розмірів.

Невринома – розвивається із оболонок лицевого нерва, росте повільно, зазвичай, безболісна. При руйнуванні лицевого нерву спостерігається парез мімичної мускулатури обличчя. Клінічний перебіг невриноми може нічим не відрізнитись від інших доброякісних пухлин.

Для проведення радикального видалення доброякісних пухлин необхідна часткова, субтотальна або тотальна паротидектомія з виділенням гілок лицевого нерву.

Розрізняють три варіанти паротидектомії із збереженням лицевого нерву: часткову, субтотальну і тотальну. При частковій паротидектомії видаляють пухлину разом із прилеглою до неї паренхімою залози, відступивши від границі пухлини не менше 1 см. Операція показана при доброякісних пухлинах невеликих розмірів, розміщених у зовнішній долі привушної залози. Субтотальна полягає у видаленні частини привушної залози, розміщеної над розгалуженням лицевого нерву (зовнішньої долі). Покази – доброякісні пухлини привушної слинної залози.

При тотальній видаляють як зовнішню так і внутрішню долю залози (розміщеної під лицевим нервом).

Контрольні запитання:

1. Наведіть класифікацію пухлин слинних залоз за Панікаровським В. В.;
2. Дайте характеристику клінічної картини та лікувальної тактики при аденомі;
3. Охарактеризуйте клінічну картину та методику лікування при аденолімфомі;
4. Вкажіть клінічний перебіг та лікування змішаної пухлини;
5. Дайте характеристику клініки та лікування мукоепідермоїдної пухлини;
6. Опишіть клінічну картину та лікувальну тактику при циліндромі;
7. Охарактеризуйте клініку та лікування карциноми;
8. Назвіть клінічні особливості гемангіоми та лікувальна тактика стоматолога;
9. Дайте клінічну характеристику та лікування лімфангіоми;
10. Вкажіть клінічну картину та лікування невриноми;
11. Назвіть методи хірургічного лікування слинних залоз;
12. Назвіть види паротидектомій та дайте їм коротку характеристику.

Практичне заняття № 38-39

Пошкодження м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки. Особливості обстеження раневої поверхні. Методика проведення ПХО ран обличчя. Сучасні види швів і шовного матеріалу.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-інтернів з питань пошкоджень м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки, особливостей обстеження раневої поверхні, методики проведення ПХО ран обличчя, сучасних видів швів і шовного матеріалу.

Навчальні запитання:

1. Клініка забою м'яких тканин;
2. Класифікація гематом;

3. Лікування забою м'яких тканин та гематоми;
4. Класифікація та характеристика різних видів ран;
5. Головні принципи та методика проведення ПХО ран обличчя;
6. Види швів і шовного матеріалу.

Короткий зміст заняття:

Невогнепальні пошкодження м'яких тканин ЩЛД і шиї в основному виникають внаслідок механічної травми.

Забій – це закриті пошкодження м'яких тканин без видимого порушення їх анатомічної цілісності. Виникає забій при дії на м'які тканини тупого предмету з невеликою силою. В тканинах спостерігається пошкодження малих судин-виникають крововиливи з просочуванням (імбібіція) тканин кров'ю. Утворюється синець (гематома), що являє собою обмежене скупчення крові в тканинах з утворенням порожнини з рідкою або згущеною кров'ю.

Класифікація гематом:

- від тканин де розташовані: підшкірні, підслизові, підокістні, міжм'язеві, міжфасціальні;
- по локалізації: щічна, підочна, периорбітальна та інші;
- ненагноєна гематома, нагноєна, інкапсульована гематома;
- по відношенню до просвіту кровоносної судини: не пульсуюча, пульсуюча, розпираюча.

Забій м'яких тканин супроводжується:

- больовим симптомом;
- значною асиметрією обличчя за рахунок набряку м'яких тканин;
- часто супроводжується пошкодженням кісток лицевого скелету.
- Лікування забою та гематоми:
- гіпотермічна пов'язка 2 дні з перервою 15-20 хв;
- з 3-4 дня фізіотерапевтичне лікування: УВЧ - терапія, солюкс, фонофорез з йодидом калію або лідазою, електрофорез з антибіотиками.

При нагноєнні або інкапсульованні гематоми проводять її розкриття.

Рана – порушення цілісності шкіри або слизової на всю товщину, яке викликане механічним пошкодженням. Поділяють рани на поверхневі і глибокі, проникаючі і непроникаючі.

В залежності від виду і форми раневого предмету розрізняють: забійні рани - виникають від удару тупим предметом і одночасним забоєм м'яких тканин; рвані рани- виникають під впливом перерозтягування тканин, характерним є неправильна форма країв в результаті відриву тканин; різані рани виникають при нанесенні гострим предметом, характерним є лінійна або веретеноподібна форма, рівні паралельні краї, відсутність травматичного некрозу; колоті рани- виникають при нанесенні гострим предметом характеризується довгим і вузьким раневим каналом, завжди є вхідний отвір, при проникаючому пораненні - вихідний отвір; рублені рани- виникають від удару гострим

предметом характеризується значним пошкодженням м'яких тканин з великою глибиною, часто супроводжуються пошкодженням кісток лицевого скелету; кусані рани- наносяться зубами тварин або людини, характерним є інфікування, нерівні і роздавлені краї, можлива травматична ампутація; скальповані рани - рани з повним або майже повним видаленням значного клаптя шкіри.

Головними принципами ПХО ран являються: своєчасність, радикальність і одномоментність. Розрізняють:

- первинну хірургічну обробку рани- 1-ша по рахунку обробка рани у хворого;
- вторинна хірургічна обробка – обробка, яка проводиться по вторинним показам, тобто при змінах, обумовлених розвитком інфекції;
- рання хірургічна обробка рани- проводиться в 1-ші 24 години;
- первинна відтермінована хірургічна обробка рани- проводиться на 2-гу добу (через 24-48 год);
- пізня хірургічна обробка рани – проводиться через 48 години і більше.

Види швів:

- первинний шов - це шов, накладений відразу під час ПХО;
- первинно-відтермінований шов – накладений на гнійну рану під час ХО, але який затягують через 24-72 години при стиханні клінічних проявів, або який накладають на 2-7 добу після операції (до появи грануляції);
- вторинний ранній шов – накладають на 8-14 добу після операції без попереднього висічення грануляції;
- вторинний пізній шов – накладають на 15-30 добу після операції, після попереднього висічення грануляції, рубців і іммобілізації країв рани.

Класифікація шовного матеріалу	
за будовою нитки:	
Мононитки:	Моносорб Полікапроамідна мононитка Поліпропіленова мононитка Pronova, Prolen, Ethilon Dermalon, Maxon, Monocryl Nylon, Surgilon, Surgipro, Muralen
Комплексні нитки: Кручені:	Кручені полікапроамідні, шовкові, лляні
Плетені:	Лавсан Mersilen Mersilk Nurolon
Нитки з покриттям:	Фторлін, Фторлон Dexon II, Vicryl Polysorb, Ti-Cron Surgidac, Bralon Ethibond, Supramid

за здатністю розсмоктуватись:	
Розсмоктуючі:	Моносорб Кетгут Коллагенові нитки, Dexon Vicryl, Maxon Monocryl
Умовно розсмоктуючі:	Шовк Полікапроамідні нитки
Нерозсмоктуючі:	Лавсан Mersilen Ethibond Surgidac Prolen
за походженням:	
Тваринного походження:	Кетгут Шовк Кінський волос Нитки з фасцій, артерій, нервів, твердої мозкової оболонки тварин
Рослинного походження:	Бавовняні Лляні
Штучного походження:	
Сплави металів:	Металевий дріт (стальний, ніхромовий, платиновий)
Полімерні синтетичні:	Поліпропілен, Моносорб Prolen, Dexon, Vicryl, Monocryl

Контрольні питання.

1. Опишіть клініку забою м'яких тканин ЩЛД;
2. Наведіть класифікацію гематом;
3. Лікування забою м'яких тканин та гематоми;
4. Класифікація та характеристика різних видів ран;
5. Головні принципи та методика проведення ПХО ран обличчя;
6. Вкажіть види швів і шовного матеріалу.

Практичне заняття № 40

Основні методи знечуження при вогнепальних пораненнях щелепно-лицевої ділянки.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-інтернів з питань основних методів знечуження при вогнепальних пораненнях щелепно-лицевої ділянки.

Навчальні питання:

1. Основні види знечуження що використовуються при вогнепальних пораненнях щелепно-лицевої ділянки ;
2. Покази та протипокази до місцевого знечуження при вогнепальних пораненнях щелепно-лицевої ділянки ;

3. Покази та протипокази до загального знечулення при вогнепальних пораненнях щелепно-лицевої ділянки .

Короткий зміст заняття:

У залежності від обсягу запланованої операції застосовується загальна або місцева анестезія.

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.

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. В основному ж місцева анестезія досягається при застосуванні фармакологічних препаратів, які викликають відповідні зміни в хімізмі нервового волокна, що приводить до блокади ноціцептивних (больових) імпульсів.

Місцеве знеболення передбачає знеболення тканин операційного поля без виключення притомності хворого, коли дія здійснюється на периферичні механізми сприйняття і проведення больового імпульсу, тобто на периферичні відділи нервової системи. Розрізняють наступні методи місцевої анестезії:

1. ін'єкційний (інфільтраційна, провідникова анестезія);
2. неін'єкційний (хімічний, фізичний, фізико-хімічний методи знеболення).

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

1. лікарські речовини - аплікаційний метод;
2. низьку температуру – заморожування;
3. промені лазера, електромагнітні хвилі - фізичний метод;
4. 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.

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.

До загального знеболення відносять:

1. наркоз;

2. нейролептаналгезію;
3. центральну аналгезію;

Завдання загального знеболення:

1) забезпечення адекватної підтримки життєво важливих функцій організму на етапах наркозу і операції за допомогою різних фармакологічних препаратів і як наслідок цього збереження захисних сил організму і попередження їх виснаження.

2) створення найбільш сприятливих умов для виконання оперативних втручань в стаціонарі і в поліклініці.

Розрізняють наступні види наркозів:

I. Інгаляційний

- масковий (назо- і орофарингіальний);
- ендотрахеальний (назо- або оротрахеальний);
- через трахеостому.
- неінгаляційний наркоз.
- внутрішньовенний;

За способом введення лікарських речовин розрізняють:

- мононаркоз (одним анестетиком);
- полінаркоз (комбінований, багатокomпонентний або, потенційований).

Інгаляційний наркоз його основна перевага хороша керованість. Його проводять рідкими пароподібними анестетиками: (диетиловий ефір, фторотан трихлоретилен, пентран) або наркотичними газами (закис азоту, циклопропан). Вони поступають в організм через легені.

Інгаляційний наркоз проводять за допомогою ротоносової або носової масок (масковий наркоз), назофарингеальної трубки (назофарингеальний), ендотрахеальної трубки, коли наркотична суміш, минувши верхні дихальні шляхи, поступає безпосередньо в трахею (ендотрахеальний, або інтубаційний наркоз). Інтубувати хворого можна через рот або ніс за допомогою ларингоскопа під контролем зору, через ніс наосліп (без допомоги ларингоскопа). За строгами показами наркоз проводиться через трахеостому.

Проведення ендотрахеального наркозу складається з наступних послідовних етапів:

- 1) підготовка і премедикація;
- 2) ввідний наркоз
- 3) оро - або назотрахеальна інтубація;
- 4) основний наркоз;
- 5) екстубація;
- 6) пробудження і відновний період.

Неінгаляційний наркоз. Для цих цілей використовуються наступні препарати: гексенал, тіопентал-натрій, сомбревін, оксибутират натрію, кетамін, кеталар і ін.

При обширних операціях на обличчі і щелепах застосовують комбінований ендотрахеальний наркоз. Тобто введення в наркоз досягається за допомогою одного загального анестетика, а підтримка його - за допомогою іншого анестетика. Крім того, використовуються препарати строго направленої дії. При нетривалих операціях перевага віддається інгаляційному (масковий, назофарингеальний) або внутрішньовенному наркозу.

Нейролептанальгезія (НЛА). При цьому виді знеболення втрата больової чутливості досягається раціональним поєднанням глибокої анальгезії без виключення свідомості з внутрішньовенним введенням сильного анальгетика фентаніла і нейролептика - дроперидола. Характерними ознаками є психічна індиферентність, руховий спокій і нейровегетативне гальмування.

Атаралгезія - різновид нейролептанальгезії, в основі якої лежить досягнення стану атараксії і вираженої анальгезії за допомогою седативних препаратів і анальгетиків. Виключення свідомості може бути досягнуте інгаляцією невеликих доз закису азоту. Існує багато способів проведення атаралгезії, у тому числі і у поєднанні з місцевою анестезією на тлі спонтанного дихання.

Центральна анальгезія. Захист від операційної травми досягається великими дозами наркотичних анальгетиків (морфін, фентаніл, пентазоцин). Ці препарати порушують діяльність структур, які відповідають за проведення больових імпульсів і формування реакції на біль. Без настання сну зникають больова чутливість, виключені соматичні і вегетативні реакції на біль.

Премедикація - це безпосередня фармакологічна підготовка хворого до наркозу і операції. Вона призначається з метою:

- 1) створення психічного і емоційного спокою перед втручанням;
- 2) полегшення введення в наркоз і зменшення необхідної дози наркотика;
- 3) попередження надмірних рефлекторних реакцій в ході анестезії і операції.

Запропоновано декілька схем премедикації, що розрізняються як по складу фармакологічних засобів, так і по їх дозуванні. Зазвичай премедикація починається напередодні операції (за 8-10 год.) і закінчується в день операції за 30-40 хв. до наркозу. У схему премедикації доцільно включати речовини, симпатолітичними, антигістамінними, снодійними і анальгетичними властивостями.

Контрольні питання:

1. Основні види знеболення, що використовуються при вогнепальних пораненнях щелепно-лицевої ділянки.
2. Види загального знечулення.
3. Покази та протипокази до місцевого та загального знечулення при вогнепальних пораненнях щелепно-лицевої ділянки.

Практичне заняття № 41

Хірургічна обробка вогнепальних ран м'яких тканин та поранень з ушкодженням кісток обличчя. Видалення сторонніх предметів з тканин щелепно-лицевої ділянки.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-інтернів з питань хірургічної обробки вогнепальних ран м'яких тканин та поранень з ушкодженням кісток обличчя.

Навчальні питання:

1. Основні характеристики вогнепальних травм щелепно-лицевої ділянки;
2. Основні етапи хірургічної обробки вогнепальних ран;
3. Застосування ортопедичних конструкцій при лікуванні вогнепальних травм щелепно-лицевої ділянки .

Короткий зміст заняття:

Вогнепальні переломи нижньої щелепи під час бойових дій найчастіше і належать до тяжких травм. Ураховуючи кінетичні властивості сучасних снарядів і закони ранової балістики, слід підкреслити, що існує багато варіантів ушкоджень, які важко піддаються систематизації. Як показує досвід ВВВ і сучасних локальних воєнних конфліктів, переважно зустрічаються крупно- і дрібноосколкові переломи щелепи однієї або декількох локалізацій.

При цьому вони часто супроводжуються значними ушкодженнями навколишніх м'яких тканин і дефектами кісткової тканини. При осколкових пораненнях, при пораненні кулями з високою початковою швидкістю можуть виникати часткові відриви підборідного або бокового відділів нижньої щелепи. Значне зміщення відламків, поранення язика, тканин дна порожнини рота можуть викликати серйозні порушення основних фізіологічних функцій.

Тому основне завдання на ранніх етапах надання допомоги - збереження життєзабезпечувальних функцій дихання і кровообігу. Дихання підтримується введенням повітроводу, виведенням і фіксацією язика.

Вогнепальні переломи середньої зони обличчя також належать до тяжких. Слід мати на увазі те, що вони часто поєднуються з ушкодженням ЛОР-органів, очної орбіти і мозкового черепа. Тому поряд із симптомами, характерними для ушкодження кісток обличчя, можуть бути наявні симптоми ураження очного яблука, черепно-мозкових нервів (блукаючого, язикоглоткового та ін.) або ушкодження можуть викликати порушення серцевого ритму, частоти дихання, слиновиділення та ін. Поранення середньої зони обличчя супроводжуються швидким розвитком набряку, який при ушкодженнях м'якого піднебіння може викликати утруднене дихання, що потребує невідкладної трахеостомії. Як правило, вогнепальні переломи верхньої щелепи - осколкові супроводжуються ушкодженнями гайморової порожнини (можливий розви-

ток підшкірної емфіземи), виличної кістки, носової порожнини, також можливі травматичні ампутації відділів середньої зони обличчя. Діагностика самого факту вогнепального поранення нескладна. Але діагностика характеру й обсягу ушкодження, визначення обсягу, тактики хірургічного втручання при вогнепальних пораненнях бувають досить складними і потребують певного досвіду, добрих знань з топографічної анатомії, основних положень терапії і воєнно-польової хірургії.

Після проведеного обстеження і встановлення діагнозу визначаються послідовність та обсяг хірургічного втручання з приводу вогнепальної рани. Лікування вогнепальної рани щелепно-лицевої ділянки - надзвичайно складне завдання.

У спеціалізованому відділенні має бути проведена, як зазначалося раніше, повноцінна радикальна ПХО, завдання якої не змінювалось із часів М. І. Пирогова, який визначив її як «перетворення рани вогнепальної в рану різану». Іншим важливим завданням ПХО вогнепальної рани є запобігання розвитку ранової інфекції та пов'язаних з нею ускладнень.

На жаль, дія сучасних снарядів призводить до таких порушень життєдіяльності тканин, які не завжди можна виявити візуально та інструментально під час обробки рани. Тому часом виникає необхідність повторної обробки для усунення розвитку гнійно-запальних процесів. Необхідно пам'ятати, що у зв'язку з особливостями будови різних тканин обличчя внаслідок дії снаряда зони вторинного некрозу можуть з'явитися і у віддалених від ранового каналу тканинах, особливо якщо у них знижений опір.

Це має особливе значення при вогнепальних переломах щелепи за наявності в ній зубів із хронічними запальними процесами й відповідними змінами в періапікальних тканинах. Обробляючи вогнепальну рану щелепи, необхідно виконати декілька умов:

1. Видалити з рани всі нежиттєздатні і некротизовані тканини.
2. Обробити кісткові відламки до життєздатної кістки, видалити всі дрібні й вільні уламки, чужорідні тіла, а також уламки, пов'язані з материнською кісткою тільки окістям.
3. По можливості розмежувати рану й порожнину рота, провести ортопедичну або хірургічну фіксацію відламків.
4. Спробувати повністю закрити кісткові фрагменти м'якими тканинами, використовуючи можливості зміщення клаптів.
5. Залежно від стану м'яких тканин, розмірів рани, строків після поранення закрити рану м'якими тканинами, використовуючи різні види швів за показаннями.
6. У процесі ПХО вогнепальної рани для знешкодження функціональних і косметичних порушень використовують методи місцевої пластики. Вважалося, що при вогнепальних пораненнях нижньої щелепи без ефектів кісткової тканини під час обробки рани уламки розміром більше 1,5-2 см, які зв'язані

окістям з основним фрагментом, необхідно укласти на місце. При цьому життєздатність кісткової тканини визначалася за наявністю капілярної кровотечі з фрагмента при скушуванні кістки кусачками.

У той же час, оцінюючи досвід лікування поранених у локальних воєнних конфліктах (Афганістан, Карабах), де використовувалася сучасна швидкострільна зброя, хірурги дійшли висновку щодо необхідності радикального підходу до обробки кісткової рани (М. Б. Швирков та ін., 2000). Це пояснюється бажанням запобігти розвитку вогнепального остеомієліту за рахунок формування ділянок некрозу в нерозпізній зоні молекулярного струсу. При обробці кісткової рани необхідно уважно й старанно оцінити стан зубів. Розтрошені зуби з пломбованими каналами в щілині перелому мають бути видалені. Стійкі зуби можуть бути використані для фіксації шин. Важливою умовою запобігання розвитку гнійних інфекцій є роз'єднання рани й порожнини рота. Якщо через розміри рани це не вдається, то можна для ізоляції тканин рани використати йодоформні тампони, які утримуються шиною з опорною площиною. Після обробки кісткових відламків вони закриваються м'якими тканинами і рана ушивається. При пораненнях середньої зони обличчя, де переважають гладенькі кістки з малою кількістю губчастої речовини і, як правило, ушкоджується верхньощелепна пазуха, обробка рани починається з її ревізії. Видаляються згустки крові, вільні кісткові відламки, ушкоджена слизова оболонка. Обов'язково створюється співустя з нижнім носовим ходом.

Пазуха заповнюється йодоформним тампоном, який утримує реповані відламки верхньощелепних і виличних кісток. Після обробки кісткової рани й санації пазухи остання ізолюється від порожнини рота переміщенням слизово-окисних клаптів, зовнішня рана пошарово вшивається, ушкоджені виличні кістки після репозиції фіксуються кістковим швом або міні-пластинками. Серйозною проблемою є лікування вогнепальних переломів нижньої щелепи з дефектами кісткової тканини. Спеціалізована допомога при таких ушкодженнях може закінчуватися первинною кістковою ауто- або алопластиком свіжого вогнепального дефекту. Це можливо лише за повної впевненості хірурга в якості обробки фрагментів, що виключає ризик розвитку остеомієліту.

Іншою обов'язковою умовою є повна ізоляція рани від порожнини рота й вктування трансплантата м'якими тканинами. За неможливості виконання цих умов відламки в правильному положенні фіксуються шинами із розпірковим згином або утримуються позаротовими апаратами (Рудько, Уварова, Бернадського та ін.). Нині швидко розвивається метод компресійно-дистракційного остеосинтезу, який дозволяє, використовуючи внутрішньо- і позаротові компресійно-дистракційні апарати (КДА), усувати дефекти нижньої щелепи за рахунок «вирощування» нової кістки в зоні дефекту (М. Б. Швирков та ін., 2000). Зближення кісткових відламків при дефектах кісткової тканини до їх

стикання дозволяє покращити умови закриття рани м'яких тканин. Після досягнення компресії відламків на ранніх стадіях формування кісткової мозолі відламки починають розводити за допомогою КДА, досягаючи цим формування нового регенерату аж до відновлення форм і розмірів щелепи.

Ортопедичне закріплення відламків щелеп за допомогою різного виду шин (Тігерштедта, Васильєва, інших модифікацій) при вогнепальних переломах проводиться за тим же принципом і з виконанням тих самих вимог, що і в лікуванні переломів, викликаних механічною травмою. У деяких випадках надання спеціалізованої допомоги виникає необхідність виготовлення ортопедичних апаратів лабораторним шляхом.

Контрольні питання:

1. Особливості вогнепальних поранень щелепно-лицевої ділянки.
2. Етапи хірургічної обробки вогнепальних травм Щелепно-лицевої ділянки.
3. Покази та протипокази до застосування ортопедичних конструкцій
4. при лікуванні вогнепальних поранень щелепно-лицевої ділянки

Практичне заняття № 42

Травматичні пошкодження нижньої щелепи: особливості клінічного перебігу та лікування. Клінічні прояви, способи консервативного лікування. Види шинуючих пристроїв.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-інтернів з питань клініки та лікування зламів нижньої щелепи.

Навчальні запитання:

1. Анатомо-фізіологічні особливості щелепово-лицевої ділянки.
2. Основні етапи обстеження травмованого хворого.
3. Додаткові методи обстеження при зламах нижньої щелепи.
4. Основні клінічні симптоми при зламах нижньої щелепи.

Короткий зміст заняття.

Злами нижньої щелепи зустрічаються в 70.3% від всіх зламів лицевого скелету. Своєчасно встановлений діагноз та правильно підібране лікування на всіх етапах надання медичної допомоги сприяє більш швидкому одужанню хворих при цьому виді травматичних пошкоджень щелепово-лицевої ділянки.

Невогнепальні злами локалізуються частіше всього в місцях найменшого спротиву кістки (шийка суглобового відростка, кут нижньої щелепи, ментальний відділ, серединна лінія).

Основним клінічним симптомом зламів нижньої щелепи є зміщення уламків, що викликає порушення фізіологічної рівноваги жувальних м'язів, силою і напрямком удару, одночасно порушується жувальна здатність і мова. Іноді порушується шкірна чутливість в області іннервації підборідкового

нерва. При тяжких зламах при зовнішньому огляді видно значні деформації нижньої третини лица, підборіддя зміщене, рот напіввідкритий, слина, що виділяється забарвлена кров'ю. Щоб знати причини зміщення уламків нижньої щелепи в тому чи іншому напрямку, необхідно ясно і чітко уявляти функцію жувальних м'язів їх початок і місце прикріплення. Механізм типового зміщення уламків нижньої щелепи має велике діагностичне значення. Розуміння його полегшує вибір методу лікування. Знаючи напрямок тяги тої чи іншої групи м'язів, неважко визначити напрямок зміщення уламків.

В осіб молодого віку іноді спостерігається злами нижньої щелепи по типу зламу зеленої гілки, коли проходить злам лише по внутрішній кортикальній пластинці при збереженні зовнішньої, яка прогинається.

Вогнепальні злами нижньої щелепи, як правило, більш важкі, ніж невогнепальні, так як 70% з них бувають уламковими, переважаюча частина - поєднані. Двохсторонні злами та поранення з відривом переднього відділу тіла щелепи та пошкодження язика нерідко супроводжується утрудненим диханням. Кісткові уламки зміщуються хаотично, великі - в напрямку підвищеної тяги, якщо м'язи цілі та зберігають зв'язок з уламками.

При дослідженні хворих необхідно звертати увагу на зовнішньо- і внутрішньоротові ознаки. В завершеному вигляді діагноз встановлюється після рентгенологічного обстеження

При зламах нижньої щелепи скарги хворих можуть бути різні в залежності від ділянки зламу та його характеру. Хворих турбує біль в ділянці зламу, особливо при відкушуванні і а пережовуванні їжі. Деякі хворі відмічають оніміння шкіри підборіддя та нижньої губи. Можуть бути головний біль, нудота, головокружіння.

При збиранні анамнезу, необхідно вяснити, де, коли і при яких обставинах отримана травма.

При об'єктивному обстеженні оцінюється загальний стан по клінічних ознаках (втрата свідомості, характер дихання, пульсу, тиску).

При зовнішньому огляді щелепово-лицевої ділянки можна а визначити порушення конфігурації лица за рахунок післятравматичного набряку, гематоми. На шкірі лица можуть бути крововиливи, рани.

Достовірною клінічною ознакою, що дозволяє розпізнати злам і визначити його локалізацію являється симптом рухомості відламків щелепи.

Визначають його наступним чином: вказівний палець правої руки розміщують на зубах одного з відламків, вказівний палець лівої руки - на зубах другого уламку Великими пальцями захоплюють тіло нижньої щелепи знизу. Проводяться значні коливання вверх-вниз, вперед-назад, встановлюється збільшення міжзубного проміжку та розриву слизової оболонки альвеолярного відростка.

Клінічні покази повинні бути підтверджені рентгенівським обстеженням. Рентгенологічне обстеження проводиться в трьох проекціях (лівий, правий та прямий знімки).

Якщо є можливість зробити ортопантограму, то можна прослідкувати зміни на всьому протязі нижньої щелепи.

Контрольні питання

1. Основні етапи обстеження травмованого хворого.
2. Додаткові методи обстеження при зламах нижньої щелепи.
3. Основні клінічні симптоми при зламах нижньої щелепи.
4. Вкажіть найчастішу локалізацію зламів нижньої щелепи.
5. Як перевірити симптом навантаження, за допомогою якого можна виявити болючу точку місця зламу?
6. Що таке симптом рухомості відламків щелепи, як він проводиться?
7. Вкажіть клінічні симптоми при зламах альвеолярного відростка.
8. Наведіть класифікацію та вкажіть основні клінічні симптоми при зламах зубів.

Практичне заняття № 43

Травматичні пошкодження верхньої щелепи: особливості клінічних ознак, перебігу, діагностики та надання невідкладної та кваліфікованої допомоги.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-інтернів з питань клінічної симптоматики та лікування зламів верхньої щелепи.

Навчальні запитання:

1. Класифікація та характеристика зламів верхньої щелепи по Ле-Фор.
2. Клініка та діагностика травматичних зламів верхньої щелепи по Ле-Фор I.
3. Клініка і діагностика травматичних зламів верхньої щелепи по Ле-Фор II.
4. Клініка та діагностика травматичних зламів верхньої щелепи по Ле-Фор III.
5. Загальні принципи надання допомоги при зламах верхньої щелепи.
6. Тимчасова іммобілізація при зламах верхньої щелепи.
7. Способи постійної іммобілізація при зламах верхньої щелепи.

Короткий зміст заняття.

Травматичні злами верхньої щелепи зустрічаються в 5,3% від всіх пошкоджень щелепно - лицевої ділянки. невогнепальні злами верхньої щелепи виникають по лініях слабкого опору. Вони знаходяться по швах, які складають кістки лицевого скелету та кістки черепа. Злами верхньої щелепи проходять по одній з трьох ліній найменшого опору, які описані Ле-Фором в 1901 році.

Невогнепальні злами верхньої щелепи поділяться на три основних види:

1. Низький поперечний злам - коли лінія зламу проходить горизонтально над альвеолярним відростком від основи грушевидного отвору до криловидного відростка. Цей тип зламу отримав назву Ле-Фор I.

2. Повний відрив верхньої щелепи з носовими кістками, при якому лінія зламу і кістку, дно очниці, між виличною кісткою і виличним відростком верхньої щелепи і закінчується в ділянці криловидного відростка. При цьому виді зламу виличні кістки не зміщуються (Ле-Фор II).

3. Повний відрив верхньої щелепи з носовими та виличними кістками: лінія зламу проходить через носові кістки, слізну кістку, дно очниці і закінчується в криловидному відростку клиновидної кістки (Ле-Фор III).

До типових, хоча і рідших зламів можуть бути віднесені [злами по серединній лінії, які проходять через альвеолярний відросток та піднебіння в ділянці з'єднання обох верхньо-щелепових кісток, а також відрив альвеолярного відростка на всьому протязі, при якому лінія зламу проходить біля основи грушевидного отвору. Більшість зламів верхньої щелепи відноситься до відкритих, так як при цьому наявні розриви слизової оболонки порожнини носа, рота і верхньощелепової пазухи. Розміри цих розривів тим більше, чим важча травма і чим більше зміщені уламки.

Діагностують невогнепальні злами на основі анамнезу та огляду хворих. При цьому насамперед необхідно в'яснити чи була втрата свідомості, нудота, блювота, чи не має у хворого головної болі та ліквореї з носа, вух.

Місцеві симптоми зламів верхньої щелепи: деформація відповідної сторони лица, крововилив в кон'юнктиву вік та підшкірну клітковину підочної області (симптом «окулярів»), порушення прикусу, внаслідок зміщення уламків. Інтенсивна сльозотеча вказує на злам кістки в ділянці слізного каналу. Найбільш характерною ознакою зламу є рухомість. При значному зміщенні рухомих уламків вниз спостерігається подовження лица, а при зміщенні виличних та носових кісток обличчя також сплющується. Очні яблука при двохсторонніх замахах опускаються разом з нижніми стінками очниці. При односторонньому пошкодженні це спостерігається з однієї сторони та супроводжується диплопією.

Напрямок зміщення уламків верхньої щелепи при прямій травмі залежить від сили та напрямку механічної дії. Крім цього, має значення важкість самих фрагментів, тяги тої частини зовнішнього криловидного м'язу, яка прикріплюється до горба щелепи. Уламки найчастіше зміщуються типово назад, вниз, всередину або в сторону. Нерідко відзначається відкритий прикус. Вогнепальні злами верхньої щелепи бувають різноманітні як по локалізації, так і по характеру та симптоматиці самих поранень. В одних випадках переважають місцеві явища, в інших - загальні. Вони є наслідком закритих пошкоджень головного мозку, ЛОР-органів, пошкоджень гілок лицевого нерва, привушної залози, жувальних м'язів. Правильно зроблена в двох проєкціях рентгенограма дозволяє уточнити діагноз.

Контрольні питання:

1. Опишіть та охарактеризуйте злами по Ле-Фор I, II, III.
2. Розкажіть, які види зламів розрізняють по класифікації Лук'яненко та Янченко.

3. Які клініко-рентгенологічні особливості проявів зламу верхньої щелепи по нижньому типу?
4. Які клініко-рентгенологічні особливості проявів зламу верхньої щелепи по середньому типу?
5. Які клініко-рентгенологічні особливості проявів зламу верхньої щелепи по верхньому типу?
6. Вкажіть загальні принципи надання допомоги при зламах верхньої щелепи.
7. Назвіть способи проведення тимчасової іммобілізації при зламах верхньої щелепи.
8. Опишіть способи постійної іммобілізації при зламах верхньої щелепи.
9. Вкажіть особливості ведення післяопераційного періоду.

Практичне заняття № 44

Травматичні пошкодження вилицевих кісток та кісток носа: клініка, діагностика та лікувальна тактика лікаря-стоматолога.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-інтернів з питань клініки, діагностики та лікування травматичних пошкоджень виличних кісток та кісток носа.

Навчальні запитання:

1. Анатомо-фізіологічні особливості щелепно-лицевої ділянки.
2. Етапи обстеження травмованого хворого, додаткові методи обстеження.
3. Класифікація зламів виличних кісток та дуг.
4. Основні клінічні симптоми та принципи лікування зламів виличних кісток та дуг.
5. Клінічна картина зламів кісток носа.
6. Діагностика зламів кісток носа.
7. Принципи надання допомоги при зламах кісток носа.

Короткий зміст заняття.

Класифікація зламів виличних кісток та дуг.

I клас - відрив виличної кістки від лобної і скроневої разом з верхньою щелепою (по лінії Ле-Фор I).

II клас - відрив верхньої щелепи від виличної кістки по вилично-щелеповому шву (по лінії Ле-Фор II)

III клас - відрив виличної кістки від всіх трьох сусідніх кісток (верхньої щелепи, лобової і скроневої) з значним зміщенням її.

IV клас - відрив виличної кістки від всіх трьох кісток, але без зміщення.

V клас - відрив виличної кістки від віх трьох кісток але без зміщення по відношенню до лобної і скроневої.

VI клас - злам виличної кістки.

VII клас - злам тіла виличної кістки з відривом її від верхньої щелепи, лобної і скроневої кістки.

VIII клас - злам виличної кістки чи дуги з утворенням дефекту м'яких тканин.

Для зламів виличної кістки і дуги характерні деформація виличної ділянки наявність «сходинки» в латеральному відділі нижнього краю, порушення безперервності дуги в її передньому відділі (симптом ямки), утрудненням бокових рухів нижньої щелепи.

При зламах виличної кістки зі зруйнуванням стінок верхньо-щелепової пазухи виникає кровотеча, пальпаторно визначається «сходинка» в ділянці нижнього краю орбіти. При значному зміщенні виличної кістки вниз можлива диплопія. При скорому набряку м'яких тканин нерідко маскується деформація половини лица.

Основним принципом лікування зламів виличної кістки і дуги є повернення їх анатомічної цілісності. вправленням відламків та закріпленням їх в правильному положенні.

Хірургічного лікування потребують не всі хворі. В більшості випадків після вправлення відламки втримуються в правильному положенні. Всі оперативні доступи розділяють на позаротові і ротові. Позаротовий доступ вправлення виличної кістки при закритих зламах при незначному пошкодженні стінок верхньощелепової пазухи проводять гачком Лімберга. Ротовий доступ застосовують при зламах виличної кістки з дрібнооскольчатим пошкодженням верхньощелепової пазухи, при зламах виличної кістки і дуги, при оскольчатих зламах дуги, а також коли необхідна ревізія верхньощелепової пазухи.

Покази до застосування остеосинтезу при зламах виличних кісток дуже малі, їх необхідно застосовувати тільки при відкритих зламах.

В післяопераційному періоді не можна допустити вторинного зміщення уламків. Необхідно проводити лікування, направлене на прискорення репаративних процесів і профілактику ускладнень.

Ізольовані злами кісток носа виникають при нанесенні удару спереду назад в ділянку його основи. Кістки носа плоскі і тонкі, тому нерідко бувають їх злами. Хворі скаржаться на западіння спинки носа, носову кровотечу, утруднене носове дихання, деколи втрату відчуття запахів, біль в ділянці спинки носа. При зламі зі зміщенням відламків під час огляду, особливо в ранні терміни після травми, можна побачити деформація носа – сідловидне западіння або бокове скривлення, носова кровотеча. В подальшому в зв'язку з набряком тканин деформація носа може маскуватись. Пальпація носових кісток болюча, відмічається патологічна рухомість кісток носа. Носове дихання відсутнє. Носові ходи заповнені кров'яними згустками. На рентгенограмі лицевого черепа в боковій проекції видно порушення цілісності кісток носа.

При зламі кісток носа зі зміщенням необхідна рання репозиція фрагментів зламу. Якщо відламки зміщені до поверхні, вправлення їх проводять пальцевим тиском зі сторони шкірних покривів. Якщо є западиння відламків, їх вправляють за допомогою елеватора або кровозупинного затискача Кохера, введеного в верхній носовий хід. Для попередження зайвої травми слизової оболонки кінець затискувача замотують марлею і одягають на нього відрізок гумової трубки. Фіксацію відламків проводять шляхом тампонади верхнього та середнього носових ходів на 10 -12 діб. З метою профілактики травматичного остеомієліту та запального процесу проводиться антибактеріальна терапія.

При неправильно консолідованих зламах носових кісток проводиться остеотомія або рефрактура і фрагменти фіксуються в правильному положенні описаним вище способом. При сидловидній деформації носа без порушення носового дихання проводиться контурна пластика-підсадка під шкіру в ділянці спинки носа аутогенного або аллогенного консервованого хряща.

Контрольні питання..

1. Опишіть клінічну картину зламів виличної кістки і дуги.
2. Які методи діагностики застосовують при зламах виличної кістки і дуги?
3. Опишіть методики лікування зламів виличної кістки і дуги.
4. Операція остеосинтезу при зламах виличної кістки і дуги.
5. Вкажіть особливості ведення післяопераційного періоду.
6. Опишіть клінічну картину зламів кісток носа.
7. Які методи діагностики застосовують при зламах кісток носа?
8. Опишіть методики лікування зламів кісток носа.

Практичне заняття № 45

Тимчасові та постійні методи іммобілізації при травматичних пошкодженнях зубо-щелепової системи і щелепно-лицевої ділянки.

Травматичні пошкодження слинних залоз.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-інтернів з питань тимчасових та постійних методів іммобілізації при травматичних пошкодженнях зубо-щелепової системи і щелепно-лицевої ділянки.

Навчальні питання:

1. Лікувальні завдання при травмі зубо-щелепової системи та щелепно-лицевої ділянки;
2. Види тимчасової та постійної іммобілізації щелеп;
3. Класифікація консервативних та оперативних методів лікування травми ЩЛД.

Короткий зміст заняття:

Метою лікування хворих з травматичними пошкодженнями зубо-щелепової системи та щелепно-лицевої ділянки є створення умов для зрощення від-

ламків в правильному положенні в найкоротший термін, при цьому функція щелепи повинна відновитись повністю. Для цього необхідно провести репозицію, фіксацію та іммобілізацію уламків на період консолідації і створити сприятливі умови для репаративної регенерації в кістковій тканині та запобігти розвитку гнійно-запальних ускладнень в кістці та оточуючих м'яких тканинах.

Виділяють тимчасову та постійну іммобілізацію відламків. Метою тимчасової є фіксація нижньої щелепи до верхньої за допомогою різних пов'язок. Проводиться на місці події на мінімальний термін (на декілька годин, при необхідності – декілька днів) до поступлення хворого в спеціалізований лікувальний заклад. До тимчасових методів іммобілізації належать:

- кругова бинтова тім'яно-підборідна пов'язка;
- стандартна транспортна пов'язка (складається з жорсткої шини-праці Ентіна);
- м'яка підборідна праща Помаранцевої-Урбанської;
- міжщелепове зв'язування зубів лігатурою.

Постійна іммобілізація включає консервативні (ортопедичні) та хірургічні (оперативні) методи.

До консервативних методів відносять:

- назубні алюмінієві шини Тігерштедта (гладка шина-скоба, шина з розпіркою, бімаксиллярні шини з зачіпними петлями і міжщелеповою тягою);
- стандартні назубні стрічкові шини Васильєва В. С. з нержавіючої сталі з готовими зачіпними петлями;
- назубні шини із швидкотвердіючої пластмаси, зубоясенні та над'ясенні шини (шини Вебера, Ванкевич, Порта).

До хірургічних методів іммобілізації відносять прямий і непрямий остеосинтез – метод з'єднання кісткових уламків і усунення їх рухомості за допомогою фіксуючих пристроїв.

Покази до остеосинтезу:

- недостатня кількість зубів для накладання шин або повна адентія на верхній чи нижній щелепі;
- рухомість зубів при захворюванні пародонту;
- перелом вінцевого чи суглобового відростків нижньої щелепи в ділянці шийки;
- інтерпозиція тканин між фрагментами зламу, що перешкоджає репозиції і консолідації відламків;
- оскольчаті переломи та переломи нижньої щелепи зі зміщенням.

Класифікація остеосинтезу за Гершуні Ю. Д. (1986):

Прямий остеосинтез:

1. Внутрішньокістковий прямий остеосинтез:

- з одномоментним введенням закріплювачів (спиць, стержнів, штифтів, гвинтів) в обидва уламки;

- з одномоментним введенням закріплювачів в обидва уламки, але з використанням компресійних пристроїв;
 - з попереднім закріпленням закріплювачів (спиць, стержнів, штифтів, гвинтів) в одному з уламків;
 - з попереднім закріпленням закріплювачів в одному з уламків, але з використанням компресійних пристроїв;
 - інші види внутрішньокісткового прямого остеосинтезу.
2. Надкісний прямий остеосинтез:
- склеювання уламків;
 - обвивний шов;
 - інші види надкісного прямого остеосинтезу.
3. Внутрішньокістко-надкісний прямий остеосинтез:
- Кістковий шов, який накладається екстра- чи інтраорально;
 - Кістковий шов в поєднанні з внутрішньо кістковими спицями, стержнями, штифтами, пластинами, сітками;
 - Кістковий шов в поєднанні з надкісними спицями, стержнями, штифтами, пластинами, сітками;
 - Рамки, пластини, сітки, балки, які закріплюються на кістці фіксуючими елементами, які входять в кістку;
 - Скоби різноманітної форми, які вводять в кістку за допомогою апаратів для механічного остеосинтезу або без них;
 - «хімічний» остеосинтез із застосуванням пластичних мас;
 - остеосинтез із застосуванням пластичних мас в поєднанні з іншими матеріалами, наприклад, спицями, штифтами, стержнями;
 - ультразвукове зварювання кістки;
 - інші види.

Непрямий остеосинтез:

1. Внутрішньокістковий непрямий остеосинтез:
- Спицею Кіршнера; штифтовими, стержневими, гвинтовими апаратами;
 - штифтовими, стержневими, гвинтовими апаратами, але з компресійно-дистракційними пристосуваннями;
 - приладами і апаратами, які використовують в якості базової опори головний бандаж, кістки лицевого і мозкового черепа із спицями, стержнями, штифтами, кістковими гвинтами, які вводяться у відламки;
- інші види.
2. надкісний непрямий остеосинтез:
- підвішуванням фрагментів нижньої щелепи до кісток лицевого, мозкового черепа;
 - обвивним швом з над'ясенними шинами, протезами (по Black);
 - апарати, які в якості фіксуючих уламки елементів використовують надкісні затискачі з компресійно-дистракційним пристосуванням і без них;

- пристрої і апарати, які в якості базової опори для фіксації фрагментів нижньої щелепи використовують головний бандаж, кістки лицевого і мозкового черепу, фіксація і репозиція відламків здійснюється за допомогою стержнів, штифтів, гвинтів;
 - інші види.
3. внутрішньо кістковий; позакістковий; назубний; непрямий остеосинтез:
- штифтами, спицями, гвинтами, гачками;
 - штифтами, спицями, гвинтами, гачками, які вводять в один із фрагментів і фіксують за допомогою проміжних резонуюче-фіксуючих вузлів до назубних шин або безпосередньо до зубів;
 - інші види.

Оперативне втручання здійснюється позаротовим на внутрішньоротовим доступами під місцевим і загальним знечуленням. При позаротовому доступі розріз роблять в піднижньощелепній ділянці, відступивши 1,5-2 см від краю нижньої щелепи. При внутрішньоротовому доступі під місцевим знечуленням проводять трапецієподібний розріз через вершину альвеолярного паростка, відшаровують слизово-окісний клапоть і після співставлення відламків в правильне положення проводять остеосинтез.

Контрольні питання:

1. Назвіть лікувальні завдання при травмі ЗЩС та ЩЛД;
2. Назвіть методи іммобілізації щелеп;
3. Перелічіть способи тимчасової та постійної іммобілізації щелеп;
4. Вкажіть покази до проведення остеосинтезу;
5. Назвіть класифікацію остеосинтезу по Гершуні Ю. Д.

Практичне заняття № 46-48

Ортопедичні методи закріплення кісткових уламків при пораненнях щелепно-лицевої ділянки.

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-інтернів з питань ортопедичних методів іммобілізації кісткових уламків при пораненнях щелепно-лицевої ділянки.

Навчальні питання:

1. Класифікація апаратів для іммобілізації відламків щелеп;
2. Покази до застосування репонууючих апаратів;
3. Основні матеріали для виготовлення резонуючих апаратів.

Короткий зміст заняття:

Травма щелепно-лицевої ділянки може закінчитися переломом кістки без зміщення або зі зміщенням уламків залежно від швидкості руху травмуючого агента у момент контакту з кісткою. Зміщення може бути первинним та віддаленим. Перелом не ускладнюється зміщенням уламків, якщо швидкість

травмуючого фактору під час удару знижується до нуля. Якщо ж швидкість у момент удару більша ніж нуль, то перелом ускладнюється зміщенням фрагментів. Зміщення може бути віддаленим і залежати від неправильного лікування, транспортування, транспортної іммобілізації, сили тяги м'язів.

Зміщення уламків під дією сили тяги м'язів дуже часто проявляється у разі переломів нижньої щелепи.

На сьогодні застосовується велика кількість шин та апаратів для іммобілізації уламків кісток. Деякі апарати різної конструкції мають однакову лікувальну дію, що зумовило необхідність їх класифікації.

За своїм призначенням апарати поділяються на:

- резонуючі;
- фіксуючі (утримуючі);
- направляючі;
- замісні;
- формуючі;
- розмикальні;
- комбіновані.

Для лікування переломів щелеп застосовуються репонуючі апарати, за допомогою яких уламки розміщують у правильному положенні. Розрізняють одномоментну та поступову репозицію. Одномоментна репозиція проводиться ручним способом під час проведення операції, а поступова – апаратурним.

В разі, якщо фрагменти співставити ручним способом не вдається, використовують репонувальні апарати, принцип дії яких ґрунтується на витяжінні, тиску та зміщенні уламків. Репонувальні апарати поділяють на апарати механічної та функціональної дії. Вони складаються з 2 частин – опорної та діючої. Опорною частиною служать коронки, капи, кільця, базисні пластинки, головна шапочка. Діючою частиною апарату є засоби, що розвивають визначені зусилля, а саме гумові кільця, пружини та скоба, гвинти.

У функціонально діючих апаратах для репозиції уламків використовують силу скорочення м'язів, яка через направляючі площини передається на уламки, що зміщуються у потрібному напрямку. До таких шин належать шина Ванкевича, Вебера, дротяні шини з шарнірами Шредера, Померанцевої-Урбанської.

Апарати, які утримують уламки щелеп у правильному положенні і створюють нерухомість, називаються фіксувальними. До них можна віднести різні назубні шини, позаротові апарати, в тому числі і підборідну прашу (гіпсову, пластмасову, стандартну або індивідуальну) та головну шапочку (марлеву, гіпсову, стандартну із смужок шкіри або іншого матеріалу). Фіксувальні апарати, кількість яких дуже велика, є основним засобом консервативного лікування ушкоджень щелепно-лицевої ділянки. Більшість з них використовуються у разі переломів щелеп і тільки деякі - за умови кісткової пластики. Для правильного зрощення уламків необхідно забезпечити їх функціональну стабільність. Міц-

ність фіксації залежить від конструкції апаратів, фіксувальної здатності. У них розрізняють основні частини: це шинувальна та власне фіксувальна. Остання забезпечує зв'язок усієї конструкції апарату з кісткою. Фіксувальні апарати використовують також для утримання уламків нижньої щелепи після її резекції.

За наявності захворювань тканин пародонту та різко вираженої атрофії коміркового відростка забезпечити надійну фіксацію уламків назубними шинами неможливо. У такому разі показано використання зубо-ясенних шин, однак їхня фіксувальна здатність невелика.

Із впровадженням у практику ортопедичної стоматології швидкотвердіючих пластмас з'явилася можливість використання різноманітних конструкцій назубних шин, хоч за своєю фіксувальною здатністю вони поступаються перед паяними шинами. Великим досягненням є, безумовно, впровадження сплавів з ефектом «пам'яті» форми.

Формувальні апарати служать для опори пластичного матеріалу під час операцій з приводу пластики м'яких тканин лица. Ці апарати тимчасово підтримують форму обличчя, створюють жорстку опору, запобігають рубцевим змінам м'яких тканин та їх наслідкам.

Формувальні апарати використовують як з метою відновних операцій, так і під час їх проведення. За конструктивними особливостями вони можуть бути різноманітними.

У будові цих апаратів виділяють формувальну частину та фіксувальні пристосування

Апарати, які застосовуються для заміщення дефектів щелеп та відновлення їх форми і функції, називаються заміщувальними. Їх поділяють на зубо-коміркові, щелепні, протези лица, комбіновані. Після резекції щелепи застосовують протези, які називаються після-резекційними.

Розрізняють безпосереднє, наближене та віддалене протезування. Протези ще поділяють на операційні та післяопераційні, апарати – на стандартні та індивідуальні. Поділ апаратів за місцем їх прикріплення на внутрішньоротові, позаротові та комбіновані. До внутрішньоротових відносять апарати, які прикріплюються до зубів або прилягають до поверхні слизової оболонки ротової порожнини, до позаротових – апарати, які розміщені поза ротовою порожниною. До комбінованих належать апарати, одна частина яких кріпиться у ротовій порожнині, а друга – поза нею.

Внутрішньоротові апарати поділяються на мономаксиллярні (однощелепні) та бімаксиллярні (двощелепні).

За лікувальним призначенням апарати поділяють на основні і допоміжні. До основних належать фіксувальні та виправні у разі ушкоджень щелеп та їх деформацій, що мають самостійне лікувальне значення. До них також можна віднести замісні апарати. Допоміжними є апарати, які служать для успішного виконання шкірно-пластичних та кістково-пластичних операцій. У таких ви-

падках основним видом лікувальної допомоги буде оперативне втручання, а допоміжним – ортопедичне.

Апарати та шини можуть бути виготовлені з пластмаси і сплавів металів. Останні бувають гнучими, литими, паяними і комбінованими.

Лігатурні пов'язки належать до позалабораторних незнімних шин, які застосовуються у разі переломів щелеп без зміщення або з незначним зміщенням уламків. Для лігатурних пов'язок використовують бронзо-алюмінієвий дріт товщиною 0,5 мм. У клініці ортопедичної стоматології найпоширеніші методи накладання лігатурних пов'язок за Айві, А.АЛімбергом, Гейкіним, Вільгом, Тігерштедтом.

Контрольні питання:

1. Наведіть класифікацію апаратів для іммобілізації фрагментів при переломах щелепних кісток.
2. Назвіть покази та протипокази до застосування резонуючих апаратів.
3. Охарактеризуйте основні методи лігатурного зв'язування зубів.

Практичне заняття № 49-50

Ускладнення при вогнепальних пораненнях обличчя та щелеп

Навчальна мета заняття: удосконалити знання лікарів-інтернів з питань ортопедичних методів іммобілізації кісткових уламків при пораненнях щелепно-лицевої ділянки.

Навчальні питання:

1. Основні причини виникнення ускладнень при пораненнях обличчя та щелеп;
2. Загальна характеристика та класифікація ускладнень при пораненнях обличчя та щелеп ;
3. Профілактика основних ускладнень при пораненнях обличчя та щелеп .

Короткий зміст заняття:

Ускладнення травматичних вогнепальних уражень щелепно-лицевої ділянки обумовлені численністю причин, серед яких можна виділити три основні:

- 1) причини, пов'язані з індивідуальними особливостями організму (генетичні, вроджені та ін.);
- 2) причини, пов'язані з характером ушкодження;
- 3) причини, пов'язані зі строками та якістю надання допомоги на етапах евакуації.

У зв'язку з цим запобігти розвитку того чи іншого ускладнення іноді або дуже складно, або неможливо. Тому разом із профілактичними заходами необхідні знання з лікування ускладнень, які зустрічаються найчастіше.

Всі ускладнення певною мірою умовно можна поділити на дві групи:

1. Ускладнення загального характеру, тобто пов'язані з функціональними та органічними порушеннями систем і органів: шок, колапс, гостра дихальна,

серцева недостатність, порушення ниркової, печінкової функцій при комбінованих ураженнях, психоневрологічні розлади та ін.

2. Ускладнення місцевого характеру, тобто безпосередньо пов'язані з видом, характером та обсягом ушкодження, якістю, строками обробки рани: асфіксії, кровотечі, різні гнійно-некротичні процеси, ушкодження репаративних процесів, дефекти й деформації органів і тканин обличчя, зокрема й ті, що розвиваються у віддалені строки.

За строками виникнення всі ускладнення поділяються на чотири групи:

1. Безпосередні (до доби) - загальні: шок, колапс, гостра серцева, дихальна недостатність. Місцеві: кровотеча, асфіксія.

2. Ранні (6-8-10 діб) - загальні: гостра дихальна, серцева недостатність, порушення водно-сольового балансу та кислотно-лужної рівноваги, пневмонії. Місцеві: ранні вторинні кровотечі, асфіксії, нагноювальні процеси м'яких тканин.

3. Пізні (12—40 діб) - загальні: пневмонії, ранні психоневрологічні порушення, гіповітамінози. Місцеві: пізні вторинні кровотечі, нагноювальні процеси у м'яких тканинах, травматичний остеомієліт кісток обличчя, травматичний гайморит, слинні нориці, порушення консолидації відламків: переломи, що не зрослися, контрактури різної етіології.

4. Віддалені ускладнення (понад 2,5 міс.) - загальні: вторинні психоневрологічні порушення. Місцеві: несправжні суглоби, деформуючі та келоїдні рубці, контрактури, хронічний травматичний остеомієліт, слинні нориці, дефекти й деформації кісток та м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.

Одним із найбільш небезпечних безпосередніх ускладнень травматичного походження є шок, без ліквідації явищ якого подальші заходи неможливі.

Травматичний шок - різке порушення та пригнічення всіх життєво важливих функцій організму у відповідь на травму. *Основні прояви шокowego стану:* 1. Значне гальмування центральної нервової системи. 2. Зниження кров'яного тиску, тахікардія. 3. Гіповолемія за рахунок депонування крові та порушення мікроциркуляції. 4. Вторинні порушення кисневого обміну, гіпоксія тканин, у тому числі й головного мозку. Сукупність цих порушень є безпосередньою загрозою життю хворого. Ніяких втручань, крім заходів для зупинки кровотечі та трахеостомії до виведення постраждалого з шоку, проводити не можна.

Основним завданням протишокової терапії є відновлення обсягу циркулюючої крові (відновлення крововтрати), припинення дії больових подразників, уведення анальгетиків, наркотиків; іммобілізація ушкоджених кісток, стабілізація кров'яного тиску. При відновленні кров'яного тиску на рівні 110—120 та 55—65 мм рт. ст. протягом не менше 5-6 годин можна говорити про виведення пораненого з шоку. На фоні введення знеболювальних засобів необхідна інфузійна терапія кровозамінниками, препаратами крові, білковими гідролізатами, 5 % глюкозою з адреналіном, фізіологічним розчином, гепарином. У тяжких випадках внутрішньовенно вводиться до 100 мг гідрокортизону або преднізо-

лону. Для збереження кислотно-лужної рівноваги показано введення 100 мл 4 % розчину бікарбонату натрію. Контроль за показниками артеріального тиску та ОЦК проводиться постійно (див. розділ VI).

Гостра серцево-судинна та дихальна недостатність при ушкодженнях щелепно-лицевої ділянки часто виникає як один із симптомів шоку або обумовлена комбінованою чи поєднаною травмою. Профілактикою її є адекватне знеболювання та іммобілізація відламків, контроль за прохідністю дихальних шляхів, забезпечення достатнього надходження кисню, введення дихальних анальгетиків та серцевих глікозидів. Можна використовувати різні апарати для забезпечення штучної вентиляції легень.

Первинна кровотеча є наслідком будь-якого механічного ушкодження тканин. Принципи зупинки таких кровотеч були викладені у відповідних розділах. Тут слід лише вказати, що в обробці ран при комбінованих променевих та хімічних ураженнях для профілактики вторинних кровотеч рекомендовано проводити перев'язку судин по довжині, тобто перев'язку зовнішньої сонної, язикової, нижньощелепної артерії, зовнішньої яремної вени. Це усуває можливість виникнення вторинної кровотечі внаслідок розплавлення, відриву тромбу, розплавлення стінки судини в рані.

Вторинна кровотеча може бути ранньою (в перші 3-5 діб після травми) та пізньою (через 10-25 діб). У першому випадку кровотеча може зумовлюватися відривом тромбу, зміщенням тиснучої пов'язки, ушкодженням судини кістковим відламком за відсутності іммобілізації, нагноюванням гематоми, зісковзуванням лігатури. У другому випадку кровотеча виникає, як правило, у зв'язку з гнійно-некротичним процесом у рані, який призводить до розплавлення тромбу або стінки судини. При пізніх кровотечах часто помічаються так звані «передвісники»: поява тягучого болю в глибині рани, поява чи зменшення набряку прилеглих м'яких тканин, виділення з рани та ін. Постраждалі зі значними ранами, особливо при комбінованих ураженнях, які надійшли у строки понад 48 год., яким не були накладені первинні глухі шви, мають знаходитися в палатах біля перев'язочної та під постійним медичним контролем. При виникненні вторинної кровотечі перша допомога надається притискуванням магістральної судини (сонної, скроневої, нижньощелепної артерії) або тугою тампонадою рани і терміновою доставкою хворого в перев'язочну, де мають бути проведені перев'язка з прошиванням судин по довжині або, за можливості її виділення, в рані. Одним із небезпечних безпосередніх та ранніх ускладнень є асфіксія. Діагностика й лікарська тактика при асфіксіях різного генезу була ретельно розглянута раніше. Пізніші ускладнення проявляються найчастіше у вигляді різного роду гнійних процесів. Ці ускладнення зумовлені недостатньо радикально проведеною хірургічною обробкою рани, відсутністю профілактичної та лікувальної антибактеріальної терапії, ослабленням захисних сил організму, особливо при комбінованих ураженнях.

Травматичний остеомієліт звичайно розвивається на 3-4-му тижні від моменту травми й може мати гостру або хронічну фазу. Механічні та вогнепальні ушкодження кісток середньої зони обличчя, завдяки їх анатомічним особливостям, значно рідше ускладнюються травматичним остеомієлітом, ніж ушкодження нижньої щелепи. Тут потрібно мати на увазі можливість розвитку травматичного гаймориту, параорбітальних флегмон та абсцесів. Причиною такого роду ускладнень найчастіше є неповноцінна хірургічна обробка рани, яка має сполучення з пазухою. Це особливо важливо для обробки вогнепальних ран, коли в пазусі можуть залишатись чужорідні тіла, дрібні осколки тонких кортикальних пластинок стінок пазухи, оголені корені зубів, зокрема з періапикальними інфекційними вогнищами, клапті слизової оболонки тощо. Це може створювати умови для розвитку хронічного запального процесу.

Ліквідація віддалених ускладнень або наслідків різних травматичних ушкоджень вимагає багатоетапного, тривалого лікування з використанням сучасної мікрохірургічної техніки, різних ало-, трансплантатів та імплантатів (артропластика), складного щелепно-лицевого протезування. Реабілітація таких щелепно-лицевих поранених проводиться, як правило, у високоспеціалізованих клініках і є окремим самостійним розділом організації медичної допомоги щелепно-лицевим пораненим в умовах мирного та воєнного часу.

Контрольні питання:

1. Охарактеризуйте основні види ускладнень при пораненнях обличчя та щелеп.
2. Класифікація ускладнень при пораненнях обличчя та щелеп.
3. Профілактика та лікування ускладнень при пораненнях обличчя та щелеп.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. А.А.Тимофеев, Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. / Тимофеев А.А. // Київ: Червона Рута-Турс., 2012.-1048 с.
2. А.Ж.Петрикас Обезболивание зубов./ Петрикас А.Ж. //Тверь, 1997.-112 с.
3. В.І. Митченко. Пропедевтика хірургічної стоматології. / Митченко В. І., Панькевич А. І. // Вінниця: Нова Книга, 2004.-С. 48-75.
4. В.М Бобирьов. Фармакотерапія в стоматології. / Бобирьов В.М. , Петрова Т.А., Островська Г.Ю. та ін.// Вінниця:Нова Книга, 2013.-368с.
5. В.Н. Копейкин. Руководство по ортопедической стоматологии./ Копейкин В. Н. // Москва, 1998.-С. 13-73.
6. В.П. Воробьёв. Атлас анатомии человека. / Воробьёв В.П., Синельников Р.Д. // -М.: Медгиз, 1946.-Т. 1.-С. 119-134.
7. Гришук С.Ф. Анестезия в стоматологии.-М.: МИА, 1998.-303 с.
8. Гумецький Р.А., Рожко М.М., Завадка О.Є. та ін. Ускладнення від місцевої анестезії в щелепно-лицевій ділянці.-Львів, 2000.-Т. 1.-233 с.
9. Д.Д.Зербіно. Патоморфологія та гістологія: атлас / Зербіно Д. Д., Багрій М. М., Боднар Я. Я., Діброва В. А // Вінниця:Нова Книга, 2016.-800с.
10. Дужий І. Д. Перша допомога при невідкладних станах : навчальний посібник / І. Д. Дужий, О. В. Кравець ; Сумський державний університет.-Суми : Сумський державний університет, 2014.-212 с.
11. И.Н.Муковозов. Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний челюстно-лицевой области. / Муковозов И. Н.// Москва: Медпресс, 2002.- С.21-33.
12. І.І.Тітов. Алгоритми надання невідкладної допомоги при критичних станах /Тітов І.І., Волошинський О.В., Дацюк О.І.// Вінниця:Нова Книга, 2012.-344с.
13. І.Я.Ломницький. Пропедевтика хірургічної стоматології. / Ломницький І. Я // Львів: ГалДент, 2001.- С. 24-28.
14. Кононенко Ю.Г., Рожко М.М., Рузін Г.П. Місцеве знеболення при амбулаторних стоматологічних втручаннях: Навч. посібник.-Івано-Франківськ, 2006.-295 с.
15. Р. Гумецький. Сучасні засоби місцевої анестезії в стоматології / Гумецький Р., Угрин М. // Львів: Галдент, 1998.-160 с.
16. Хирургическая стоматология / Заусев В.И, Наумов П.В., Новосёлов П.Д. и др.-М.: Медицина, 1981.-С. 19-94.
17. Ю.Й.Бернадський. Основи щелепно-лицевої хірургії і хірургічної стоматології/ Ю. Й. Бернадський. // К.: Спалах, 2003.-511 с.

